

Esimene suurem kindlustusjuhtum silmaravist

PZU kindlustus hüvitab patsientidele möödunud aasta detsembris Turmani silmakliinikus tekkinud ravivea kahjud, kokku saab kindlustuselt hüvitist ligi 20 inimest. ▶7

MEDITSIINI-
UUDISED

Beetablokaatorite rollist **kardioloogilistel patsientidel** kaasuvate haiguste korral annab ülevaate kardioloog **Urmo Kiitam.**

▶10

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 7 (506) 8. aprill 2025

www.mu.ee

Tervisemajade buum

Pealinna on kerkinud viimastel aastatel järjest uusi **tervisemaju**, ja tuleb veel juurdegi. ▶3, 8–9



Ülemistes avati mullu juba teine moodne tervisemaja, kuid ka kolmas on juba plaanimisel.

FOTO: MAREK METSLAID

Uudised

Kontroll tõi tagasi üle miljoni euro

TERVISEKASSA nõudis mullu tervishoiuteenuste osutajatelt tagasi üle 1,25 miljoni euro raviraha. Palju oli näiteks topeltarveid raviteenuste eest. ▶6



Fookuses: süda Segahüperlipideemia olulisus ennetustöös

SEGAHÜPERLIPIDEEMIA tähendab, et patsiendil on korraga kõrgeenenud mitu lipiidinäitajat – LDL-kolesterool, triglütseriidid ja vahel ka Lp(a). Selgitusi jagab kardioloog **Martin Serg** (pildil). ▶12

Fookuses: neerud Järjest sagedasem neerukivitõbi

KLIINIKUMI vanemarst-õppejõud **Jaanus Kahu** annab ülevaate neerukivide tekkepõhjustest, käsitlesest ja profülaktikast. ▶14

Fookuses: nahk Atoopilise dermatiidi ravi meil ja USAs

BIOLIOOGILINE ravi on saanud osaks atoopilise dermatiidi ravist. ▶18

Kui keegi ei kontrolli, siis midagi ei muutu

Igal inimesel Eestis peaks olema perearst ja isiklik terviseplaan. Kuid esmatasandil on kvaliteet väga ebahütlane ja muutus saab tulla alles siis, kui riik hakkab tegema sisulisi valikuid. Arutleb perearstide seltsi president **Elle-Mall Sadrak**. ▶3



Tervisetulemi mõõt ausse

Tervishoiu innovaator **Priit Kruus** arutleb tervishoiu väärtuspõhisuse üle ja soovib ausse tõsta tulemusel, mitte teenusepõhise tasumismudeli nagu praegune. ▶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



Tuleb tunnustada kõiki osapooli mõistlike kompromisside tegemise eest.

Arstide liidu peasekretär Katrin Rehema uuest kollektiivleppest

Kommentaar:

Kui keegi ei kontrolli, siis midagi ei muutu



Elle-Mall Sadrak

Eesti Perearstide Seltsi esimees

Tarvis on selgelt määratleda, mida riik perearstidelt ootab ning hinnata neid, kes panustavad rohkem.

Igal inimesel Eestis peaks olema perearst ja isiklik terviseplaan. Kuid esmatasandil on kvaliteet väga ebaühtlane ja muutus saab tulla alles siis, kui riik hakkab tegema sisulisi valikuid.

Perearstiabis ei hakka midagi muutuma, kui riik ei vaata sisuliselt sisse, millist teenust ostetakse ja millise kvaliteediga. Keskused, mis tegutsevad D, E ja F tasemel, jäävadki samale tasemele, kui järelevalvet ei teostata ja vastutust ei nõuta. Tarvis on selgelt määratleda, mida riik perearstidelt ootab, ning hinnata neid, kes panustavad rohkem.

Ida-Virumaaga mure. Eesti Perearstide Seltsis on ligi 800 liiget. Liikmelisus on vabatahtlik, kuid seltsil on oluline roll info ja gamisel ja ühtse infovälja hoidmisel. Oleme tõlkinud osa infokirju vene keelde, sest osa perearstidest, eriti Ida-Virumaal, ei saa infot kätte ka tervisekassalt. Küsimus ei ole sundimises, vaid selles, kuidas teha ka mitmeliikmete töö lihtsamaks ja tagada, et kõik vajalik info jõuaks perearstideni.

Minu kõrvaltöö Kaitseressursside Ametis näitab, kui erineval tasemel on perearstide ja -õdede sissekanded. On neid, kust ei selgu midagi tehtust, ja neid, mis on nii head, et paremini polegi võimalik. Samasugune ebavõrdne tase on ka tehnoloogiliste lahenduste kasutamises.

Eesti perearstisüsteemi tugevuseks on nimistussüsteem, mitmekesine väljaõpe ja koostöövabadus, mis tähendab seda, et perearst saab ise valida oma koostööpartnereid. Kuid sama vabadus tähendab ka seda, et arst ei pea midagi patsiendi heaks omalt poolt lisama, kui ei soovi. See ei toimi, kui soovime pakkuda igale inimesele kindlustunnet ja kvaliteetset perearstiabi. Eestis peaks olema igal inimesel terviseplaan – arusaadav teejuht, millal ja kuhu pöörduda. Seda plaani peaksid saama täiendada ka eriarstid.

Inimesi juurde. Perearstikeskuse meeskond sõltub vajadustest. Mõnel puhul on piisav üks õde, teisel on kaks või kolm. Meie keskuses (Laagri perearstikeskus, toim) on nii, et telefonisuhtlus on tähtis – mis saab lahendatud telefoni teel, see lahendataksegi. Digitaalsete kanalite tõttu ei vähene perearsti töö, sest kõik pöördumised vajavad vastamist. Peremeditsiini residentuurikohtad sel aastal täielikult ei täitunud – kuus kohta jäi vabaks. Kuid huvi on endiselt suur. Kui kedagi ei tule asemele, kui pensioniealised perearstid lahkuvad, siis tekib tasakaalutus. Iga eriala puhul, mille vastuvõtt on suur, võib jääda kohti täitmata, see ei näita eriala ebapopulaarsust.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Tervisemaju kui seeni pärast vihma

Tallinna linnapildis ei jää uued tervisemajad enam märkamata – need on kerkinud nii Põhja-Tallinna kui ka Ülemiste ärikvartalis, Pelgulinna ja Pärnu maanteele ning peagi ka Mustamäele. Pole ka ime – vajadus kvaliteetse ja kiiresti kättesaadava arstiabi järele on olemas, sest eriarstide juurde on mitmekuised järjekorrad ning lahendust oma tervisemurele soovitakse kiiremini.

Kas juba piisab? Meditsiiniuudised leiab, et erameditsiinil tundub hästi minevat, vähemalt pealinnas. Tervisemajade rohkus hakkab juba meenutama apteekide tihedust – vahel tundub, et igas kaubanduskeskuses on apteek, nüüd ka peaaegu igas linnaosas oma tervisemaja.

Kinnisvaraettevõtjate entusiasm ehitada just tervishoiuteenustele kohandatud hooneid ei tule tühjalt kohalt. Esiteks on meditsiinisektori ettevõtted pikajalised ja stabiilsed üürnikud. Teiseks on tervisemajade kontseptsioon kaasaegne ja patsiendisõbralik – arstil käimine ei tähenda enam tüüpilist polikliiniku interjööri, vaid hubast keskkonda, kus pakutakse sageli mitut teenust ühes kohas.

Erameditsiin järjest tugevam. Tervisemajade levik on aga märk ka laiemast trendist: Eesti tervishoid liigub järjest rohkem kahe suunaliseks – ühelt poolt avalikult rahastatud süsteem, teisalt aga tugev ja laienev erameditsiin, mille teenused on tasulised või osaliselt kaetud tervisekassa poolt.

Patsiendi vaatest tähendab see võimalust valida, kas oodata riiklikku vastuvõttu või minna kiiremini ja mugavamalt eraristile.

Kuid arengul on ka omad riskid. Liiga tihe võrgustik võib tekitada olukorra, kus teenused killustuvad või dubleerivad üksteist. Tervisemaja ei tohiks jääda pelgalt kaubanduslikuks brändiks, vaid peab teenima patsienti. Hea on tõdeda, et mitmel erakliinikul on lepingud tervisekassaga ning inimesed saavad kasutada ka tervisekassa teenuseid.

Tervisemajade trendi tõus on näide sellest, kuidas tervishoiuteenus kohaneb ajaga – muutub ligipääsetavamaks, mitmekesisemaks ja patsiendisõbralikumaks. Ent nagu iga areng, vajab seegi läbimõtlemist, tasakaalu ja koostööd avaliku süsteemiga.

Loe samal teemal lk 8-9



Tervisemaja ei tohiks jääda pelgalt kaubanduslikuks brändiks, vaid peab teenima patsienti.



VÕITJA

Margus Lember



Euroopa sisemeditiini föderatsioon valis märtsi alguses Firenze's peaassambleel organisatsiooni peasekretäriks Tartu ülikooli sisehaiguste propedeutika professor **Margus Lemberi**, kes oli aastaid ka ülikooli meditsiinivaldkonna dekaan. Palju õnne!



VÕITJA

Ain Kaare



Tartu ülikooli kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliinikut juhib tänavu 1. aprillist 2029. aasta 31. märtsini doktor **Ain Kaare** ja sisekliinikut doktor **Kati Kärberg**. Varasemad juhid olid Kristiina Ojamaa ja Toomas Kariis.

Nädala foto:

Dokumentaalfilm headusest ja abist



Vähiravifondi praegused (ja üks endine) nõukogu liikmed Maria Avdjuško filmi "Head inimesed" avaõhtul. Vasakul Kristjan Rahu ja dr Hannes Jürgens, paremal dr Peeter Padrik (endine nõukogu liige), Janek Mäggi, Erik Sakkov (hetkel nõukogu esimees). Keskel daamid: fondi tegevjuht Margit Saar, dr Kristiina Ojamaa ja dr Kadri Putnik. Fondi juht ja asutaja Toivo Tänavsuu Margiti Saare taga. Arstid moodustavad vabatahtlike nn konsiiliumi, mis otsustab abitaotluste üle. Nad teevad tööd omast vabast ajast, tasu saamata ja küsimata.

FOTO: KALEV LILLEORG

mu.ee lugude TOP

- Kliinikumi kaks kliinikut said uued juhid
- Psühholoog: lapsepõlvtraumad on suur risk sõltuvuste tekkimiseks edasises elus
- Rehema uuest kollektiivlepingust
- Kõrgvee: Eesti kiirabi vajab ise kiirabi
- LUUP: visiiditasu tõstmine on õigus, mitte kohustus
- PZU kindlustus hüvitab patsientidele Turmani silmakliiniku ravivea kahjud
- Eesti tervishoiukulutused olid kõrgemad kui Lätil ja Leedul
- Eesti arstiteadlased avaldasid rahvusvahelise juhise

Toimetaja repliik:

Eesti tugevaim ametiühing

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Ehkki riikliku lepitaja abil, aga taaskord on sõlmitud arstide liidu eestvedamisel järgmise kahe aasta kollektiivlepe. Kaasatud oli juba eelmisel korral kliiniliste psühholoogide kutseliit, sel korral lisandus kliiniliste logopeedide kutseliit. Tugeva juurde on hea kinnituda, sest kahtlemata on tegemist Ees-

ti edukaima ametiühinguga. Kui alustati infolt, et järgmise kahe aasta jooksul riigil palgatõusuks raha ei olegi, siis ikkagi saavutati töötasu alammäär kasv sel aastal 1,5% ja järgmisel aastal 5%. Uue lepinguga suureneb järgmisel aastal ka öötöö lisatasu. Kokku kirjutas leppele alla seitse erialaliitu. Kuigi perearstide selts ei ole ametlikult allkirja andnud, on nemadki alati kaasatud. Hea töö!

Üks küsimus:

Kas poolteist protsenti palgatõusu 2025. aastaks on piisav?

Ulvi Tasane

Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliidu president

Kahtlemata on positiivne, et vääramatuna tundunud otsusest tervishoiutöötajate palgad neljaks aastaks külmutada õnnestus riikliku lepitaja toetusel siiski edasi liikuda. Püüame seda võtta tagasihoidliku määrgina sellest, et tervishoiutöötajate tööd siiski väärtustatakse – kas ka selle vastutusrikka valdkonna väärikselt, on iseküsimus.

Möistame, et rasketes oludes peavad möödusi ja maharvamisi tegema kõik, see tõttu on vastne kollektiivleping märgiks oma õiguste eest seista soovivate tervishoiutöötajate heast tahtest leppida väärikselt vähemaga riikliku säilenõtkuse hüvanguks.

Anneli Kannus

EÕL president

Kollektiivlepingu lõpptulemus ei ole halb ega hea. Igasugune töötasu tõus, pikalt kestnud majanduslanguses, on hea. Ödede vaates on kollektiivlepingust endiselt puudu töökoormuse normid ehk kokkulepe, mitmele patsiendile on ühel öel valve jooksul võimalik kvaliteetset öendusabi osutada. Koormusnormides kokkuleppimine on ödede ootus olnud juba mitu aastat. Sotsiaalministeeriumi ja tööandjate kokkuleppe alusel pidid eelnevalt aga tehtud saama mõned analüüsid, mis ei ole valminud struktuurimuudatuste tõttu. Lisaks ei saa rahul olla, et kollektiivlepingus on eristamata kutsega ja kutseta hooldustöötaja töötasu.

Karjäär

Hematoloog Mariken Ross aprillist riigiametis

EESTI Hematoloog ja varem PERHis hematoloogiakeskust juhtinud hematoloog Mariken Ross on aprillist tööl riigiametnikuna sotsiaalministeeriumis. Mariken Rossi ametinimetuse on spetsialiseeritud abi poliitika juht tervishoiuteenuste osakonnas. Tema tööülesanded on kirjeldatud kantsleri käskkirjaga 1. augustist 2024. Spetsialiseeritud abi poliitika juhi tegevuse eesmärk on tagada Eesti inimestele kvaliteetsed tervishoiuteenused ühes toetavate teenustega erakorralise või raske tervisehäire korral, kompleksse ravisekkumise vajadusel või muu spetsialiseeritud abi vajamisel. Ta juhib spetsialiseeritud abi poliitikavaldkonna terviklikku ja tõenduspõhist poliitikakujundamise protsessi, valdkonna suundade väljatöötamist ja prioriteetide seadmist.

Ennetus

Ligi 100 000 kasutamata jäänud uuringukutset

EESTI Tervise arengu instituudi (TAI) andmetel kasutasid Eesti inimesed mullu enam kui 166 000 korral võimalust osaleda elu päästvatel vähi sõeluuringutel, ent ligi 95 000 korral jäeti see võimalus kasutamata. Rinnavähi ja emakakaelavähi sõeluuringul osales 65% ning soolevähi sõeluuringul 62% kutsutud inimestest. Iga viies emakakaelavähi sõeluuringus osaleja võttis proovi ise kodus, kirjutas tervisekassas. 2024. aastal tõusis enim soolevähi sõeluuringu osalusmäär, ulatudes 62%ni. Kui meeste osalusmäär püsis 55% lähedal, siis naiste osalusmäär tõusis kahe protsendi võrra 67%ni.

Investeering

Meditsiinilinnakusse erahaigla rajamine sumbus

TALLINN Paari aasta eest meditsiini-kontsernis Confido enamusosaluse müünud Tarmo Laanetu plaanis eraonkoloogiahaigla ja erihaiguste ravikeskuse ehitamist, kuid geopolitiiline olukord ja tasuvusanalüüs sundisid plaanist loobuma ning praegu müüb kinnistuid kohtutäitur. Laanetu ettevõtte Cranfeld Medical City OÜ plaanis Tallinnas Veereni ja Tehnika tänavate äärde jäävale kinnistule 10korruselist multifunktsionaalset hoonet, kuhu pidi tulema eraonkoloogiahaigla ja neurodegeneratiivsete haiguste (Parkinsoni tõbi, Alzheimeri tõbi, dementsus) ravikeskus, kirjutas Äripäev. Ehitusluba on väljastatud hoonele üldpinnaga 31 000 m² ning sealne kahekorruseline hoone lammutataks. Teisele kinnistule on olemas luba neljakorrukselisele parkimishoonele. Hoonete valmimine oli planeeritud 2027. aastasse. Kuid kohtutäitur Elin Vilippus on Cranfeld Medical City kinnistud 10 miljoni euro suuruse alghinnaga enampakkumisele pannud. Laanetu sõnul kaetakse enampakkumisel saadud tuludest ettevõtte kohustused.



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 veebipakett

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

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

KASULIK

Nutikad eluviisimuudatused

Raamatu autor Torkil Færø on Norras tuntud üld- ja kiirabi- arst, dokumentalist, autor, fotograaf ja maailmarändur. Talle pole võõras ülesõõtmine, liigne kaal, unetud öövahtused haiglas ja vähenenud liikumine. Arstivastuvõttudel eluviisi parandamisest rääkides mõjus ta ühel hetkel nii iseendale kui ka patsientidele ebausutavalt. Færø võttis end kätte, tegi nutikaid elustiilimuudatusi ja andis endale seeläbi uue elu. Kirjastus Äripäev, 240 lk, ilmus aprillis. <https://pood.aripaev.ee/raamatud-pulsiravi>



Sissevaade:

Vähem mahtu, rohkem mittemahtu? Patsiendi häält on vähe kuulda



Priit Kruus

Dermtesti tegevjuht, TalTech lektor ja tervishoiu innovaator

Seni on meie tervishoiusüsteemis suur osa teenuse rahastamisest toimunud teenuse- ja protseduuripõhise tasustamismudeli (*fee-for-service*, FFS) põhimõttel, mis on oma aja ära elanud. Selle mudeli puhul jääb kogu rahaline risk kindlustuse ja seeläbi kindlustusmaksete maksja ehk inimese kanda. Samas ei ole tagatud, et patsient saab just talle sobivat ravi õiges mahus, õigel ajal ja õiges järjekorras.

Terviklik raviteekond. Tervishoiuteenuse osutajale on loodud majanduslik motivatsioon täita või kasvatada lepingumahtu ning pakkuda lepingu raames võimalikult palju teenuseid, küsimata liialt teenuse vajaduse või lõpliku tulemuse kohta. Peamiselt eriarstiasutustes kasutatav FFS välistab selle, et patsiendi raviteekonda vaadataks kui tervikut – vajadusest tulemuseni.

Võime kaasata rohkem era- või avalikku raha või koolitada rohkem arste või õdesid, aga kui riiklik kindlustaja ja teised kindlustused (ehk maksumaksjad või kindlustusmaksjad) osavad eelkõige teenuste mahtu, saavad kõik rohkem teenuste mahtu, mitte tingimata paremat elukvaliteeti, ravitulemust või kroonilise haiguse ägenemise ennetamist.

FFSist on loobumas ja kohati loobunud Taani, USA, Saksamaa, Holland, UK, seda süsteemi kritiseerib süsteemselt mitu majandusteadlast ja sellest loobumist toetavad WHO, ACP ja Euroopa Komisjon.

Protsessid optimaalseks. FFS tuleks asendada tulemus-, väärtus- või episoodipõhise mudeliga, mis annavad tervishoiuteenuse osutajatele stiimulid ja vabaduse muuta protsesse lähtuvalt patsiendi ravivajadustest. Kümne vastuvõtu ja kolme operatsiooni asemel tuleks osta konkreetse diagnoosi/terviseprobleemiga patsiendi ravi algusest kuni teatud vahefiniisi – tööväime taastumise või elukvaliteedi taseme tõusuni.

Selle tasumudeli sees saab tervishoiuasutus otsustada, mis on kõige optimaalsem protsess ning millised tegevused ja millises järjekorras on patsiendi ravi jaoks kõige sobivamad. Muutuste tegemise tarkus on kliinikutes olemas, aga protsesside tasemel selgelt alakasutatud, sest FFSi mudel seda ei toeta.

Idee pole uus, aga muutuse tekitamine on keeruline, vajades julgust, süsteemsust ja kompleksust – vastasel juhul jääb arutelu tervishoiu terviku mõistes peenhäälestamise tasandile. Kui suuri muutusi mitte teha ega neile suunda võtta, võivad suurema raksuga tulla teistsugused muutused ning lõpuks kannatab patsient, kelle häält on alati kõige vähem kuulda.

Seega, hakakem mõõdetud ja planeeritud tempos liikuma uudsete tasumudelite suunas, mis panevad tervisesüsteemi tegelikult protsesse süsteemiülevalt parandama. Muutus annaks paljudele rohkem tööõõmu, aga eeldaks ka vastutustunnet arendada protsesse tulemust silmas pidades.

Kuni ostame endale eelkõige teenusemahtu, mitte paremat elukvaliteeti, midagi ei parane.

regionaalhaigla.ee



Ootame Regionaalhaiglasse psühhiaatrikliiniku ülemarst-juhatajat,

kellel on kogemust, ambitsiooni ja tahet koostöö kaudu tagada eriala valdkondade kõrge kvaliteet ja areng

Pakume:

- arendavat töökogemust multiprofessionaalses ja ambitsioonikas organisatsioonis
- tihedat koostööd oma ala liidritega nii Regionaalhaiglas, Eestis kui rahvusvahelisel tasandil
- kõrgetasemelist meeskonda
- võimalust uues planeeritavas ravikorpuses Mustamäel muuta ravi- ja töötingimused kaasaegsemaks
- konkurentsivõimelist töötasu

Ootame:

- innovatsioonimeelsust ja valmisolekut väljakutseteks
- laitmatut ja edukat töökogemust psühhiaatrina
- meeskonna ja protsesside juhtimise kogemust
- tasakaalukat suhtlemisoskust ja koostööle orienteeritust
- algatus- ja otsustusvõimet
- kasuks tuleb teaduskraad

Psühhiaatrikliiniku ülemarst-juhatajana on Sinu ülesanne:

- vastutada kliiniku ravikvaliteedi, efektiivse töökorralduse ning eelarve planeerimise ja täitmise eest
- olla kompetentne ja motiveeritud meeskonna arendaja ja eestvedaja
- olla ravitöö arendamises tugevaks partneriks haigla ülemarstile ja tema kliinikujuhatajatest meeskonnale

Psühhiaatrikliinikus töötab ligi 400 suure kliinilise kogemuse ja kvalifikatsiooniga spetsialisti – arstid, kliinilised psühholoogid, sotsiaaltöötajad ja vaimse tervise õed. Kliinik on tunnustatud eriala väljaõppebaas ja osutab 36% Eesti psühhiaatrilisest eriarstiasutusest, olles nii Eesti suurim psühhiaatrilist abi pakkuv ravisutuse.

Oluline lisainfo:

- Kliiniku juhataja kohustused algavad 01.01.2026 ning on tähtajalised kuni viieks aastaks, kliiniku juhatajaga sõlmime tähtajatu töölepingu vanemarsti ametikohale
- Kandideerimiseks esita oma CV koos palgasoovi ja visiooniga psühhiaatrikliiniku arengute teemal (sealhulgas pakkuda välja viis võimalust kuidas muuta psühhiaatrikliiniku atraktiivsemaks tööandjaks) hiljemalt **20. aprill 2025** e-posti aadressile cv@regionaalhaigla.ee
- Lisainfot konkursi kohta jagab Regionaalhaigla ülemarst **dr Kristo Erikson** (e-posti aadressil Kristo.Erikson@regionaalhaigla.ee)



Regionaalhaigla

Anna oma panus Eesti meditsiini tulevikku



uudised



Eesti kiirabi vajab ise kiirabi. Riigikontrolli aruanne kiirabikorraldusest oli karm lugemine.

SA Tartu Kiirabi juhi Lauri Kõrgvee, mu.ee 28.03

Tervisekassa nõudis tagasi üle 1,25 mln euro

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Tervisekassa nõudis mullu ravikindlustusraha põhjendatud ja õige kasutuse kontrolli raames tervishoiuteenuste osutajatelt (TTO) tagasi 1,25 miljonit eurot. Kokku kontrolliti enam kui 130 000 ravidokumenti.

Kõige rohkem leiti vigu teenuste, sh radioloogiliste teenuste osas, kus sama teenuse eest esitati sageli topeltarveid.

Mullu kontrolliti 30 eri standardpäringuga 128 236 arvet. Kontrolli käigus selgus, et raviarvutused olid esitanud üle kuue tuhande põhjendamata arve. Nõudeid vormistati 805 000 euro eest.

Sihtvalikutega raviraha kasutamise kontrollimisel võrreldakse raviarve vastavust patsiendi haiguslooga ja vaadatakse, kas raviarvel kajastuvad need teenused, mida patsiendile ravidokumendi alusel osutati ning kas raviteenus oli meditsiiniliselt põhjendatud. Samuti kontrollitakse töövõimetuslehtede väljastamist ja retseptide väljakirjutamist.



Töövõimetuslehti on väljastatud aastaid väikse vahega.

Jelena Kont

Mullu kontrolliti sihtvalikute käigus 31 partneri 837 ravidokumenti (raviarved, töövõimetuslehed, retseptid). Kontrollitud materjalides tuvastati ebakõlasid, mille põhjal esitati 18 raviarvutusele nõudeid enam kui 63 638 euro eest.

Kõige rohkem kontrolliti korduvate ja pikkade töövõimetuslehtede juhtumite põhjendatust. Üle poole kontrollitud haiguslehtedest ei olnud põhjendatud ja tagasinõudeid tehti enam kui 27 300 euro eest.

Tervisekassa järelevalve teenuse juhi Jelena Kondi sõnul on põhjendamatutel töövõimetuslehtede peamine ühine joon, et raviarvutused ei selgu ajutise töövabastuse vajadusest (raviv tervishoiutöötaja peab kindlaks määrama, et kindlustatud isik ei ole haiguse või vigastuse tõttu ajutiselt võimeline töötama oma ametikohal).

“Teiseks oleme leidnud juhtumeid, kus töövõimetuslehtede väljastatud aastade töövõimetuslehte maksimaalselt väikeste vahedega,” lisas ta. Ajutine töövabastus on ajutise iseloomuga ja tervisekassa hüvitab maksimaalselt 182 päeva

ühel kindlustusjuhtumi kohta. Tervisekassa järelevalve osakonnale edastati mullu 243 pöördumist ja kaebust. Nende alusel kontrolliti ravikindlustushüvitiste õigsust ja põhjendatust 214 korral.

Kokku kontrolliti 90 korral 273 töövõimetuslehte väljastamise õigsust ja põhjendatust. Tagasinõudeid esitati ligi 40 000 euro eest. Terviseportaali kaudu esitatud raviarvutuste vaidlusi menetleti 65 korral. Raviarvutustega seotud pöördumisi oli 40, nende alusel kontrolliti 81 dokumenti ja esitati nõudeid enam kui 332 500 euro eest. Samuti kontrolliti 825 retsepti väljakirjutamist ning esitati nõudeid ligi 380 retsepti kohta enam kui 8600 euro eest. Pöördumiste alusel tehtud kontrolli tulemusel esitati nõudeid kokku rohkem kui 381 300 euro eest.

Tervisekassa arendab ka järelevalve infosüsteemi, kuhu jõuavad andmed nii eri infosüsteemidest X-tee teenuste kaudu kui ka tervisekassa andmekogust. Andmete põhjal loob süsteem menetluse ja pärib tervisekassa andmekogust vajalikud andmed nõude koostamiseks.

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**



**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 spetsialiste 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.

6,5

PROTSENTI SKTst olid 2023. aastal Eesti kulutused tervishoiule. Lätis ja Leedus oli see protsent 5,3. Suurimad kulutused tervishoiule osakaaluna SKPst olid Austrias (9,1% SKTst), järgnesid Tšehhi ja Prantsusmaa (mõlemad 8,9% SKTst).



Kaks uhiuut kiirendit Tallinnas

REGIONAALHAIGLA kiiritusravi keskuses tähistati kahe uue lineaarkiirendi avamist, haigla jaoks on tegemist juba 6. ja 7. kiirendiga. Lindi lõikas läbi kiiritusravi keskuse juhataja **Kätlin Tiigi**.

Schengeni tunnistuste üleminek ravimiametilt apteekidesse õnnestus

Schengeni tunnistuste väljastamine apteekides algas edukalt: nelja kuuga väljastati tunnistusi enam kui pooltes Eesti apteekides ja kokku ligi kaks korda rohkem kui sama perioodi jooksul varem ravimiametist.

Schengeni tunnistus on vajalik neile, kes reisivad Schengeni alale narkootiliste või psühhotroopsete ravimitega, nagu unerohud, tugevad valuvaigistid või ATH-ravimid.

Ligi 2000 tunnistust 4 kuuga

Apteegid hakkasid ravimiameti asemel tunnistusi väljastama mullu 1. septembrist. Kui ravimiamet väljastas möödunud aasta esimese kaheksa kuu jooksul ligi 2000 Schengeni tunnistust, siis apteekides anti pea sama arv tunnistusi välja nelja kuuga.

Kokku väljastati 279 apteegist mullu septembrist detsembrini 1831 Schengeni

1831

• tunnistust narkootiliste või psühhotroopsete ravimitega reisimiseks väljastati apteekidest nelja kuuga.

tunnistust, neist enim Tallinnas, Tartus ja Harjumaal.

Eesti proviisorapteekide liidu juht Ly Rootslane tõi välja, et Schengeni tunnistuste väljastamise toomine apteeki on hea näide sellest, kuidas on võimalik tuua teenused inimestele lähemale. "On ju igati loogiline, et kui ravim väljastatakse apteegist, siis ka selle väljastamist tõendav tunnistus peaks tulema apteegist," lisas ta.

Mu.ee

PZU kindlustus hüvitab patsientidele Turmani silmakliiniku ravivea kahjud

Eesti seni ainuke patsiendikahjude korvaja PZU kindlustus hüvitab möödunud aasta detsembris Turmani silmakliinikus tekkinud ravivea kahjud, kokku saab kindlustuselt hüvitist ligi 20 inimest.

Vahejuhtum leidis aset pisut rohkem kui kuu pärast patsiendikindlustuse seaduse jõustumist. Patsientidel tekkis 11. dets 2024 silmakliinikus protseduuride tagajärjel silmapõletik, mis mõjutas nende nägemist ning mille tõttu vajasis nad erakorralist silmaoperatsiooni ja haiglaravi. "Ravimiamet kinnitas, et manustatud ravimi puhul ei olnud tegemist kvaliteedidefektiga ja patsientide nakkus ei olnud põhjustatud ravimist, samuti ei olnud tegemist ravimi kõrvaltoimega," sõnas PZU Kindlustuse vastutuskindlustuse tootejuht Argo Argel.

Ravimijäätiga pakendid ja kasutatud süstlad ning nõelad saadeti laborisse. Süs-

taldelt ja nõeltelt võetud proovide tulemusena selgus, et neil esinesid needsamad bakterid, mis ITKs ravil viibinud patsientidel. Seega sattus kõnealune bakter süstaldelt patsientide silmadesse ning tekitas seal põletiku.

Esimene nii mastaapne juhtum

"Tegu on esimese mastaapse tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse juhtumiga Eestis, mis näitab väga selgelt, kui vajalik oli antud seadus nii patsiendi kui ka tervishoiuteenuse osutaja vaates," märkis Argel. Silmakliiniku jaoks tähendab tehtud raviviiga omavastutuse suurust väljaminekut juhtumi kohta, sest omavastutust ületava summa katab kindlustus. Novembris jõustunud seaduse kohaselt ei järgne juhtumi tõttu tervishoiutöötajale ka kriminaalkaristust.

Mu.ee

REUMA-foorum

08.05.2025

Tartu V Spa hotell & Konverentsikeskus ja veeb

SIHTGRUPP:

reumatoloogid, perearstid, taastusarstid 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 müügijuht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



KORRALDAJAD

EESTI REUMALIIT

Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

luubi all

Uued keskused Pelgulinna, Tallinn-Väikses, Ülemistes ja Mustamäel

Tervisemajade õitsenguaeg

Viimase kahe aasta jooksul on Tallinna eri linnaosadesse kerkinud mitu tervisemaja, mis toovad kokku erinevad tervishoiuteenuste pakkujad – nii erameditsiini kui ka näiteks kliinikumi Tallinna esinduse.

Kristiina Käit

kristiina.kait@aripaev.ee

Pelgulinna Tervisemaja arendati Põhja-Tallinnas väljakujunenud meditsiinikeskusesse aadressil Ädala 1, kus ka vanasti asus apteek. Täna teises otsas on regionaalhaigla mullu suve lõpus avatud rekonstrueeritud verekeskus, kõrval aga paikneb LTKH Pelgulinna sünnitusmaja ja naistenõuandla. Üle tee on suur Sõle tervisemaja, varasem LTKH Pelgulinna haigla.

Pelgulinna tervisemajas tegutseb teiste seas Minu kliinik, milles vastuvõtte tegeva psühhiaatri Viljar Veede sõnul sai kohe valikul otsustavaks mugav ja hästi ligipääsetav asukoht. „Põhja-Tallinna piirkonnas ei olnud seni ka ühtegi vaimse tervise kliinikut. Samuti oli plussiks, et saime algusest peale kogu ruumilahenduse oma käe järgi kujundada, kuna eesmärgiks oli luua teistest kliinikutest veidi erinev, maandavam ja hubasem atmosfäär,“ räägib Veede. Ta lisab, et patsiendid on neid leidnud ning aegade täitumise probleemide pole, hoolimata sellest, et tervisekassaga neil veel lepinguid ei ole.

Erakliinik Fertilitas avas samuti mõni kuu tagasi Pelgulinna tervisemajas üksuse. Fertilitase juhi doktor Lauri Maisvee sõnul on Pelgulinna kliiniku avamine olnud edukas ning see on leidnud kiiresti oma patsiendid. „Esimesed kuud näitasid, et nõudlus meie teenuste järele on suur ning patsientide arv on ootuspäraselt kasvanud. Töestuseks on see, et aegu broneeritakse aktiivselt ja paljudele erialadele on järjekorrad täitunud kiiresti,“ räägib Maisvee.

Maja maja järel kerkib Ülemistesse

Ülemiste tervisemajade arendaja Mainor Ülemistel on juba ette näidata aastal 2020 avatud Tervisemaja 1 ja 2024. sügisel ava-



Mustamäe keskuse taha kerkib tervisemaja, mille kohvik hakkab eskiisi järgi kandma Vana-Egiptuse arsti Sinuhe nime, kelle tegi kuulsaks Soome kirjanik Mika Waltari.

FOTO: SCANDIUM

tud Tervisemaja 2. Tervisemaja 3 on plaanis ehitada aastaks 2027 ning selle hoone ankurüürnikuks saab Pihlakodu eakate hooldekodu. Pihlakodu juhatuse liikme Merike Meriranna sõnul on uues asukoht hea võimalus luua sild erinevate põlvkondade vahel ja aidata eakatel olla osa aktiivsest ja hoolivast, omavahel suhtlevast kogukonnast.

Tervisemaja 2 asub Karl Ernst von

Baeri majas, hoones pakuvad teenuseid näiteks kliinikumi Tallinna esindus, Ülemiste Perekliinik, Tomson Tervisekeskus, Heal Kliinik, NeoMind Kliinik, Ülemiste Silmakeskus, Med4U, Meie Pereteraapia Keskus, Reio Vilipuu Taastusravikliinik, Roseni Hambakliinik ja Ülemiste Psühhiaatriakeskus.

Kliinikumi Tallinna esindusse kolis Gonsiori tänava vanadest ruumidest

meestekliinik, Tõnismäe polikliinikust geneetika ja personaalmeditsiini kliinik, seal on ka lastekliiniku ning spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku vastuvõtt.

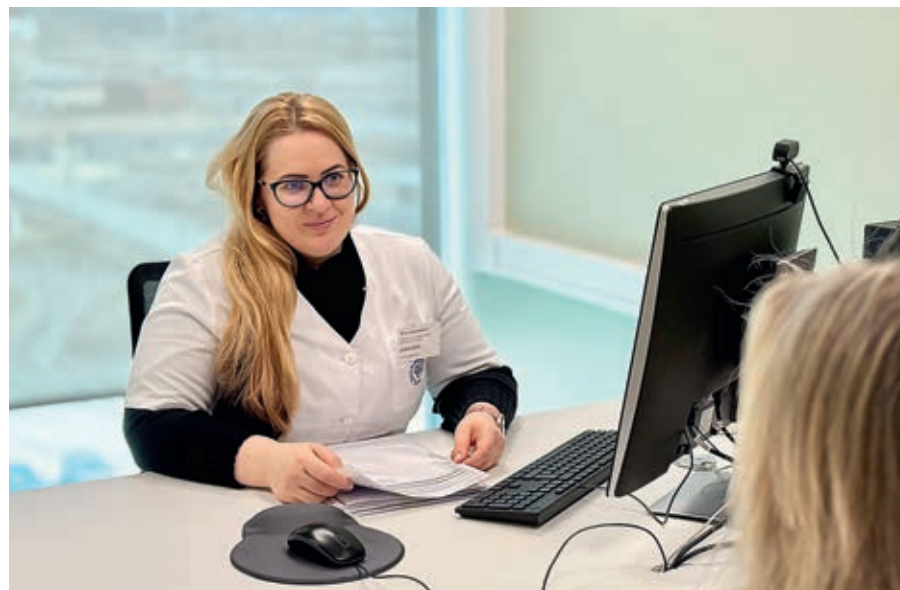
Kliinikumi ravijuhi Liis Salumäe sõnul on Ülemistesse kolimisega koondatud Tallinna üksused kokku. „Sobivaid ruume otsiti kaua, kuniks valituks osutus see tervisemaja, mille kasuks rääkisid nii täiesti uus hoone, asukoht kui ka piirkonnas asu-

Aurora kliiniku juht
Kaarel Kõivupuu

Aprillis avab Ülemistel Alma Tominga majas uksed Aurora erakliinik, tööle hakkavad kirurgid Soomest.



Fertilitase arstid uues asukohas: vasakul ninaplastika arst Erik Luht, keskel juht ja nina-kõrva-kurguarst Lauri Maisvee, paremal üldkirurd Indrek Seire. FOTO: K.MÄNNIK



Meditsiinigeneetik Laura Roht võtab nüüd kliinikumi nimel vastu Ülemiste uues tervisemajas. FOTO: KLIINIKUM



Füsioterapeut Reio Vilipuu avab aprillis filiaali Pärnu mnt 113 tervisemajas Tallinn-Väikses. FOTO: KRISTIINA KÄIT

vad muud tervishoiuteenused,“ räägib Salumäe. Ta lisab, et ärilinnaku keskkond on terviklikult välja kujundatud ning infrastruktuur töötab hästi, sealhulgas parkimine. Aasta pärast, kui taastub trammiühendus, pääseb tervisemaja juurde mugavalt ka ühistranspordiga.

Salumäe sõnul saavad patsiendid kliinikumi Tallinna esindusse pöörduda nii tervisekassa poolt kindlustatuna kui ka tasulisele vastuvõtule. Salumäe ütleb, et patsientide pöördumise vähenemist näha ei ole ning osaliselt on see seotud ka sellega, et meestekliinik ja personaalmeditsiini kliinik on Eestis ainsad teenusepakkujad. „Näiteks meestekliiniku kõikidest arstide ja õdede vastuvõttudest enam kui pooled toimuvad Tallinnas,“ sõnab Salumäe.

Novel Clinicu maja uus hingamine

Tallinn-Väiksesse Pärnu mnt 113 majja, mis ehitati juba enne avamist pankrotti läinud Novel Clinicule, laienes äsja samuti Fertilitas, tuues sinna oma Kaupmehe tänava filiaali.

Doktor Lauri Maisvee sõnul on uue kliiniku asukoht strateegiliselt väga hästi valitud – see paikneb Magdaleena tervisekeskuse ja ITK haiglahoone läheduses, kus liigub igapäevaselt hulk patsien-

Uusi ja sobivaid ruume otsiti kaua, määravaks sai hea asukoht ja täiesti uus hoone.

Kliinikumi ravijuht Liis Salumäe

te ning on juba välja kujunenud usaldusväärne meditsiinikeskkond. „Sarnane loogika kehtib ka meie Pelgulinna kliiniku puhul, mis asub samuti meditsiinilinnakus. Määravaks sai hoone sobivus – ruumid on kohandatavad meditsiiniteenustele, võimaldades luua professionaalse töökeskkonna ja pakkuda patsientidele mugavat ning privaatsust arvestavat vastuvõttu,“ selgitab Maisvee.

Ta lisab, et uues kliinikus hakkavad tööle günekoloogid, dermatoloogid, kõrva-nina-kurguarstid, unemeditsiini arstid, lastearstid, ortopeedid, kirurgid, uroloogid, endokrinoloogid, neuroloogid,

kardioloogid, perearstid, tehakse taastusravi ning endoskoopilisi- ja uneuuringuid.

Osa Fertilitase teenuseid on ka tervisekassa rahastusega: „Leping katab mitut olulist teenust. Pärnu maantee kliinikus saavad patsiendid tervisekassa rahastusega günekoloogide vastuvõtte (sh sööluuringud, viljakusprobleemid, raseduse jälgimine), uroloogide konsultatsioone ja uuringuid, kõrva-nina-kurguarstide vastuvõtte (sh laste ja täiskasvanute ravi, protseduurid), taastusravi ja füsioteraapia, üldkirurgide konsultatsioone,“ sõnab ta.

Maisvee rõhutab, et Fertilitase areng ei ole juhuslik, vaid teadlik strateegiline suund. „Me vastame nende inimeste ootustele, kes soovivad arstiabi kiiresti, professionaalselt ja usaldusväärselt – nii tervisekassa rahastuse kaudu kui ka tasulise teenusena,“ toob Maisvee välja. Ta lisab, et neil on tugev ja pühendunud meeskond ning laienemine praeguses tervishoiukliimas on märgiline samm, mis näitab, et erameditsiini on Eestis oluline roll usaldusväärse ja kättesaadava ravi pakkumisel.

Pärnu mnt 113 tervisemaja esimesel korrusel avab aprillis vastuvõtu ka Reio Vilipuu taastusravikliinik. Füsioterapeudi ja kliiniku juhatuse liikme Reio Vilipuu sõnul oli nende üks filiaal varem Kotka tervisemajas, kuid nüüd otsustasid nad kolida uude hoonesse. Nende üks üksus jätkab Ülemistes mullu avatud tervisemajas. Pärnu maantee asukoha suureks plussiks peab ka Vilipuu seda, et tegemist on kuldse ringiga – üle tee ITK Magdaleena üksus, lähistel jalakabinett.

Mustamäe keskusse tervisemaja

Uue tervisemajata ei jää ka Mustamäe. Kuuekorruselisel hoonet ehitab Scandium Kinnisvara Mustamäe keskuse juurde ja see kannab nime Tammsaare tervisemaja. Scandium Kinnisvara juhatuse liikme Kalle Aroni sõnul analüüsivad nad alati uue arenduskinnistu soetamisel, mis tüüpi hoone või teenus rikastaks antud piirkonda kõige rohkem.

„Linnakeskkonnas võiksid olla kõik eluks vajalikud teenused inimestest

15 minuti jalutuskäigu või rattasõidu kaugusel. Kaubanduse ja toitlustusega on piirkonnas juba super hästi – seda külastab igapäevaselt üle 10 000 inimese,“ räägib Aron. Ta jätkab: „Siit jõudsimegi loogilise järelduseni, et piirkonnas, kus elab ca 100 000 elanikku, on vaja rohkem kodulähedasi teenuseid ja suure valikuga tervisemaja on selleks ideaalne. Tasuta parkimine 4h ja hea ühistranspordi ühendus ainult toetasid seda mõttekäiku. Nägime kohe suurt sünergiat ja potentsiaali Mustamäe keskuse ja tervisemaja vahel.“

Hetkel on Aroni sõnul päris mitu pinda broneerimis- või üürilepingutega kaetud. „Majja on tulemas hambaravi prakseiseid, lepingud on sõlmitud perearstidega ja eriarstidega, nagu silmaarstid. Läbirääkimiste faasis on isegi ujumiskool, sest uue maja rajamine võimaldab mõelda I korrusel basseini. Jälgime mitte ainult seda, kes on valmis majja tulema, vaid ka millist sünergiat tulija pakuks klientidele ja teistele majas toimetavatele äridele,“ räägib Aron. Tema sõnul näevad nad positiivset tagasisidet ka ettevõtjate poolt, kes on oodanud nullist ehitatava tervisemaja tulekut. „Paljude meditsiinivaldkonnas teenuste puhul osutub tavaliste äripindade ümberehitamine tervise-teenuse osutamiseks liiga kalliks. Seda kõike on lihtsam teha uut maja planeerides,“ sõnab ta.

Küsimuse peale, mis teeb tervisemaja ehitamise ehituslikult keeruliseks, vastab Aron, et arendaja seisukohast on suurim vahe büroo ja tervisemaja arenduse puhul see, et tervisemaja ruumiprogramm on oluliselt tihedam, peamiselt kabinet-süsteemis pinnad, samal ajal kui bürood on sageli võimalik anda üürile ka avatud ruumina. „See lisab ilmselgelt ehitushinnale olulise kulu juurde. Lisaks tundub rohkem WCsid, valamud igas kabinetis – ehk siis ka eriosade rajamine on kulumak kui tavalises büroohoones. Eelmainitu tõttu on ka üürihinnad tervisemajades mingil määral kõrgemad kui samas asukohas tavabürool.“

Hoone ehitushange on lõpusirgel ja arenduse koguinvesteering jääb Aroni sõnul ca 15 miljoni euro juurde.

Beetablokaatorite roll kardioloogilistel patsientidel

Ravi Oluline on personaalne lähenemine

Urmo Kiitam

Ida-Tallinna keskhaigla kardioloog

Beetablokaatorid on südamehaiguste ravis olulised ravimid, mille valikul tuleb arvestada patsiendi kaasuvate haiguste ja individuaalse ravivajadusega. Eriti laia toimespektriga ning hästi talutavad on kolmanda põlvkonna vasodilateerivad ravimid nagu nebivolool ja karvedilool.

Beetablokaatorid on kardioloogias aastakümneid kasutusel olnud olulised ravimid, mis omavad kesket rolli arteriaalse hüpertensiooni, südamepuudulikkuse, stenokardia, südame isheemiatõve ja rütmihäirete, sealhulgas kodade virvendusarütmia ravis.

Kuigi beetablokaatorid kuuluvad ühte ravimiklassi, ei ole tegemist homogeense rühmaga – erinevad toimeained omavad erinevaid farmakoloogilisi profile, mistõttu sobivad need erinevatele patsientide alarühmadele.

Kardioloogilistel patsientidel on kaasuvate haiguste ja polüfarmaatsia esinemine väga sage, mistõttu on medikamentoose ravi optimeerimine hädavajalik, et saavutada maksimaalne raviefekt ja vältida tüsistuste riski.

Teadaolevalt on ligi 50 haigusseisundit, mille puhul võib beetablokaatorite kasutamisest abi olla. Seega on kliinilises praktikas mitu võimalust samaaegselt mõjutada nii südame-veresoonkonna haigust kui ka selle kõrval esinevaid teisi haiguseid.

Toime ja generatsioonid

Beetablokaatorid toimivad adrenergiliste retseptorite kaudu, blokeerides β_1 -retseptoreid (südames), β_2 -retseptoreid (kopsudes, veresoontes) ja osadel juhtudel ka α -retseptoreid või stimuleerides β_3 -retseptoreid.

Esimese põlvkonna mitteselektiivsed beetablokaatorid (nt propranolool, sotalool) mõjuvad nii β_1 - kui ka β_2 -retseptoritele. Teise põlvkonna ravimid (nt atenolool, metoprolol, bisoprolol, labetalool) on β_1 -selektiivsed ja eelistatud südamehaiguste korral väiksema kõrvaltoimete tekkeriski tõttu.

Kolmanda põlvkonna ravimid (karvedilool, nebivolool) omavad lisaks vasodila-



Oluline on hinnata patsiendi seisundit terviklikult ja teha ravimivalik teadlikult.

teerivat toimet, mis võib põhineda kas α_1 -retseptorite blokaadil või lämmastikoksiidi vabanemise stimuleerimisel.

Nebivolool on ainus beetablokaator, millel on lisaks β_3 -retseptorite agonistlik toime – see suurendab lämmastikoksiidi (NO) vabanemist, vähendab oksüdatiivset stressi ja parandab endoteeli funktsiooni. Selline toime on eriti oluline diabeedi, erektsioonihäirete ja vaskulaarse düsfunktsiooniga patsientidel.

Hüpertensioon

Paljud hüpertensiooniga patsiendid vajavad rohkem kui ühte vererõhku langetavat ravimit. Esmavaliku ravimid on AKE inhibiitorid/ARBid, kaltsiumikanali blokaatorid ja tiasiidid või tiasiidilaadsed diureetikumid. Kui esineb stenokardia, südamepuudulikkus või vajadus südame

löögisageduse kontrolliks, lisanduvad raviskeemi beetablokaatorid.

Hüpertensioon põhjustab sageli vasaku vatsakese hüpertroofiat, mis võib viia säilinud väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkuseni (HFpEF) ja suurendab mikroangiopaatilise stenokardia riski. Sellises olukorras võivad vasodilateerivad beetablokaatorid pakkuda täiendavat kasu, kuna parandavad arteriaalset jäikust, langetavad tsentraalset vererõhku ja parandavad endoteeli funktsiooni.

Südamepuudulikkus

Südamepuudulikkus, eriti süstoolse düsfunktsiooniga (HFrEF), on üks tugevamaid beetablokaatorite kasutamise näidustusi. ESC juhistes on soovitatav kasutada kombinatsiooni AKE inhibiitorist (või ARNI/ARB), beetablokaatorist, SGLT2 inhibiitorist, MRast ja vajadusel diureetikumist. Neli tõendus põhiseks kasulikku beetablokaatorit HFrEF ravis on bisoprolol, metoprolol, karvedilool ja nebivolool.

HFpEF patsientidel ei ole beetablokaatorite I klassi näidustust, kuid sageli esineb neil kaasuvana hüpertensioon või stenokardia, mille puhul on beetablokaatorid põhjendatud.

Kaasuvad haigused

Varasemad uuringud on seostanud esimese ja teise põlvkonna beetablokaatoreid kõrgema diabeediriskiga, kuid vasodilateerivatel kolmanda põlvkonna ravimidel, eriti nebivoloolil, ei ole seda riski. Vastupidi – nende kasutamine parandab endoteeli funktsiooni ja vähendab oksüdatiivset stressi.

Kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) patsientidel tuleks vältida mitteseektiivseid beetablokaatoreid, kuid β_1 -selektiivseid ravimeid võib kasutada isegi mõõduka KOKi korral, eriti kui patsientidel on kaasuv kardiovaskulaarne haigus.

Erektsioonihäired, mida sageli seotatakse hüpertensiooni ja endoteeli düsfunktsiooniga, võivad olla ravimite tingitud kõrvaltoime või vaskulaarse haiguse marker.

Uuringud on näidanud, et nebivolool parandab seksuaalfunktsiooni ja selle kasutamine on seotud madalama erektsioo-

nihäirete esinemissagedusega võrreldes teiste beetablokaatoritega.

KVA ja erijuhud

Kodade virvendusarütmia korral, eriti kiire vatsakese löögisageduse korral, on beetablokaatorid esmavaliku ravimid pulsisageduse kontrolliks. β_1 -selektiivsetel ravimidel on parem ohutusprofiil ning neid võib kombineerida kaltsiumikanali blokaatoritega (verapamiil, diltiaseem), kui LVEF on $>40\%$.

Varem peeti beetablokaatoreid perifeersete arterite haigusega (PAH) patsientidel vastunäidustatuks, kuid uuemad uuringud näitavad, et õigesti valitud selektiivsed või vasodilateerivad ravimid võivad parandada perifeerset perfusiooni ja leevendada sümptomeid. Tuleb siiski arvestada ortostaatilise hüpotsiooni riskiga.

Teatud erijuhtudel – näiteks hüpertensiooni ja siinustahhükardiaga nooremal patsiendil – võib beetablokaator olla sobiv esmavaliku ravim, eriti kui patsient ei talu kombineeritud ravi või kui esineb kõrgeenenud sümptaatiline toonus. Samuti võib kaaluda selektiivse β_1 -blokaatori vahetamist kolmanda põlvkonna ravimi vastu juhul, kui soovitakse tugevamat antihüpertensiivset toimet.

Seega beetablokaatoritel on oluline roll mitmesuguste südame-veresoonkonna haiguste ravis, eriti kui patsientidel esineb kaasuvaid haigusi nagu kodade virvendusarütmia, diabeet, hingamisteede obstruktsioon või erektsioonihäired. Isikupärastatud ravimivalik, lähtudes patsiendi kliinilisest profiilist ja ravieesmärkidest, on kvaliteetse kardioloogilise ravi alus.

Kolmanda põlvkonna selektiivsed vasodilateerivad beetablokaatorid, nagu nebivolool ja karvedilool, pakuvad laiapõhjalist toimet ja on hästi talutavad. Nende kasutamine aitab optimeerida ravi efektiivsust ja parandada patsiendi prognoosi. Seega on oluline hinnata patsiendi seisundit terviklikult ja teha ravimivalik teadlikult, mis ongi personaliseeritud meditsiini olemus.

Kokkuvõte novembris Tallinnas toimunud Cardio Foorumil peetud ettehandest „Betablockers in cardiac patients with comorbidities“



Vasodilatatiivsete omadustega selektiivne beetablokaator ¹

Näidustused: ¹

- Essentsiaalne hüpertensioon.
- Stabiilse kerge ja mõõduka kroonilise südamepuudulikkuse ravi lisaks standardravile 70-aastastel ja vanematel patsientidel.

Retseptiravim. Pakend: 5 mg tabletid, 28 või 90 tk.

Annustamine: ¹ Essentsiaalne hüpertensioon. Täiskasvanud: Üks tablett (5 mg) ööpäevas, eelistatult alati samal kellaajal. Tablette võib manustada söögi ajal. Vererõhku alandav toime ilmneb 1-2 nädalat pärast ravi alustamist. Mõnikord saavutatakse optimaalne toime alles nelja nädala pärast.

Krooniline südamepuudulikkus. Annuste järk-järgulist suurendamist tuleb alustada 1 kuni 2 nädalase intervalliga vastavalt patsiendi taluvusele: 1,25 mg nebivolooli annust suurendatakse 2,5mg-ni kord päevas, järgnevalt 5 mg kord päevas ja seejärel 10 mg-ni kord päevas. Maksimaalne soovitatav annus on 10 mg nebivolooli kord päevas.

Vastunäidustused: ¹ Ülitundlikkus toimeaine nebivolooli või abiainete suhtes. Maksapuudulikkus või maksatalitluse häire. Äge südamepuudulikkus, kardiogeenne šokk või südamepuudulikkuse dekompensatsiooniepisoodid, mis vajavad i.v. inotroopset ravi.

Nagu ka teiste beeta-adrenoblokaatorite kasutamine, on Nebileti kasutamine vastunäidustatud, kui esineb: siinussõlme nõrkuse sündroom (ka sinuatriaalne blokaad); 2. ja 3. astme atrioventrikulaarne blokaad (ilma südame-

stimulaatorita); varem esinenud bronhospasmid ja bronhiaalastma; ravimata feokromotsütoom; metaboolne atsidoos; bradükardia (südamefrekvents vähem kui 60 lööki minutis enne ravi algust); hüpotensioon (süstoolne vererõhk <90mmHg); rasked perifeerse verevarustuse häired.

Kõrvaltoimed: ¹

Sageli ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$) teatatud kõrvaltoimed, mis on enamjaolt raskusastmelt kerged või mõõdukad, hüpertensiooni korral on: peavalu, pearinglus, paresteesiad, düspnoe, kõhulahtisus, kõhukinnisus, iiveldus, väsimus, ödeem. Nebivolooli kasutanud kroonilise südamepuudulikkusega patsientidel esinenud sagedasemad kõrvaltoimed olid bradükardia ja pearinglus, mõlemad esinesid ligikaudu 11%-l patsientidest. Vt ravimi omaduste kokkuvõtte (kinnitatud augustis 2022).

Täieliku info ravimi vastunäidustuste, erihoiatuste ja kõrvaltoimete kohta leiab ravimi omaduste kokkuvõttest (kinnitatud augustis 2022). **Enne ravimi väljakirjutamist palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttega** (kinnitatud augustis 2022).

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

Reklaam koostatud märtsis 2025. EE-NEB-01-2025-V1-Print_M-flow.

1. Nebilet (nebivolool) ravimi omaduste kokkuvõtte (kinnitatud augustis 2022)

Lipoproteiin(a), LDL-kolesterool ja triglütseriidid – 3 pahalast

Martin Serg

Põhja-Eesti regionaalhaigla südamekeskuse
kardioloog-ülemarst-osakonna juhataja

Kui viimastel aastatel on kardiovaskulaarsete haiguste ennetuses ja käsitleuses keskendunud LDL-kolesterooli tasemele, siis nüüd on selge, et läheneda tuleb komplekselt. Olulist rolli mängivad ka teised apolipoproteiin B-d sisaldavad aterogeensed lipoproteiinid: triglütseriidid ja lipoproteiin(a) ehk Lp(a).

Üldkolesterool annab küll ülevaate kogu organismis ringleva kolesterooli hulgast, kuid ei peegelda otseselt aterogeenset riski. LDL-kolesterool on seni olnud südame-veresoonkonna haiguste peamine lipiidmarker ning selle langetamine on hästi tõestatud kasuga.

HDL-kolesterool aitab kolesterooli suunata tagasi maksa. Samas tuleb tähelepanu pöörata ka triglütseriididele, mille taseme tõus on sageli iseloomulik metaboolsele sündroomile.

Samas on teada, et triglütseriidide tase võib olla ka geneetiliselt väga kõrge – sellisel juhul kaasneb lisaks pankreatiidi risk. Kui kõrgeenenud triglütseriidide tase vaadatuna elustiili korrigeerimisele ja statiinravile kõrge või väga kõrge südame-veresoonkonna haiguste riskiga patsientidel püsib, võib lisaks kaaluda oomega-3-rasvhapete või fibraatide kasutamist.

Segahüperlipideemia

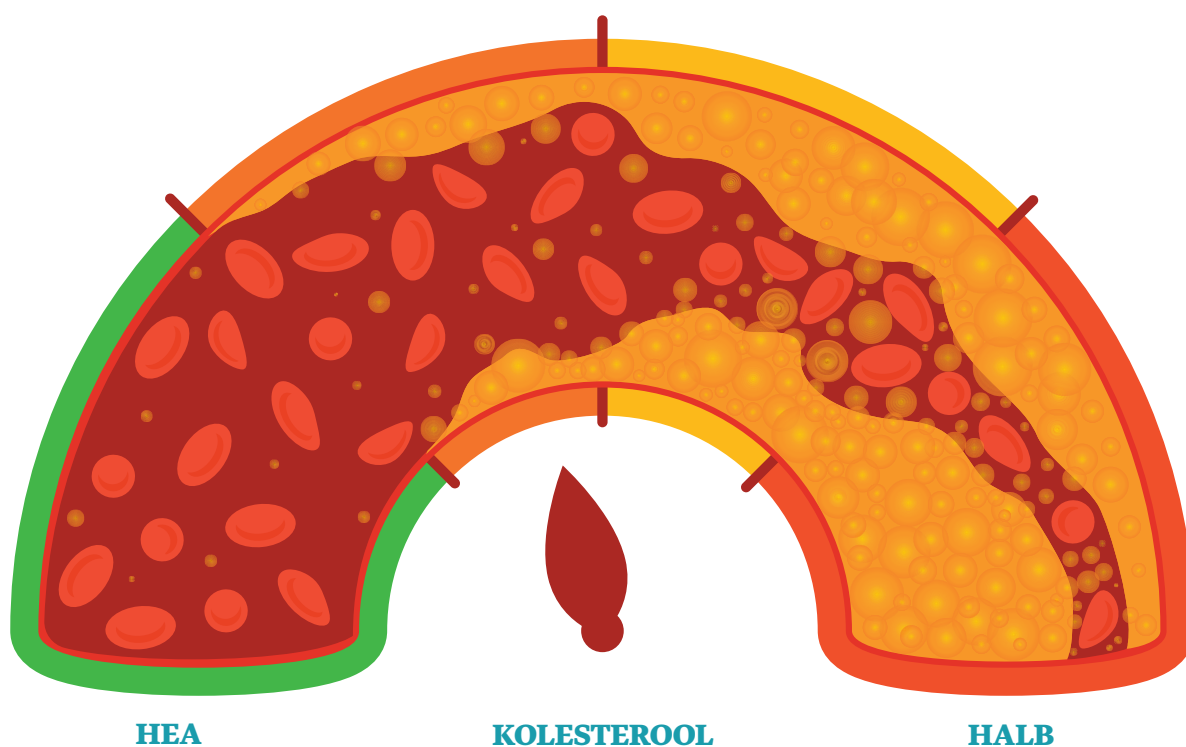
Segahüperlipideemia tähendab olukorda, kus patsiendil on korraga kõrgeenenud mitu lipiidinäitajat – sageli LDL-kolesterool, triglütseriidid ja vahel ka Lp(a).

Tegemist on komplekse seisundiga, mille puhul ainult LDL-taseme alandamisest ei pruugi piisata. Praktikas võib ette tulla, et patsiendil on LDL-kolesterooli väärtus normilähedane, kuid triglütseriidid ja/või Lp(a) on märkimisväärselt kõrgeenenud – ja see omakorda suurendab oluliselt südame-veresoonkonna haiguste riski.

Teatud juhtudel esineb segahüperlipideemia ka ilma selgelt väljendunud kaasuvate haigusteta – näiteks geneetilistel põhjustel. Siin tulebki mängu vajadus hinnata lipiidiprofiili komplekselt ning määrata ka Lp(a).

Lp(a) on LDL-osakesele sarnane lipoproteiin, mille külge on seotud unikaalne valk apolipoproteiin(a). See muudab Lp(a) osakese biokeemiliselt ja kliiniliselt eriliseks.

Tegemist on tugevalt aterogeense ja trombogeense potentsiaaliga osakesega, mis aitab kaasa nii ateroskleroosi tekkele kui ka naastude destabiliseerumisele ja arteriaalsete trombide moodustumisele.



Lp(a) sisaldab oksüdeerunud fosfolipiide, kinnitub veresoonte seina ja osaleb aktiivselt põletikulises vastuses. Selle osakesed on LDLst väiksemad, kuid kordades ohtlikumad. Kuigi väga kõrge Lp(a) taseme esinemissagedus populatsioonis on väiksem kui LDLi kõrgeenemine, on selle riskipotentsiaal märkimisväärselt suurem. Mitu uuringut on näidanud, et kõrge Lp(a) on sõltumatu riskitegur südameinfarkti, isheemilise insuldi ja aordiklapi stenoosi tekkeks.

Lp(a) määramine

Lp(a) määramine on lihtne, odav ja kättesaadav – testi hind jääb Eestis suurusjärku 10 eurot. Lp(a) taset tuleks mõõta igal inimesel korra täiskasvanueas (ideaalis täiskasvanu ikka jõudes), kuna see on geneetiliselt määratud ja jääb elu jooksul suuresti muutumatuks.

Erandina võib menopausijärgses eas naistel täheldada Lp(a) tõusu 10-20%, mis võib olla üheks põhjuseks, miks südame-veresoonkonna haiguste risk selles vanuserühmas naistel hakkab järsult suurenema. Hormoonasendusravi on näidanud vähend Lp(a)-taseme langemist, kuid samas ei ole tõestatud kardiovaskulaarsete tüsistuste vähenemist. Lisaks võivad Lp(a) taset suurendada põletikulised seisundid, rasedus, hüpotüreos, kasvuhormooni tarvitamine ning ka neeruhaigused.

Lp(a) määramine võib osutada eriti väärtuslikuks juhtudel, kus patsiendil esi-

Lp(a) on oluline ja sageli aladiagnoositud riskitegur, mis väärib senisest suuremat tähelepanu.

neb südame-veresoonkonna haigus, kuid klassikalised riskitegurid – näiteks kõrge LDL-kolesterool, hüpertensioon või diabeet – puuduvad. Sellistel juhtudel võib just kõrge Lp(a) tase olla haiguse peamine seletus. Samuti tasub Lp(a) määramist kaaluda juhul, kui patsiendil on tuvastatud aordiklapi stenoos, kuna kõrge Lp(a) tase võib soodustada selle haiguse kiiremat progresseerumist.

Võib oodata, et tulevikus on Lp(a) tase lisatud südame-veresoonkonna haiguste riskihindamise kalkulaatorisse (SCORE2) ühe lisategurina, kust see hetkel puudub.

Ravivõimalused ja tulevikusuunad

Praegu ei ole veel turul ravimit, mis spetsiaalselt Lp(a) taset langetaks. On olemas

süstitavad ravimid (nt PCSK9 inhibiitorid ja inkliisiraan), mis alandavad Lp(a) taset mõnevõrra (u 30%), kuid need on mõeldud eelkõige LDL-kolesterooli alandamiseks. Statiinravi Lp(a) taset ei alanda ning eluviisidel ei ole olulist toimet Lp(a) tasemele.

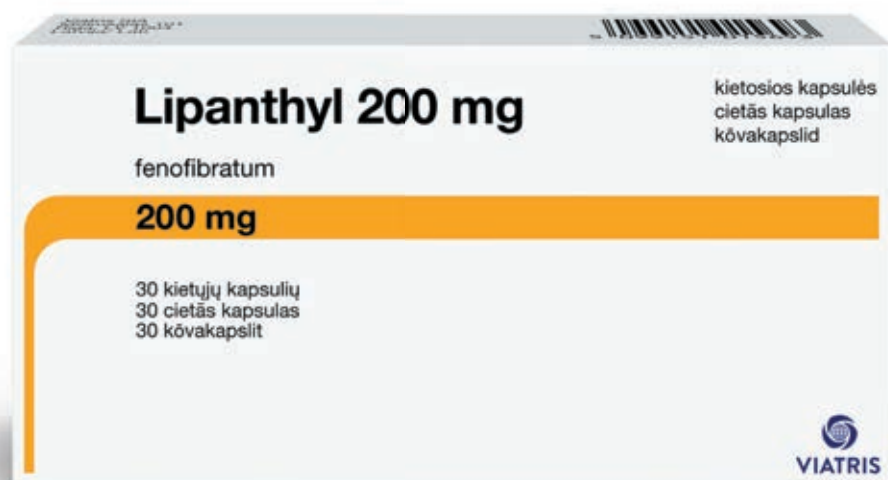
Eesti haiglates on käimas kliiniline uuring (III faas), kus testitakse uut ravimit, mis langetab Lp(a) taset üle 90%. Tegemist on süstitava RNA-põhise ravimiga, mida manustatakse iga kolme kuu tagant. Varasemate uuringute tulemused näitavad Lp(a) taseme olulist langust, kuid kliinilise kasu (nt infarktide vähenemise) kohta järeldusi veel teha ei saa – need selguvad praeguste uuringute lõpuks.

Vajalik terviklik käsitus

Segahüperlipideemia, kus kaasnevad kõrgeenenud LDL-kolesterooli, triglütseriidide ja/või Lp(a) tase, on keerukas seisund, mis vajab terviklikku käsitlust. Lp(a) on oluline ja sageli aladiagnoositud riskitegur, mis väärib senisest tunduvalt suuremat tähelepanu. Kuna selle tase on geneetiliselt määratud ja elu jooksul püsiv, piisab ühest määramisest elu jooksul – eelistatult noores eas.

Kõrge Lp(a) korral on vajalik teiste riskitegurite maksimaalne kontroll ja vajadusel intensiivsem lipiidide alandamine. Lp(a) langetamise eesmärgiga on käimas mitmeid ravimiuuringuid, mis võivad potentsiaalselt parandada nende patsientide käsitlust.

Vähendab lipiidide, kolesterooli ja triglütseriidide sisaldust



1 kapsel ööpäevas

Kliinilistes uuringutes



Üldkolesterooli
tase vähenes
20...25%



Triglütseriidide
tase vähenes
40...55%



HDL kolesterooli
tase suurenes
10...30%

HDL (*High-density lipoprotein*) - Kõrge tihedusega lipoproteiinid.

Viide: Lipanthyl (*fenofibratum*) ravimi omaduste kokkuvõte.

Lipanthyl® (fenofibraat), 200 mg kõvakapslid N30. Retseptiravim. INN. *Fenofibratum*. **Näidustused:** Järgmiste seisundite raviks lisaks dieedile ja teistele mittefarmakoloogilistele ravimeetoditele (nt füüsiline koormus, kehakaalu vähendamine): Raske hüpertriglütserideemia ravi ilma või koos madala HDL kolesterooliga. Segahüperlipideemia, kui statiinid on vastunäidustatud või neid ei taluta. Segahüperlipideemia suure südame-veresoonkonna riskiga patsientidel lisaks statiinile, kui triglütseriidide ja HDL kolesterooli tase ei piisavalt kontrollile. Täielik teave on ravimi omaduste kokkuvõttes 09/2023.

Müügiloo hoidja: Viatris SIA, Mūkusalas 101, Rīga, LV 1004, Lāti.

Tāiendav teave mūūgiloo hoidja Eesti esindusest: Viatris OÜ, Liivalaia 13, 10118 Tallinn

Neerukivitõbe esineb üha enam

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Neerukivitõbi on üks sagedasemaid uroloogilisi haigusi ning esineb maailmas kasvava trendina. Tegemist ei ole pelgalt ägeda valu allikaga, vaid kroonilise seisundiga, millel võivad olla pikaajalised tagajärjed, sealhulgas krooniline neeruhaigus. Tartu ülikooli kliinikumi vanemarst-õppejõud uroloog Jaanus Kahu annab ülevaate neerukivide tekkepõhjustest, käsitlusest ja profülaktikast.

Neerukivide levimus on mitme epidemioloogilise uuringu põhjal viimastel aastakümnetel märkimisväärselt tõusnud. USAs on esinemissagedus neljakümne aasta jooksul tõusnud ligikaudu neljalt protsendilt üheteistkümnele. Sama trendi on täheldatud ka mujal maailmas. Tegemist on valdavalt arenenud riikide probleemiga, millele viitab seos eluviisi ja toitumisega, sealhulgas loomse valgu, soola ning suhkrurikka dieediga. Samuti mängivad rolli ülekaalulisus ja metaboolne sündroom. Neerukive esineb meestel ligikaudu kaks korda sagedamini kui naistel. Lisaks geograafilisele muustrile, mis viitab suuremale levimusele kuumas ja kuivas kliimas, võib kasvanud esinemissagedust seostada ka parema diagnostikaga, sest asümptomaatilisi kive leitakse üha sagedamini juhuleiuna pildidiagnostikas.

Patogenees

Neerukivid on tahked kristallilised ladesused kuseteedes, mis tekivad teatud ainete, näiteks kaltsiumi, oksalaadi, kusihappe jt üleküllastusest uriinis. Patogeneetilisel võib protsessi jaotada kolmeks etapiks: esmalt üleküllastus, mille puhul aine kontsentratsioon uriinis ületab tema lahustuvuse piiri; teiseks kristallisatsioon ja agregatsioon, mille käigus kristallid hakkavad moodustuma ja koonduvad suuremateks struktuurideks; ning kolmandaks kivi stabiliseerumine, kus kristallid ei välju uriiniga ja hakkavad suurenema.

Neerukivid jaotatakse keemilise koostise põhjal kolmeks. Metaboolsed kivid on näiteks kaltsiumoksalaat ja kaltsiumfosfaat, infektsioonkivid on seotud bakteriaalse ureaasi toimel tekkivate struviitidega ehk kaltsium-magneesium-ammooniumfosfaatkividega ning geneetilised harvaesinevad kivid esinevad tsüstiinuuria korral. Kõige levinumad on kaltsiumoksalaatkivid, mis võivad tekkida nii happelises kui ka aluselises uriinis. Infektsioonkivid on tihti seotud krooniliste infektsioonidega ning võivad kasvada korallkivideks, täites kogu neeruvaagna.

Eraldi tähelepanu tuleb pöörata ka haruldastele ainevahetushäiretele, nagu primaarne hüperoksaluuria (PH). Tegemist on autosoom-retsessiivselt päriliku seisundiga, kus maksa ainevahetushäire



Tähelepanu tuleb pöörata ka korduva kivi tekke ennetusele.

re tõttu toodetakse liigset oksalaati. PH võib esineda kolmes alatüübis, millest raskekujulisim on tüüp I. Oksalaat seostub kaltsiumiga, moodustades kaltsiumoksalaadi kristalle, mis ladesuvad esmalt neerudesse ning neerupuudulikkuse tekkimisel ka teistesse kudedesse. PH võib põhjustada korduvat nefrolitiaasi, nefrokaltsinoosi, neerupuudulikkust ja süsteemset oksaloosi. Haiguse lõppstaadiumis võib osutuda vajalikuks kombineeritud maksa- ja neerusiirdamine. PH kahtlus peaks tekkima patsientidel, kellel esineb korduv neerukivitõbi juba lapseas või noores täiskasvanueas, eriti kui kaasneb kiire neerufunktsiooni langus.

Sümptomaatika

Kliiniliselt on neerukivitõbe levinuim sümptom neerukoolik, mis avaldub ägeda ja tugeva valuna külje- ja alaseljapiirkonnas ning mis võib kiirguda kubemesse. Valule võivad lisanduda hematuuria, iiveldus, oksendamine ja düsuuria. Tüüpiliselt põhjustavad sümptomeid 5-10 mm

läbimõõdus olevad kivid, mis jäävad kuseteedes liikudes kinni. Tüsistused ulatuvad ägedast obstruktiivsest püelonefriidist kuni kroonilise neerukahjustuseni. Metaanalüüsid näitavad, et neerukiviga patsientide risk krooniliseks neeruhaiguseks on 50% ja neerupuudulikkuseks lausa 100% kõrgem võrreldes kontrollgrupiga.

Diagnostika ja ravi

Tänapäeval on kuldseks standardiks madala kiirgusdoosiga natiivne kompuutertomograafia, mille tundlikkus ja spetsiifilisus neerukivide diagnoosimisel on äärmiselt kõrged. Kompuutertomograafia abil saab hinnata kivi täpset asukohta, suurust, tihedust Hounsfieldi ühikutes ja kontrastsust, mis aitab valida sobiva ravi meetodi. Muud meetodid on ultraheli, mis on oluline paisu hindamiseks, ning tavaline röntgen, mis sobib järelkontrolliks röntgenpositiivsete kivide puhul. Röntgennegatiivsed on sageli kusihappekivid ja osa struviitkividest, kuid praktikas on siiski enamik kive segatüüpi.

Neerukivide esmaseks raviks on konservatiivne lähenemine, mis keskendub eelkõige valukontrollile. Esmavalikuks on mittesteroidsed põletikuvastased ravimid, vajadusel lisatakse opioide. Infektsiooni kahtlusel tuleb välistada sepsis ja

vajadusel teha kiire dekompresioon. Medikamentöösne kivi väljutamist soodustav ravi hõlmab alfablokaatoreid, peamiselt tamsulosiini annuses 400 mikrogrammi kord päevas. Kõige efektiivsem on see viie kuni kümme millimeetrise suuruselga distaalselt paiknevate ureeterikivide korral.

Kui konservatiivne ravi ei aita, tuleb kaaluda invasiivset sekkumist, sealhulgas kehavälist lööklaine litotripsiat ehk ESWLi, mis sobib kuni 2 cm kivide puhul; ureteroskoopiat ehk URSi, mis on endoskoopiline kivi eemaldus põie kaudu; ning perkutaanne nefrolitotoomiat ehk PCNLi, mis on standardne suuremate või korallkivide korral.

Asümptomaatiliste neerukivide juhuleiuna leidmisel on oluline hinnata kivi suurust ja asukohta, kasvutendentsi ja sümptomaatikat. Uuringud näitavad, et ligikaudu 50% juhuleiuna leitud kividest põhjustavad kümnekonna aasta jooksul sümptomeid või vajavad sekkumist. Eriti tähelepanelik tuleb olla korallkivide suhtes, mis on seotud kõrgema neerukahjustuse ja suremusega.

Retsidiivsus

Ligikaudu 50% neerukiviga patsientidest kogeb retsidiivi kümnekonna aasta jooksul. Kõrge riski grupi kuuluvad isikud, kellel esinevad varajases eas kivid, perekondlik eelsoodumus, retsidiiveeruvad infektsioonid, primaarne hüperparatüreoidism ning struviit- ja tsüstiinkivid.

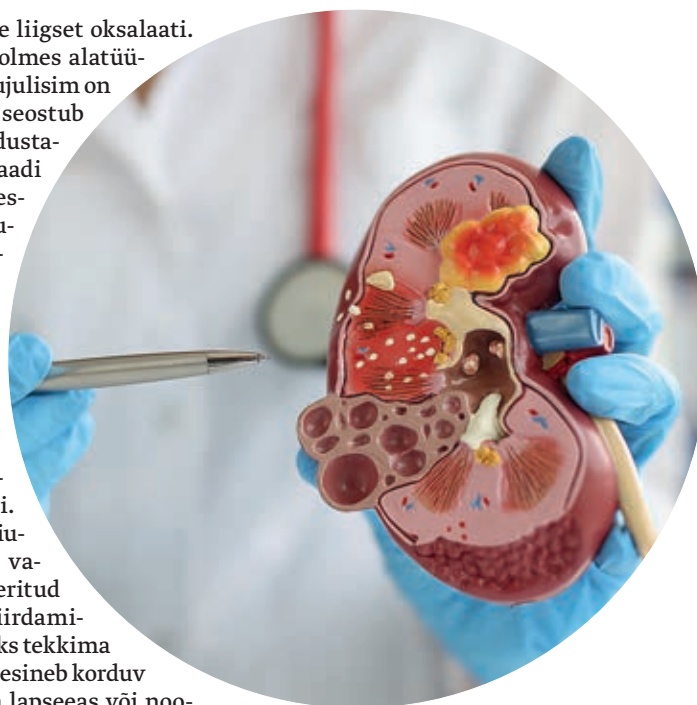
Põhiuuringud hõlmavad kivi keemilist analüüsi, kui võimalik, kaltsiumi, oksalaadi ja kusihappe sisalduse määramist veres ja uriinis, paratüreoidhormooni taseme määramist hüperkaltsemia korral ning uriinikultuuri infektsioonikahtlusel. Retsidiiveeruvate kivide puhul võib osutuda vajalikuks 24 tunni uriini analüüs.

Ravisoovitused sõltuvad kivi tüübist. Kusihappekivide korral rakendatakse uriini alkalisatsiooni, näiteks kaaliumsitraadiga, ning puriinirikka toidu piiramist. Struviitkivide puhul on vajalik kivi täielik kirurgiline eemaldus ja vajadusel antibiootikumravi. Kaltsiumkivide puhul võib kaaluda tiasiidide, tsitraadi manustamist ning oksalaadirikka toidu piiramist.

Neerukivitõbi on kompleksne ja sage uroloogiline seisund, mille käsitlus nõuab individuaalset lähenemist.

Kuigi ägedad sümptomid sunnivad patsienti sageli kiiresti arsti poole pöörduma, tuleb tähelepanu pöörata ka kroonilisele aspektile, sealhulgas korduva kivi tekke ennetusele ja metaboolsete faktorite korrigeerimisele. Hea interdistsiplinaarne koostöö uroloogide ja nefroloogide vahel aitab kaasa patsiendi parimale ravitulemusele.

Veebiseminari korraldajad: Meditsiiniuudised ja Medicum Koolitus- ja Nõustamiskeskus
Veebiseminari toetas Medison
Reg. number: EE047_OXL_04/2025



Neerukivid on kujutatud valkjate täppidena neeruvaagnas.

FOTO: SHUTTERSTOCK

1. tüüpi primaarne hüperoksaluuria (PH1)

PH1 on harvaesinev geneetiline ainevahetushaigus, mille korral toodab maks liiga palju oksalaati ja millele on iseloomulik korduvate valulike neerukivide teke.¹

PH1 on põhjustatud mutatsioonidest geenis *AGXT*, mille tulemusel on maksa ensüümi alaniini-glüoksülaadi aminotransferaasi (AGT) töö takistatud. Toimiv AGT aitab organismil vabaneda normaalse ainevahetuse soovimatutest produktidest. PH1-ga inimestel põhjustab defektne AGT oksalaadi ebanormaalse kuhjumise algul neerudes ja haiguse progresseerumisel ka teistes elundites. Oksalaat on ainevahetuse jääkprodukt, mida keha ei kasuta.¹⁻⁴

PH1 võib vajada pidevat ravi ja jälgimist multidisiplinaarse meeskonna poolt, hõlmates nt perearsti, nefroloogi, uroloogi, meditsiiniõde ja teisi tervishoiutöötajaid.^{2,4}

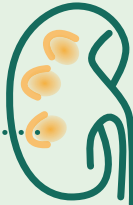
PH1 puhul toodab organism üleliigses koguses oksalaati, mille tulemusena võivad tekkida neerukivid ja neerukahjustus*⁴

NEER



Neerukivid on PH1 korral kõige sagedam sümptom

Iga neerukivi lapsel või noorukil, samuti retsidiveeruvad neerukivid täiskasvanul, võivad olla PH1 tunnuseks.



PH1 on enam kui neerukivitõbi

Isegi kui mõnel patsiendil ei esine neerukive, võib oksalaadi liigne kuhjumine põhjustada neerude või teiste organite suuri kahjustusi.

Oksalaat on jääkaine, mis eritatakse peamiselt neerude kaudu uriiniga

Kui haigus progresseerub ja neerud ei tööta korralikult, võib oksalaat koguneda verre



Liigesed



Nahk



Süda



Silmad

Oksalaat võib seejärel ladestuda teistes elundites ning põhjustada vigastusi ja püsivaid kahjustusi

PH1 võib süveneda neerupuudulikkuseni ja patsiendid võivad vajada sagedast dialüüsi (5-6 korda nädalas). Lõpp-staadiumi neerupuudulikkuse (LSNP) väljakujunemisel on vajalik neerusiirdamine või neeru- ja maksasiirdamine.^{2,5}

~50%

PH1-ga inimestest võivad olla diagnoosimata, kuigi andmed levimuse kohta on piiratud⁶

~70%

PH1-ga patsientidest võib haigus süveneda 45. eluaastaks LSNP-ni^{6-11,†}



Patsientidel, kelle uriini või plasma oksalaadi-sisaldus on suurenenud, võib geneetiline uurimine aidata PH1 diagnoosi kinnitada^{2,12}

30 AASTAT

võib PH1 diagnoos hilineda täiskasvanutel keskmiselt Prantsusmaa uuringu näitel¹³

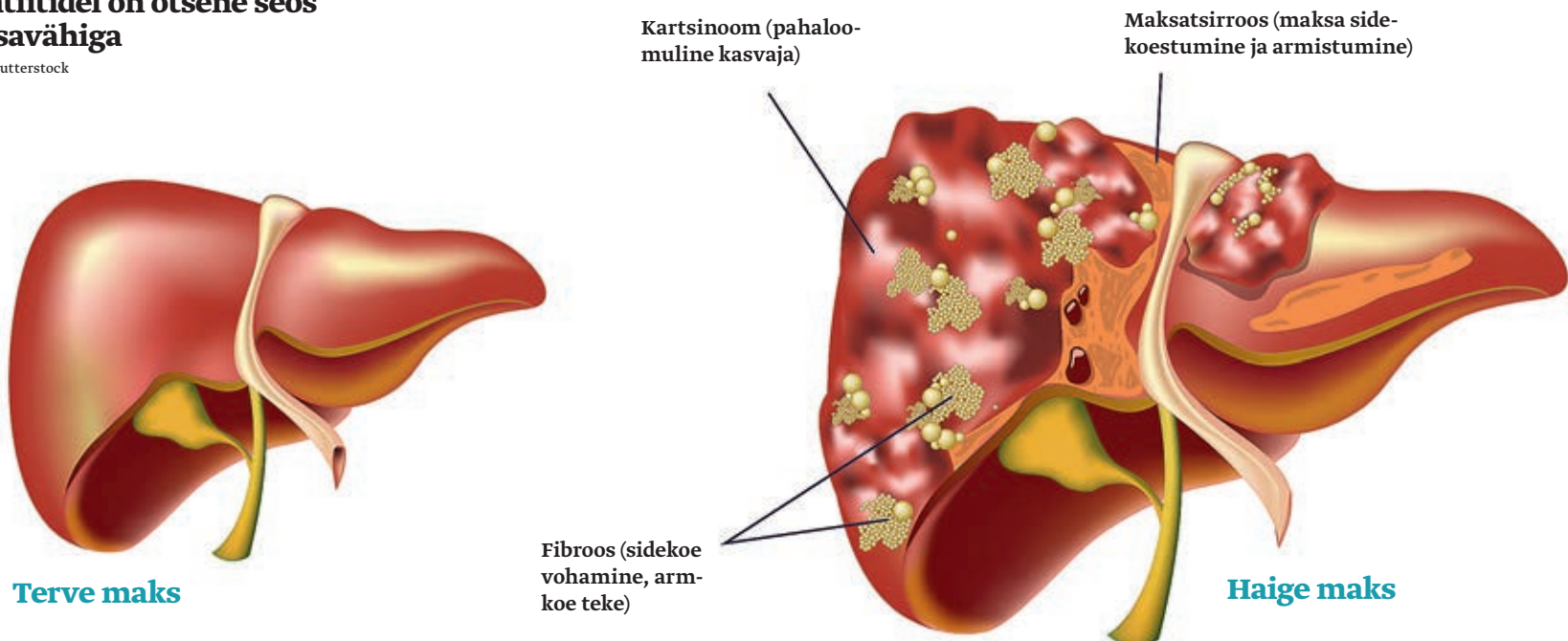
*Kohandatud ⁴Cochat & Rumsby (2013) järgi. [†]Kohandatud ¹¹Singh *et al.* (2022) järgi. Andmed põhinevad artiklis joonisel 4 näidatud graafiliste andmete visuaalsel esitusel.

Viited: 1. OxLumo (lumasiraan) ravimi omaduste kokkuvõte. November 2024. 2. Milliner DS, Harris PC, Sas DJ. *et al.* Primary Hyperoxaluria Type 1. 2002 Jun 19 [Updated 2024 Aug 15]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, *et al.*, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1283/> [18.03.2025]. 3. Shee K, Stoller ML. *Nat Rev Urol.* 2022;19(3):137-146. 4. Cochat P, Rumsby G. [published correction appears in *N Engl J Med.* 2013 Nov 28;369(22):2168]. *N Engl J Med.* 2013;369(7):649-658. 5. Tartu Ülikooli Kliinikumi harvikaiguste kompetentsikeskus. (01/2024). Infomaterjal. Primaarne hüperoksaluuria. Kasutatud 18.03.2025, <https://www.kliinikum.ee/harvikaigused/infomaterjalid/746-2/>. 6. Hopp K, Cogal AG, Bergstralh EJ. *et al.* *J Am Soc Nephrol.* 2015;26(10):2559-2570. 7. Soliman NA, Nabhan MM, Abdelrahman SM. *et al.* *Nephrol Ther.* 2017;13(3):176-182. 8. Hoppe B, Langman CB. *Pediatr Nephrol.* 2003;18(10):986-991. 9. Mandrile G, van Woerden CS, Berchialla P. *et al.* *Kidney Int.* 2014;86(6):1197-1204. 10. Harambat J, Fargue S, Acquaviva C. *et al.* *Kidney Int.* 2010;77(5):443-449. 11. Singh P, Viehman JK, Mehta RA. *et al.* *Nephrol Dial Transplant.* 2022;37(5):869-875. 12. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG. *et al.* *J Urol.* 2014;192(2):316-324. 13. Pszczolinski R, Acquaviva C, Berrahal I. *et al.* *Clin Kidney J.* 2024;17(5):sfac099.

Joonis:

Hepatiitidel on otsene seos maksavähiga

Allikas: Shutterstock



Võitlus B ja C viirushepatiidiga aitaks vähendada maksavähist tingitud surmade arvu

Ülemaailmsel hepatiidipäeval 2024. aastal juhtis Euroopa Haiguste Ennetamise ja Tõrje Keskus (ECDC) tähelepanu rahvatervise jätkuvatele väljakutsetele, mida põhjustavad hepatiit B ja C nakkused - Euroopas olulised maksavähi riskitegurid.

Krooniline hepatiit, mille põhjustajaks on hepatiit B ja C viirusinfektsioonid, on üks peamisi maksavähi tekke riskitegureid. Maksavähk on Euroopas vähisurmade põhjuste seas kuuendal kohal, põhjustades 2022. aastal ligi 55 000 surmajuhtu.

EL/EMP riikides on umbes 3,6 miljonit inimest krooniliselt nakatunud B-hepatiidi viirusega (HBV) ja 1,8 miljonit C-hepatiidi viirusega (HCV). Nakkuste levimus ning ligipääs hepatiidi ennetusele ja ravile on riikide ja elanikkonnagruppide lõikes väga erinev, eriti suur koormus lasub haavatavatel rühmadel - eelkõige süstivate uimastitarvitajatel, vangidel ja teatud migranti-

de rühmadel. Ligikaudu kolmandik kroonilistest B-hepatiidi juhtudest EL/EMP riikides esineb migrantide hulgas ning sarnane osakaal kroonilise C-hepatiidi nakkustest süstivate uimastitarvitajate seas.

Tõhusad ennetusmeetmed on olemas nii hepatiit B kui ka C puhul, sealhulgas HBV vastu vaktsineerimine ning kahjude vähendamise meetmed vere kaudu levivate nakkuste ennetamiseks uimastite süstimisel. Mõlemale nakkusele on tänapäeval saadaval tõhus ravi, mis aitab vähendada haiguse arenemist raskeks maksakahjustuseks ja vähiks.

Kuigi ECDC kogutud andmed EL/EMP riikidest näitavad kõrget viiruse supressiooni taset HBV puhul ja suurt tervenemise määra ravitud HCV-ga patsientidel, jääb suur osa haigusega elavatest inimestest diagnoosimata ning ei saa seetõttu vajalikku ravi ega abi.

Lisaks diagnoositakse märkimisväärt osa inimestest alles haiguse kauglearenenud

staadiumis, kui juba on tekkinud maksatsirroos ja maksavähk. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul jääb kogu maailmas diagnoosimata 87% hepatiit B ja 64% hepatiit C infektsioonidest, mis rõhutab vajadust tõhustada testimist enamikus riikides.

Lisaks esineb mõnes Euroopa riigis endiselt piiranguid selle kohta, millistel elanikkonnarühmadel on õigus ravile - dokumentideta migrantid ja süstivad uimastitarvitajad seisavad sageli silmitsi takistustega.

ECDC kutsub üles valitsusi, tervishoiuteenuste osutajaid ja kogukondi tõhustama koostööd ning suurendama jõupingutusi, et kiirendada hepatiit B ja C kõrvaldamist. Laiendamaks vaktsineerimisprogrammi, rakendades sihtotstarbelisi testimisalgatusi, tagades süsteemse ligipääsu ravile ja parandades nakkuste ennetusmeetmeid, saame tagada tervislikuma tuleviku kõigile.

mu.ee

Tasub teada: Eesti on C-hepatiidi levimusest Euroopa tipus

Eesti Infektsionistide Seltsi esimehe doktor Mait Altmetsa sõnul näitab Euroopa Haiguste Ennetamise ja Tõrje Keskuse raport, et Eestis on C-hepatiidi esinemissagedus ~1,7%. Seega võib arvestuslikult Eestis elada ligikaudu 17 000 inimest, kellel on krooniline C-hepatiit ja kes paraku ise ei ole oma haigusest teadlikud ning pahaaimamatult ka viirust edasi kannavad. Sellega on Eesti koos Rumeenia ja Bulgaariaga Euroopas kõrgeima C-viirushepatiidi levimusega riikide hulgas. Olukorra lahendamist raskendab tõsiasi, et Eestis ei ole endiselt loodud riikliku hepatiidide skriinimise süsteemi, mis aitaks patsiendid üles leida.

Allikas: Eesti Vähiliidu 2024. aasta tegevusaruanne



Meil on käeulatuses võimalus vähki ennetada. Tugevdades jõupingutusi, saame kiirendada hepatiit B ja C viiruste kõrvaldamist, mis põhjustavad Euroopas üha rohkem maksavähi juhtumeid. Varajane testimine, kiire suunamine ravile ning tõhustatud ennetusmeetmed - näiteks B-hepatiidi vaktsineerimine ja ulatuslikud kahjude vähendamise programmid - on nende viiruste kõrvaldamise võtmelemendid.

Piotr Kramarz, ECDC juhtivteadlane

**C-HEPATIIDIST
VABAKS AINULT**

8 NÄDALAGA

**Kiire 8-nädalane ravi Maviret'iga
(glekapreviir/pibrentasviir) ja patsiendid
saavad edasi nautida elu ilma C-hepatiidita**

MAVIRET (GLEKAPREVIIR/PIBRENTASVIIR) ON PANGENOTÜÜPNE (GT 1-6) C-VIIRUSHEPATIIDI RAVIM TÄISKASVANUTELE JA LASTELE ALATES 3. ELUAASTAST.

Maviret (glekapreviir/pibrentasviir) 100 mg/40 mg õhukese polümeerikattega tabletid.

Maviret (glekapreviir/pibrentasviir) 50 mg/20 mg kaetud graanulid kotikeses. Toimeained: glekapreviir/pibrentasviir.

Näidustus: Maviret (glekapreviir/pibrentasviir) on näidustatud kroonilise C-viirushepatiidi (HCV) infektsiooni raviks täiskasvanutel ja lastel alates 3 aasta vanusest.

Maviret'i (glekapreviir/pibrentasviir) kaetud graanulid on näidustatud kroonilise C-viirushepatiidi (HCV) infektsiooni raviks lastel alates 3 aasta vanusest.

Retseptiravim.

Müügiloa hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse 67061, Ludwigshafen, Saksamaa.

Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävala pst 4, 10145 Tallinn, Tel: +372 623 1011.

Ravimi omaduste kokkuvõte märts 2023.

EE-MAVI-230040

Materjal kinnitatud jaanuar 2025

Bioloogiline ravi on saanud osaks atoopilise dermatiidi ravist

USA atoopilise dermatiidi 2023. aasta ravijuhised rõhutavad vajadust teadusuuringutega kaasas käia. Rõhatakse vajadust nahka niisutada ja põletikku leevendada.

Juhistes rõhutatakse, et atoopilise dermatiidi (AD) ravi peab olema mitmetahuline ja kohandatud haiguse raskusastmele ning patsiendi individuaalsetele vajadustele. Ravi eesmärk on põletiku leevendamine, sügeluse vähendamine, naha kaitsefunktsiooni taastamine ning haiguse ägenemiste ennetamine. Kuna AD on immuunsüsteemi vahendatud haigus, on oluline kasutada põletikuvastaseid ravimeetodeid. Uued tõendid näitavad, et niisutavate kreemide regulaarne kasutamine on haiguse kontrolli all hoidmiseks hädavajalik, kuid enamik patsiente vajab lisaks ka põletikuvastaseid paikseid või süsteemseid ravimeid.

Paikne ravi jääb AD ravis nurgakiviks ning hõlmab mitut erinevat võimalust. Esmavaliku raviks soovitatakse kasutada paikseid kortikosteroide või kaltsineuriini inhibiitoreid, mis aitavad leevendada põletikku ja vähendada haiguse ägenemisi. Uuringud on näidanud, et nende kasutamine üks kord päevas võib olla sama tõhus kui kaks korda päevas kasutamine, samal ajal vähendades kõrvaltoimete riski. Samuti on tõendeid selle kohta, et pikaajalise ja regulaarse hooldava raviga saab vältida haiguse korduvaid ägenemisi. Kui patsiendi seisund ei parane paikse ravi abil või kui haigus on mõõduka kuni raske raskusastmega, võib kaaluda süsteemset ravi, sealhulgas bioloogilisi ravimeid ja immunosupressante.

Bioloogilised ravimid on viimasel kümnendil saanud olulise osa AD ravis, eriti patsientidel, kelle haigus ei allu tavapärasele paiksele ravile. Dupilumab ja tralokinumab on kaks bioloogilist ravimit, mida soovitatakse mõõduka kuni raske AD raviks. Samuti on kättesaadavad JAK-inhibiitorid, mis on väikese molekulmassiga immunosupressandid ning mida võib kasutada täiskasvanutel ja noorukitel, kelle haigus ei ole reageerinud muudele ravivõimalustele. Siiski tuleb nende kasutamisel arvestada võimalike kõrvaltoimetega, sealhulgas infektsiooniriskiga ja mõjuga südame-veresoonkonnale.

Toetavad strateegiad

AD ravi hõlmab lisaks farmakoloogilistele meetmetele ka mitut toetavat strateegiat. Lahjendatud kloorivannid võivad olla kasulikud mõõduka kuni raske AD korral, kuna need aitavad vähendada bakteriaalset koormust ja leevendada põletikku. Samas ei ole need soovitatavad kerge haiguse puhul, kuna nende efektiivsus ei pruugi ületada võimalikku nahaärrituse riski. Samuti ei ole soovitatav kasutada paikseid antimikroobseid aineid, kui nahal ei ole ilmseid infektsioonitunnuseid. Toitumise osas on uuringud näidanud, et elimineerimisdietid ei ole üldiselt AD ravis efektiivsed ning võivad isegi suurendada toiduallergia riski, eriti lastel. Seetõttu ei soovitata patsientidel AD raviks toidugruppe omaalgatuslikult vältida ilma kindlate kliiniliste näidustusteta.

Allergia immunoteraapia võib osutada



Atoopiline dermatiit häirib oluliselt elukvaliteeti. FOTO: SHUTTERSTOCK

kasulikuks patsientidele, kellel on mõõduka või raske AD ja kes kannatavad samalaadsetest teistest allergilistest haigustest, näiteks allergilisest riniidist või astmaga. Uuringud on näidanud, et immunoteraapia võib aidata parandada naha seisundit ja vähendada põletikku, kuid see meetod ei pruugi olla sobiv kõigile patsientidele.

AD mõjub ka patsiendi elukvaliteedile ja psühhosotsiaalsele heaolule. Haigus võib põhjustada tõsist sügelust, valu, unehäireid ja stressi, mis omakorda võivad süvendada põletikulist protsessi ning põhjustada haiguse ägenemist. Seetõttu on oluline pakkuda patsientidele ja nende peredele piisavalt teavet haiguse olemuse,

ravivõimaluste ja enesehooldusmeetodite kohta. Digitaalsed tervisetööriistad, näiteks internetipõhised haridusprogrammid ja mobiilirakendused, võivad aidata patsientidel oma haiguse kulgu paremini mõista ja ravi paremini järgida.

Sotsiaalsed tegurid

Majanduslikud ja sotsiaalsed tegurid mängivad AD ravis olulist rolli. Uuringud on näidanud, et ADga seotud otsesed ja kaudsed kulud võivad olla märkimisväärsed, hõlmates nii ravikuluseid, töölt puudumisi kui ka elukvaliteedi langust. Paljud patsiendid kasutavad korrigeerivaid ravimeid ja hooldusmeetodeid, mis võib põhjustada suurt rahalist koormust. Lisaks on leitud, et madalama sotsiaalmajandusliku staatusega patsientidel on suurem tõenäosus kogeda haiguse raskemat kulgu. Seetõttu soovitatakse arstidel AD raviga tegelemisel arvestada ka patsientide majanduslikku olukorda ning aidata neil leida kulutõhusamaid ja kergemini kättesaadavaid ravivõimalusi.

2023. aasta juhised rõhutavad ka seda, et AD ravi peaks olema pidevalt ajakohastatav vastavalt uutele teadusuuringutele ja ravivõimalustele. Kuna uued ravimid ja ravimeetodid arenevad kiiresti, on oluline, et raviotsused põhineksid kõige värskemal teaduslikul tõendusmaterjalil ning et ravijuhised uuendataks vastavalt uutele andmetele. Samuti soovitatakse arstidel edendada patsiendikeskset lähenemist, mille puhul raviotsuseid tehakse koostöös patsiendiga, arvestades tema individuaalseid vajadusi, eelistusi ja elustiili.

Allikas: Annals of Allergy, Asthma & Immunology

AD ravivõimalused on Eestis väga head

Küsimustele vastas Põhja-Eesti regionaalhaigla naha- ja suguhaiguste keskuse juhataja, dermatoveneroloog Maigi Eisen.

Kui palju erineb atoopilise dermatiidi ravi USAs ja Eestis?

AD ravijuhend põhineb Euroopas ja Ameerikas samadel põhimõtetel ja tõenduspõhisusel, kuid erinevus tuleb pigem mujalt: Ameerikas on lubatud ravimireklaamid. TVs võib näha nt bioloogilise ravimi reklaami, et kui sul on AD, siis küsi bioloogilist ravimit oma raviarstilt.

Silma hakkas ka valgendaja kasutamine. Ka Eestis on teada valgendajatega vannitamine, aga see pole patsientide poolt väga omaks võetud, sest olemas on head ravimid. Samuti ei ole Eestis sel-



Maigi Eisen

FOTO: ERAKOGU

list valmislahust, mida vannivette saaks kergesti lisada.

Kas on midagi, mida meil veel ei rakendada, kuid peaks kindlasti tegema?

Ameerikas on kaks bioloogilist ravimit – tralokinumab ja dupilumab. Eestis oli dupilumab AD ravis esimene bioloogiline ravim ning kasutame seda edukalt mõõduka ja raske atoopilise dermatiidi ravis. Hiljem on lisandunud JAK-inhibiitorid upadatsitiniib ja baritsitiniib, mis on laiendanud ravimite valikut.

Kuidas elab praegu AD patsient Eestis? Kas talle on kogu vajalik ravi kättesaadav?

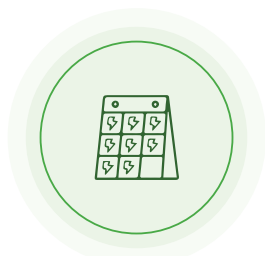
Mõõduka ja raske nahahaiguse korral, kui klassikalised süsteemsed ravimid on

ebaefektiivsed või kaasuvate haiguste tõttu vastunäidustatud ning esineb klassikaliste ravimite suhtes kõrvaltoimeid, on võimalik kasutada bioloogilisi ravimeid, mis toonud läbimurde krooniliste nahahaiguste ravis. Nende raviefekt ja talutavus on reeglina head. Mõõduka ja raske AD patsientide ravi on tervisekassa poolt kindlustatud isikutele 100% kompenseeritud. Eestis peab täiskasvanud AD haige enne bioloogilisele ravile saamist täitma tervisekassa poolt kehtestatud kriteeriumid, mis tähendab, et haiguse ulatuse ja ägeduse skoor EASI peab olema >16 ning 8-12 nädalat kestnud ravi tsüklosporiiniga on ebaefektiivne.

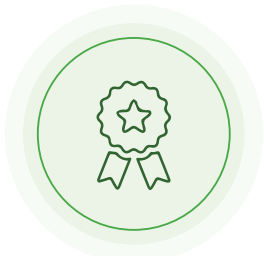
Võib aga öelda, et mitte kunagi varem pole nahahaiguste ravis olnud nii palju ja nii efektiivseid ravimeid kui tänapäeval.

Püsivalt lööbevaba nahk ja kiiresti nähtavad tulemused isegi probleemsetes kehapiirkondades⁸

Täiesti lööbevaba nahk



Täiesti lööbevaba nahk (PASI 100), mis püsib viie raviaasta jooksul^{1,2,8}



Paranemine raskesti ravitavates kehapiirkondades, sh peanahal, küüntel, genitaalpiirkonnas ning peopesades ja jalataldadel^{1,7,8}



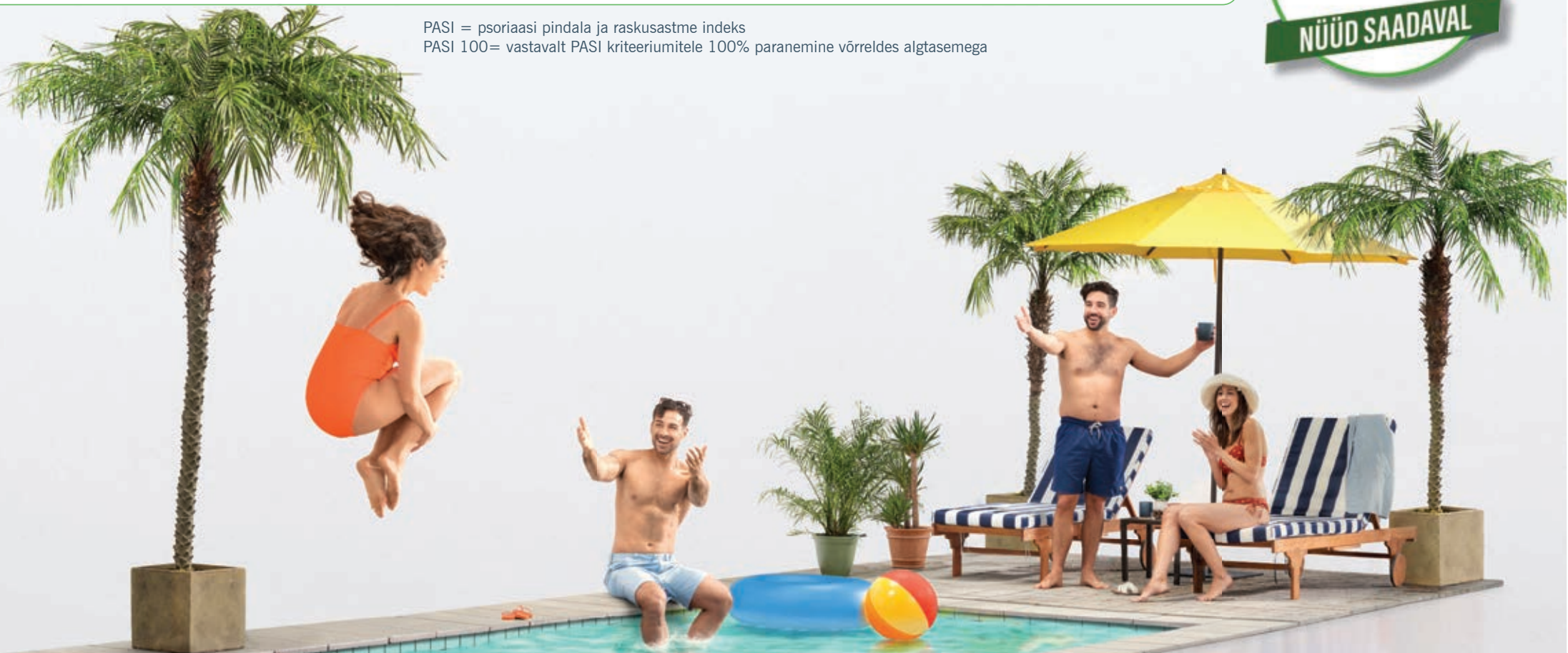
Näitas otsestest võrdlusuuringutes paremaid tulemusi võrreldes guselkumabi, ustekinumabi, etanertsepti ja adalimumabiga²⁻⁶

Kiire ravivastus



Kiire ja märgatav ravivastus juba 2. ravinädalal²

PASI = psoriaasi pindala ja raskusastme indeks
PASI 100 = vastavalt PASI kriteeriumitele 100% paranemine võrreldes algtasemega



Taltz (iksekizumab) 80 mg süstelahus pen-süstlis. Retseptiravim.

Ravimi nimetus. Taltz (iksekizumab) 80 mg süstelahus pen-süstlis. **Toimeaine:** iksekizumab. **Näidustused:** Naastuline psoriaas. Taltz (iksekizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks täiskasvanutel, kes vajavad süsteemset ravi. Naastuline psoriaas lastel. Taltz (iksekizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks lastel alates 6 aasta vanusest ja kehakaaluga vähemalt 25 kg ning noorukitel, kes vajavad süsteemset ravi. Psoriaatiline artriit. Taltz (iksekizumab) üksinda või kombinatsioonis metotreksaadiga on näidustatud aktiivse psoriaatilise artriidi raviks täiskasvanud patsientidel, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust ühe või enama haigust modifitseeriva antireumaatilise ravimi kasutamisel või kellel esineb nende suhtes talumatus. Aksiaalne spondüloartriit. Anküloseeriv spondüliit (radiograafilise leiuga

aksiaalne spondüloartriit): Taltz (iksekizumab) on näidustatud aktiivse anküloseeriva spondüliidi raviks täiskaskasvanud patsientidel, kes ei ole konventsionaalse raviga saavutanud piisavat ravivastust. Radiograafilise leiuta aksiaalne spondüloartriit: Taltz (iksekizumab) on näidustatud aktiivse radiograafilise leiuta aksiaalse spondüloartriidi raviks täiskaskasvanud patsientidel, kellel esineb objektiivsete põletikunäitajate tõus C-reaktiivse valgu ja/või magnetresonantstomograafia alusel ning kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite kasutamisel. **Retseptiravim. Müügiloo hoidja:** Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Iirimaa. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või Eli Lilly (Suisse) S.A Eesti filiaal tel 6817280, lilly@eesti.ee.

Viited:

1. Blauvelt A, et al. J Am Acad Dermatol 2021;85(2):360-368.
2. Blauvelt A, et al. Br J Dermatol. 2020;182:1348-1358.
3. Reich K, et al. Br J Dermatol. 2017;177:1014-1023.
4. Griffiths CE, et al. Lancet. 2015;386:541-551.
5. Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79:123-131.
6. Gordon KB, et al. N Engl J Med. 2016;375:345-356.
7. Guenther L, et al. Acta Derm Venereol. 2020 Jan 7; 100:adv00006.
8. Taltz (iksekizumab) SPC, 2023

PEAVALU KONVERENTS

25.04.2025

Olümpia hotelli
konverentsikeskus
ja veeb

SIHTGRUPP: perearstid, lastearstid, lasteneuroloogid, neuroloogid, valuraviarstid, üldarstid, nina-kõrva-kurguarstid, pereõed, peavaluõed, proviisorid, farmatseudid jt meedikutest huvilised.

TEEMAD

- Peavalude käsitleused EMOs
- Migreen ja depressioon
- Patsiendile mõeldud kaugteenused peavalu korral
- Füsioteraapia peavalude puhul
- Peavalud eakatel
- Menstruaal- ja perimenopausaalne migreen (välislektor prof Anne MacGregor, St Bartholomew's Hospital, London, Ühendkuningriik)
- Neuromodulatsioon/haigusjuhud

NB! Kava on täiendamisel!

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunktid. Punktid akrediteerib Eesti Peavalu Selts, tunnistuse väljastab Meditsiiniuudised.



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

soodushind

119€

kuni 11.04!

Info ja piletid:
[pood.aripaev.ee/
konverentsid-
peavalu-
konverents-2025](http://pood.aripaev.ee/konverentsid-peavalu-konverents-2025)

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.aripaev.ee/gastroenteroloogia

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

Lektorid:

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

Moderator:

KARITA KOŠEVA Confido esmatasandi tervisekliiniku juht

