



Suur pilt

Igaühele vastavalt tema vajadusele

Kui tahame Eestis tervishoidu mõistlikult korraldada, jõuame selleni, et kogume raha solidaarselt kokku ja jagame seda vastavalt meditsiinilisele vajadusele, kinnitab terviseminister **Riina Sikkut**. ▶3

Perearste tänavu ees ootavat kaheksat peamist väljakutset tutvustab nende seltsi president, Laagri perearst **Elle-Mall Sadrak**. ▶4



MEDITSIINI- UUDISED



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 1 (478) 16. jaanuar 2024

www.mu.ee

Kindlustuse aasta

Tänavuse aasta märksõna võiks olla ka **kindlustus**.

Patsiendikindlustus jõustub täies mahus ja erakindlustuse osaravi rahastamises on järjest olulisem. ▶4–8



Vestlusringid konverentsil "Meditsiin 2024" olid patsiendikindlustusest ja tervishoiu rahastamisest.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Rauaasendusravi on varasemast talutavam

Põhja-Eesti regionaalhaigla hematoloogiakeskuse hematoloog-ülemarst-keskuse juhataja **Mariken Ross** annab ülevaate aneemiast ja selle ravist. Turul on palju preparaate ja patsiendile saab valida selle õige. Uutel preparaatidel on võrdlemisi vähe kõrvaltoimeid. ▶10



Alatoitumus lapseeas

Laste alatoitumus toob ajutise või püsiva tervisekahju. Seisundi hindamisest ja toitmise ravist annab ülevaate Tallinna lastehaigla toitumisspetsialist **Marya Hanna**. ▶18



ON AEG MUUTA 2. TÜÜPI DIABEEDI RAVI!

Innovatiivne, ainus tableti kujul GLP-1 analoog Rybelsus® on lihtsalt manustatav ja aitab muuta diabeediravi kulgu

RYBELSUS®

semaglutiidi tabletid



Langetab oluliselt efektiivsemalt veresuhkrut kui Januvia® (sitagliptiin) ja Jardiance® (empaglifloosiin)¹



Vähendab kehakaalu keskmiselt -4,3 kg¹



Vähendab kardiometaboolseid riskifaktoreid¹



ALGANNUS

3 mg

esimesel ravikuul

RAVIANNUSED

7 mg

alates teisest ravikuust

14 mg

parima raviefekti saavutamiseks



Rybelsus® (semaglutiid) on retseptiravim. Igas pakendis 30 tabletti.
Rybelsus® (semaglutiid) 3 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutiidi.
Rybelsus® (semaglutiid) 7 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutiidi.
Rybelsus® (semaglutiid) 14 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutiidi.
Näidustus. Ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteraapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.
Viited: 1. Rybelsus® SPC.

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 10612.
RYBELSUS® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärk.
© 2023 Novo Nordisk A/S EE23RYB00032 11/2023



RYBELSUS®

semaglutiidi tabletid

arvamus



Eriti oluliseks pean perearsti ja patsiendi vahelise usalduse ja järjepidava püsisuhte loomist.

Perearst Le Vallikivi, aasta arst 2023 tiitliomanik

Kommentaari:

Solidaarne kindlustus on endiselt parim



Riina Sikkut
terviseminister

Esimest korda ei ole nelja-aastasest perioodis pandud tervisekassale kohustust hoida eelarvet tasakaalus.

Miks on tervisekassa kulude ja tulude vahel lõhe? Me teame, kust see lõhe tekib, samuti seda, kust lahendusi otsida. Miks ei ole seda probleemi ära lahendatud? Tartu Ülikooli analüütik Andres Vörk teeb igal aastal analüüsi, kus on numbrid uuendatud, aga fundamentaalne sisu tegelikult sama ning soovitusel ja järeldused ka samasuunalised.

Põhjus on see, et me käsitleme seda poliitilise küsimusena: solidaarne või mittesolidaarne ravikindlustus. Me räägime väikesest tervisesüsteemist väga pikikeses rahvusriigis. Kui me seda mõistame, on kokkulepete tegemine lihtne. Siis ei ole vaidlus selle üle, et kas on turg või ei ole. Me oleme 20 aastat seda vaidlust pidanud, aga tuumani ei ole jõudnud. Suuremas riigis võib kõne alla tulla, et lahendus on teistsugune – suurel turul mitu rahastajat. Kui me vaatame Eestit, siis kogu raha on tegelikult eraraha, millest kogume maksudega läbi maksuameti ja liigutame seda tervisekassale – paremat lahendust meil ei ole. Kui hakata mingit teist rahakogujat juurde looma, peab selleks olema hea põhjendus.

Maksavad jõukamad. Minu käest on korduvalt küsitud: „Kas ma peaks ka eraravikindlustuse tegema?“ Olen siis vastu küsinud, et kui peaksid praegu minema saja euro eest naistearstile, siis kui mitu kuud peaksid seda raha koguma. Vastus on, et maksan selle kohe ära. Ehk erakindlustusega on kaetud inimesed, kes jaksavad selle kulu igakuiselt oma taskust katta. Mida me võidame sellest, kui me teeme süsteemi keerulisemaks? See grupp inimesi, kes ei suuda saajaeurose naistearsti või 400eurose hambaarsti teenuse eest maksta, lükkab ilmselt visiiti edasi, kuni kulud on lõpuks veel suuremad.

Kõik on olulised. Kõik meie arstid peaksid panustama tervishoidu ja me ei peaks kategoriseerima arste lollideks, kes teevad õõvalveid maakonnahaiglas ja kavalateks, kes võtavad inimesi kümnest kolmeni vastu inimese enda raha eest.

Murekohana näen vajadust panustada ennetustegevusse. Vaadates laste terviseandmeid, on mul väga raske ette näha, et me hakkame tervisekuludelt kokku hoidma. Lapsed toituvad paremini ja neil on sportimisvõimalused, kuid viimasel 20 aastal on teismeliste ülekaalulisus suurenenud. Numbrid ei näita, et noorte näol tuleks peale tervem põlvkond.

Rahavajadus on pigem maksupoliitiline küsimus, see arutelu seisab ees 2024. aasta esimeses kvartalis.

Ettekanne konverentsilt „Meditsiin 2024“.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Käik sisse ja õiget teed pidi edasi!

Eelmise aasta viimases juhtkirjas tõdesime, et valimatult kerkib üsna aasta alguses üles teema tervishoiu lisaraha vajadusest. See ripub tume pilvena valitsuse töölaual kohal. Meditsiiniuudised leiab, et hiljuti sotsiaaldemokraatidega liitunud endine tervise- ja tööminister Tanel Kiik lisab kindlasti tugevust terviseministr Riina Sikkuti soovile see raha leida.

Kokkuhoiukohti on? Haigushüvitisi hakati pärast seda, kui valitsus otsustas maksmise päevade poolest jälle tahapoole nihutada, palju vähem vormistama – inimestel polnudki enam vajadust haige olla! Kui hüvitised kogu täiega töötukassa alla viia, saaks vabaneva raha suunata näiteks mõne protsendi ravikindlustamatute kindlustamiseks ja nii kokku hoida kõrgema etapi raha.

TEHIKule soovime jõudu eri digilahenduste loomiseks, et hoida kokku ödede ja arstide aega.

Sõeluuringud luubi alla. Mee-dikutele ja ametnikele soovime jõudu ennetustöök. Kuhu on jäänud suhkrumaksu idee? Koo-

lilaste ülekaal teeb muret ja vaevalt lahendab selle kõigile energiarikka toidu kõrvale kaalu alandavate ravimite pakkumine. Valitsus peaks maksudega soodustama spordikulusid, laste trennikulu.

Soovime, et olemasolevad sõeluuringud muutuksid populaarsemaks. Soovitame ka uusi sõeluuringuid, et säästa raha ja elusid. Tänavu algab eesnäärmevähi sõeluuringu piloot ja edasi liigutakse kopsuvähi sõeluuringuga. Tore!

Soovitame kiiremini alustada sihtgrupipõhist sõeluuringut kõhuaordi aneurüsmi ennetuseks – plaanid seda teha on, aga võiks rutata. Veresoonte- ja endovaskulaarkirurgia seltsi arstide hinnangul maksab UH protseduur paarkümmend eurot, aga kui kõhuaordi aneurüsmi rüptuur on toimunud, on ellujäämise lootust vähe. Rootsi tulemus on näidanud, et sõeluuringus osaledes on võimalus surra 40% väiksem. Praegu avastatakse seda juhuleiuna, aga paljud juhtumid jäävad varju.

2024 ei pruugi tulla Eesti tervishoiule halb aasta. Käik on sees ja kiirus üsna suur. Kui valida õiged marsruudid, võib jõuda kaugemale.



Lisaraha vajadus ripub tume pilvena valitsuse töölaual kohal.

meditsiin 2024

Perearstide kaheksa väljakutset 2024. aastal

Elle-Mall Sadrak

Laagri perearstikeskuse perearst, perearstide seltsi juht

Eestis on umbes 782 perearstinimistut ja umbes 421 tervishoiuteenuse osutajat, 1089 arsti ja 1910 öde. Pooli nimistuid koondavas 61 tervisekeskuses on keskmiselt kolm perearsti, kuus -öde, ämmaemand, füsioterapeut, koduöde ning tihti ka vaimse tervise öde ja kliiniline psühholoog.

Perearste ootavad kaheksa väljakutset:

- Aastase retsepti asemel saab teha 1,5aastase, ühele retseptile võib panna 2-3 kuu ravimikoguse. See võib teatud tarneraskuste situatsioonis kaasa tuua olukorra, kus kõigile ravimit ei jagu.
- Perearstid saavad õiguse välja kirjutada bensodiasepiine ja nendelaadseid ravimeid. Asja hakkab kontrollima terviseamet, aga sõltuvushaiged ei ole kuhugi suunata. Suur probleem on, et kui perearst annab teraapiafondist kliinilise psühholoogi saatekirja, ei suuda inimene umbes 60-80 eurot juurde maksta.
- Vastutuskindlustuse jaoks on riigieelarves ette nähtud 2,5 mln eurot ehk 69 eu-



Perearstide seltsi juht Elle-Mall Sadrak.

FOTO: KARIN TAMM

Meil on umbes 70 asendusnimistut ja nende arv üha kasvab.

rot teenuseosutaja kohta. Idee on hea, aga veidi toores: kui teenuseosutaja kindlustust ei tee, võetakse tema tegevusluba ära.

● Kõigil ei ole perearsti: meil on umbes 70 asendusnimistut ja nende arv üha kasvab. Käimas on eri pilootprojektid, arutame võimalust tuua perearstiabi kõrvalle üldarstiabi.

● Noored perearstid ja -öed eelistavad töötada kaugelt ja osalise koormusega, ei oska eriti vene keelt ja tahavad suurt palka.

● Sõjaohule mõeldes ei ole perearstikeskused ja apteegid elutähtsa teenuse osutajad, kaasatud olulistesse kriisiplaanidesse ega saanud kriisikoolitusi.

● Kõigil peale kaitseministeeriumi on nulleelarved. Perearstid on tervisekasalt pidevalt küsinud, millal see lõpetab kõigi esitatud arvete kinnimaksmise. Ka süsteemi sees õnnestuks raiskamist vähendada, näiteks võiksid eriarstid osaleda sõeluuringute tegemises.

● Tervena elatud aastad ei ole kasvanud samas tempos oodatavate eluaastatega. Inimesed tahavad kiiresti terveks saada. Digiplatvormidega liitumine tekitab olukorra, kus perearstikeskus on 24/7 kättesaadav ehk nõudmised tõusevad.

Arvan, et viie aasta jooksul toimuvad peremeditsiinis ja esmatasandis suured muutused. Valmiv arengukava on tehtud silmas pidades 2035. aasta esmatasandit. Unistame, et inimese roll suureneb, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö toimib, haiguste ennetamise roll on tõusnud, vajalikud teenused on inimestele tagatud, esmatasandit soodustab rahastus, universaalne tervisekindlustus töötab, oleme valmis kriisideks, tervishoid on tõendus-põhine ja ohutu, personal pädev ning esmatasand süsteemselt juhitud.

Tervishoid püsib pikaajaliste trendide peal

Neeme Tõnisson

arstide liidu president, Tartu ülikooli meditsiinigeneetika professor

Tervishoiusüsteemi väljakutsed ei ole tekkinud täna ega eile - pigem on tegu pikaajaliste trendidega, mis jäävad ilmselt püsima ka lähiaastateks või -aastakümneteks.

Kui tahame head tervishoidu, tuleb vaadata, kui palju sellesse panustame - isiklikult, läbi solidaarse ravikindlustuse, erakindlustuse, muudest riigieelarve vahenditest vms. Oleme suhtarvudes Euroopa keskmisest umbes 3% maas, ent ehkki meil on raha teistest vähem, oleme suutnud üles ehitada päris hästi toimiva süsteemi. Samas on selge, et igasugune edasimineku eeldab lisafinantsi.

Raha on igal juhul juurde vaja

Nõustun, et võiksim panustada solidaarse tervishoiusüsteemi säilimisse ja erasosalust järsult kasvatades ei suudaks me ilmselt praegusest väga palju rohkem panustada. Tervisekassa lähiaastate tulemi prognoos on üsna murettekitav jälgida - on selge, et sõltume kas riigieelarve eraldiste või erarahastuse suurendamisest. Kahjuks vaidleme aasta-paari kaua ja teeme kosmeetilisi parandusi selle asemel, et seada pikaajalisemaid eesmärgi, näiteks jõuda kümne aastaga Euroopa keskmise rahastuseni.



Arstide liidu president professor Neeme Tõnisson.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Arstiabi on õilis tegevus. Seis pole kunagi lootusetu.

Erameditsiin võib tuua teatud sektorites kaasa efektiivsuse tõusu, aga võtab süsteemist töötajaid ja ka rohkem raha välja - erasektori ettevõtlustulu erineb suuresti tervisekassa positiivsest tulemist, mis peaks jõudma tagasi tervishoidu.

Kui vaadata, kas erakindlustus tagab paremad rahvatervise näitajad, on väga kaine näide Läti tervishoiuarengust, kus on väiksem avaliku sekto-

ri osakaal ja suurem omaosalus. Pärine me lätlastega sarnasest kultuurikeskkonnast, ent nad on paljudelt näitajalt meist maas.

Arstide ja ödede puhul on murettekitavaim vanemate kolleegide osakaalu pidev kasv ja täiskoormusega töötajate arvu vähenemine.

Valvekeskused linnadesse

Väga olulise teema - erakorralise abi ülekõormuse - tagasi pööramiseks on soovitatud tõhustada triaazi ning luua EModele võimalus patsiente tagasi või edasi periarstiasse suunata, aga ka esmatasandi valvekeskuste loomist Tallinna ja Tartusse ning kiirabi diferentseerimist.

Käivituvat tööandjate kohustulikkust vastutuskindlustust tervitame väga. Paariks aastaks jääb veel kehtima ka kindlustamine arstide liidu kaudu. Oluline on ka infosüsteemide kiire ja süstemaatiline korrastamine, samuti oleks vaja süsteemseid lahendusi töötajate aitamiseks keelekõikumustes.

Tervishoiutöötajate ametialase turvatunde tagamisel on väga oluline edasiminek korruptsioonivastane seadus. Üleriigilised kollektiivlepingud on aidanud pidurdada töötajate lahkumist.

Arstiabi on õilis tegevus. Pidagem meeles, et isegi keeruliste väljakutsete puhul ei ole seis lootusetu ning otsused puudutavad kõiki süsteemis osalejaid.

Riho Tapfer,
ravimitootjate liidu juhtPlaanis on defineerida katmata ja eriti suur katmata
ravivajadus.

Tuhat lehekülge Euroopa Liidu ravimireformi

Riho Tapfer
ravimitootjate liidu juht

Viimaste aastakümnete ühe mastaap-
sema reformi vastuvõtmine võib kes-
ta veel 4-5 aastat, ent selle punkte ha-
katakse ilmselt rakendada ka väljas-
pool reformi.

Reformi initsiatiiv sündis sellest, et Eu-
roopa Nõukogu võttis 2016. aastal vastu
farmaatsiavaldkonna tegevuskava, mil-
lele järgnesid 2020. aastal Euroopa ravi-
mistrateegia ning COVID-19, sõda, inflat-
sioon ja energiakriis.

Reformiga soovitakse ravimid liikmes-
riikide elanikele võrdsemalt kättesaadavaks muuta, tõsta Euroopa konkurentsivõimet ravimiarenduses, parandada tarnekindlust, sõltumatust ja katmata ravivajadust. Tähelepanu tahetakse pöörata ravimite registreerimissüsteemile, kesk-konnahoiule, kvaliteedile ja tootmisele, harvik- ja pediaatrilistele ravimitele, innovatsiooni stiimulitele, antimikroobsele resistentsusele ning ka geneerikutele ja biosimilaridele.

Turustamine kõigis riikides

Euroopa Komisjoni üks ettepanek on, et ravim oleks registreerimise järel turus-

Ravimitootjate
liidu juht Riho
Tapfer.

FOTO: KARIN TAMM

Vaidlu-
se tekitab,
mida täpselt tu-
rustamise all
mõeldakse.

tatud kõigis liikmesriikides. Siin tekitab vaidlusi, kas turustamise all mõeldakse ravimi kättesaadavust/tellitavust apteegist/hulgimüügiühendusest või patsiendile taskukohast hinda.

Konkurentsivõime tõstmiseks tuleb üle vaadata regulatsioonimehhanism: Ameerika kulutab ravimite uurimis- ja arendustegevusele Euroopast 25 mld eurot enam, seal võtab uue ravimi registreerimine 244, Euroopas aga 426 päeva.

Intellektuaalomandi kaitse osas tahab komisjon lühendada regulatiivse andmekaitse aega (aeg, kui olemasolevale molekulile või ravimile/toimeainele tehakse uued uuringud, kaitsmaks investeringuid, mis on seotud olemasoleva või teise patendiga kaitstud ravimi/toimeaine uurimisega, toim) kaheksalt aastalt kuuele. Täiendav lisakaitse antakse, kui tootja tuleb liikmesriikides turule kahe aasta jooksul.

Monitoorimine aitaks

Tarnehäirete leevendamiseks soovib komisjon parandada monitoorimist ja varajast teavitamist, Euroopa ravimiamet saab keskse rolli kriitilise tähtsusega ravimite tarnekindluse tagamiseks. Luuakse üleeuroopaline kriitilise tähtsusega ravimite nimekiri ning võetakse kasutusse meetmed selliste ravimite katkematuks tootmiseks. Ka katmata ravivajadus on peamiselt seotud regulatiivse andmekaitse ajaga. Katmata ravivajadusega valdkondadesse on plaanis suunata innovatsiooni stiimulid.

Loodame, et reform parandab ravimite kättesaadavust ja taskukohasust Eestis ning suunab uusi ravimeid katmata ravivajadusega valdkondadesse.

Vaimse tervise konverents 2024

14.03.2024

Viru konverentsikeskus,
WorksUp veeb

Sihtrühm: perearstid, pere-
õed, psühhiaatrid, psühholoogid,
vaimse tervise õed, sotsiaal-
töötajad jt teemast huvitatud
meditsiinitöötajad

- Depressiooni ja ärevushäirete farmakogeneetika
- ATH ja depressiooni komorbiidsus
- Nooruki depressiooni erinevad paled
- Ravimiresistentne depression
- Autoagressivne depressiivne nooruk
- Aparaadid ajuravis
- Mittetraditsioonilised farmakonid
- Teraapiad depressiooni ravis

Konverentsil osalemine annab
7,5 täiendkoolituspunkti

Kava ja registreerimine:
[pood.aripaev.ee/konverentsid-
vaimse-tervise-konverents-2024](http://pood.aripaev.ee/konverentsid-vaimse-tervise-konverents-2024)



Lapse ja täiskasvanu ATH

2023 sügisel
valminud ravijuhise
tutvustus

- Juhendi tähtsamad aspektid.
- Lastele, noortele ja ka täiskasvanute esmane hindamine, diagnoosimine ja raviplaan.

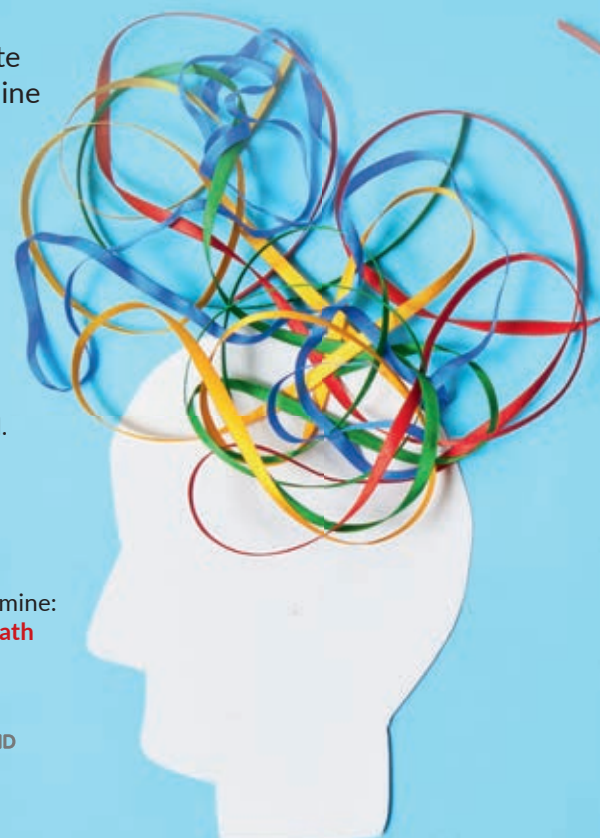
IRJA IVARINEN
psühhiaater, ravijuhendi
koostamise töörühma juht
MAIRE SUURKIVI
perearst, töörühma liige

Sihtrühm: psühhiaatrid, perearstid, õed,
psühholoogid, üldarstid ja muud eriarstid.
Annab 2 täiendkoolituspunkti.

25 €

(sisaldab käibemaksu)

Info ja registreerimine:
pood.aripaev.ee/ath

veebiseminar
22.02.24

meditsiin 2024

Eraraha tervishoius: on plusse ja miinuseid

Andres Vörk

Tartu ülikool, Johan Skytte poliitikauuringute instituudi analüütik

Mis on eraraha tervishoius? Üks äärmus on see, et inimene ise maksab oma tervishoiukulude eest, teine äärmus, et kõik tuleb n-ö eelarvest. Nende kahe äärmuse vahele jäävad skaalal leibkond, ettevõtte, kogukond, vabatahtlik ravikindlustus ja kohustuslik ravikindlustus.

Kui meil tekib paari aasta pärast tervishoidu umbes 133 mln puudujääk, kas seda saaks erarahaga täita? Omaosalust enam tõsta ei saa, nii on ühiskondlikult kokku lepitud. Ülejäänud raha on umbes 50 mln ja puudujäägi katmiseks on kolm korda sama palju juurde vaja.

Enim on Eestis uuritud omaosalust. Tervikuna mõjutab see kättesaadavust (nt hambaravi) ja suurendab vaesusriski. Tänu viimaste aastate poliitikale on tulnud juurde hüvitatavat osa retseptiravimite ja hambaravi osas – see on positiivne.

Vabatahtliku ravikindlustuse mõju on väga väike, summad on veel väikesed. Palju analüüse meil ei ole tehtud, kuid teiste riikide kogemus on pigem hoiatav. Kui seda ravikindlustuse liiki laiendada, peame



Tervishoiuanalüütik Andres Vörk.

FOTO: MEELI KÜTTIM

püstitama selge küsimuse, mida see hakanab katma, kas omaosalust või juurdepääsu teenustele. Vastavalt sellele erineb ka reguleerimine.

Tööandjatest teevad terviseedenduse kulutusi pigem kõrgemat palka maksvad ettevõtted, ja sealt on tulemas suur kasv ebavõrdsus.

Tulude suurendamine eraraha abil

Kas omaosalusel (meditsiini kasvukonto) võiks olla suurem roll? Pigem ei, sest patsient ei suuda eristada olulist ja ebaolulist teenust, omaosalus ei pane tegelema ennetusega. Need, kes kõige enam tervishoiuteenust vajaksid, ei suuda seda maksta.

Omaosaluse dilemma on see, et patsientide visiiditasu ja voodipäeva tasu reaalkaartu ja osakaal tervishoiuteenuste tuludes on langenud, kuid neid tõsta ei saa, sest omaosalus tervikuna on kasvanud ka muudes valdkondades. Võimalik lahendus oleks üldine isiku- või leibkonnapõhine lagi omaosalusele.

Erakindlustuse roll tööandjate kaudu kasvab – see katab Eestis umbes 7,5% töötavatest inimestest. Vabatahtliku ravikindlustuse pooldajad jagunevad kaheks: esimesed peavad seda iseenesest heaks (koos

solidaarset ravikindlustusega suurendab see süsteemi efektiivsust ja laiendab tarbija valikut), teised aga paratamatuks (see on halvem kui solidaarne ravikindlustus, aga parem kui kasvav omaosalus).

Euroopa kogemus ütleb, et erakindlustus suurendab ebavõrdsust. Samuti on selle administreerimiskulud kõrgemad kui riiklikul kindlustusel.

Probleemiks on ka see, et tööandjad ei saa tervishoiuteenuste kulusid kanda otse, vaid peavad neid ostma läbi erasektori, aga maksuvabade tervishoiuteenuste nimel on piiratud. Riik soodustab täiendava halduskoormuse teket, sest patsiendid peavad teenuse ostmist tšekkidega tõestama. Tekib ebavõrdsus töötavate ja mittetöötavate inimeste vahel, erakindlustus soodustab esmatasandist möödaminekut.

Vabatahtliku ravikindlustuse mõju süsteemi tasandil on vähe uuritud – kui lubada seda suurendada, on vaja rohkem reguleerimist. Rahvusvaheline kogemus on, et eraraha pigem ei too paremaid tulemusi kui solidaarne rahastamine. Samas on solidaarsuse, efektiivsuse ja valikuvaaduse tajumisel eri ühiskondades piirid, mis on toonud kaasa eri rahastamismudelite kasutuselevõtu.

Tervisekassa unistused: muudame mõttemalli!

Rain Laane

tervisekassa juht

Üks meie unistusi on, et meie inimesed on terviseeadlikumad ja oskavad oma tervist paremini hoida. Kui suudame mõttemalli muuta, siis jääb meil raha rohkem nende inimeste jaoks, kellel seda päriselt vaja on.

Jätkusuutlikkus. Jätkusuutlikkusele on kaks komponenti: üks on see, et raha peab olema ja teine komponent on see, et tervishoiusüsteemi rahastus on suhteliselt sõltumatu poliitilistest tõmbetuultest või vähemalt raskesti mõjutatav. Järgmine samm võiks olla, et mittetöötavate pensionäride tegevustoetuse kõrval lisatakse ka laste ja noorte tegevustoetus. See asi on Leedus ära tehtud. Me saame aru, et see on pool rehkendusest, sest kust see raha tuleb, ent tõhususe kohad on siiski olemas.

Peremeditsiin: Meil lähevad paljud perearstid peagi pensionile. See pomm on ticsunud pikka aega. Kui peremeditsiini residentuuri 40 vabale kohale asub õppima 36 inimest, kellest lõpetab 14 ja nimistu on nõus võtma neli, siis oleme keerulises seisus. Käisime Tartus külas jaanuarist meditsiini valdkonna dekaanina alustaval professor Külli Kingol. Me tulime sealt ära suure usu ja lootusega, teades, millise meeskonna Kingo kokku paneb. See tekitab lootuse, et saame pika-



Tervisekassa juht Rain Laane.

FOTO: MEELI KÜTTIM

ajaliselt asja käima, noored soovivad peremeditsiini õppima minna, läbivad residentuuri ja võtavad nimistu. Unistamegi sellest, et paari aasta pärast oleks tungperemeditsiini residentuurikohtadele.

Viimati rääkis Prantsusmaa ravikindlustuse juhiga. Tema ütles, et neil ei ole mõnel perearstil isegi arvutit, mille peale mina ütlesin, et me tahaks ka sinna jõuda – selle võiks asendada tehisintellekt.

Teeme katsetusi mõne Eesti ja välisfirmaga, et perearstil oleks kabinetis tehisintellekt, mis kirjutaks ära mõne epikriisi ja teeks vajalikud broneeringud – see oleks suur kokkuvõtte tööajas ja kvaliteedis.

Tervisekassa kolm teekonda: tervise-, ravi- ja digiteekond.

● **Tervisetee:** Praegu on kolm riiklikku sõeluuringut: rinnavähi, emakakaelavähi ja jämesoolevähi sõeluuring. Järgnevatel aastatel jõuame kolme täiendava sõeluuringuni: eesnäärmevähi-, kopsuvähi- ja kõhuaordi aneurüsmi sõeluuringuni. Kopsuvähi sõeluuringuid oleme kaks aastat piloteerinud Tartus ja Tartumaal ning kinni püüdnud päris palju varases staadiumis vähipaikmeid. Ma arvan, et see suund on väga õige. Selles uuringus ei peaks muidugi osalema kõik, vaid need, kelle risk kopsuvähi tekkeks on suurem.

Kui rääkida laste suutervisest, siis ei jõua kõik lapsed kahjuks hambaarstini,

ehkki tervisekassa võimaldab seda meie kõigi maksudest lastele tasuta.

Personaalmehitsiini valdkonnas võiksime rinnavähiennetuses jõuda skoorini, et kellel on geenirisk või muust parameetrist tulenev risk, saaksid sõeluuringus osaleda juba 20- või 40aastaselt.

● **Raviteekond:** Üks viis, kuidas saada asju paremaks, on vältida inimese süsteemi hammasrataste vahele jäämist. Ta peaks kas tervenema või saada lahenduse oma kroonilisele haigusele.

Märksõna on raviteekonna kiirendi. Sotsiaalministeeriumiga on räägitud palliatiivravist – kõik vääriksid väärikat lõpu. Ehkki tegelikult on tegu tulevikualaga, on residentuuri praegu pandud üks geriaatria koht, et eriala mitte välja suretada.

● **Digiteekond:** Digiregistratuur on saanud elu normaalseks osaks. Selles on veel mõningaid puudujääke, näiteks ei saa seal uuringutele aegu panna, aga see asi on lahendamisel. Olen asja haiglatega arutades saanud tagasisidet põhjustest, miks seda teha ei saa, ent asi peaks siiski olema võimalik, ehkki nõuab suurt muudatust.

On erialad, mille esindajad teenindaksid hea meelega ainult läbi e-konsultatsiooni.

Kui konkreetse inimese perearst on väheste võimetega e-konsultatsiooni tegija, peame ka selle juhtumi koolitust ja abi pakkudes lahendama.

Rauno Pukonen, Confido
meditsiinijuhtÄrge unustage, et tasulisi teenuseid pakub ka avalik,
mitte ainult erasektor.Vasakult: Tarmo
Bakler, Rauno
Pukonen, Ahti
Kallikorm, Andres
Vörk. Ekraanil Ön-
ne Pillak ja Tanel
Kiik.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Vestlusring Kust leida raha juurde?

Tervishoiu rahastuse 3 küsimust

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Eesti tervishoidu on 2025. aastaks lisaraha vaja ligi 170 mln eurot, aga vajadus kasvab aasta-aastalt. Uurisime, mida ette võtta. Lisaks arutles vestlusring efektiivsuse ja vabatahtliku tervisekindlustuse üle.

Kust saada tervishoidu lisaraha?

Riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees **Önne Pillak**: 2024. aasta suuri muutusi kaasa ei too, aga sel aastal tuleb kokku panna uus nelja aasta eelarvestrateegia ja 2025. aasta riigieelarve – selleks ajaks tuleb lisarahavahendid lahendada. Sotsiaalkomisjon ei ole ettepanekuid veel arutanud, enne peab terviseministri lahendus arutama valitsus. Ilmselt toob palju vaidlusi kaasa aasta esimene pool. Meil on suur mure, sest tervishoid on suur hulk raha puudu. Minu vaade on, et peaksime rohkem rääkima era- ja nn riigimeditsiini vahelist koostööst.

Riigikogu liige, endine tervise- ja tööminister **Tanel Kiik**: Aus on öelda, et tervishoiu rahastus on aastakümneid olnud liiga madal. Ette tuleks võtta maksureform. Positiivne samm oli, kui riigieelarvest hakati maksma lisaraha pensionäride eest ja minu ministriks oleku ajal otsustati suunata tervishoidu 540 mln tegevustoetus aastateks 2021–24.

Edasi võime küll rääkida kulude kokkuhoiust ja erakindlustusest, aga minu hinnangul on need asendustegevused. Kui tahame kvaliteetseid teenuseid ja nii, et see inimeste rahakotti omaosalusega rohkem ei koormaks, on vältimatu saada tervishoidu lisaraha. Mina toetan la-

hendust laiendada ravikindlustuse maksubaasi. N-ö OÜtamised lõpevad tihti nii, et inimene läheb viimases hädas EMOSse, sest ta ei panusta tervishoidu ja loodab abi saada kiiresti ja odavalt.

Lisaks tuleks ära teha universaalne ravikindlustus, millest on nii kaua räägitud.

ITK juhataja esimees **Tarmo Bakler**: See pole ainult tervishoiu küsimus, vaid küsimus, millist riiki me tahame. Kas tahame olla nagu Põhjamaad või riik, kus inimestel on vähem ühist tuge oodata ka tervishoius? Kas anname vastutuse rohkem eraisikule, teades, mis sellega kaasneb? Kui lisada see, et oleme väike riik ja töotajaid jääb vähemaks, siis panevad need olukorrad meie valikud paika. Ühe asja oleme jätnud aruteludest kõrvale: kui palju vabatahtlik kindlustus katab raskeid traumasid, onkoloogiad – see ei kata seda. Seega on vabatahtlik ravikindlustus hoopis midagi muud kui me tahame mõelda.

Confido meditsiinijuht **Rauno Pukonen**: Eestis on tervishoius vähe raha ja kogu lugu. Kas tuleb tõsta maksubaasi või muud, see on poliitiline otsus. Kiire arvutusega, kui vaadata tervishoiukulusid *per capita*, siis et olla kasvõi Leedu ga samal tasemel, oleks Eestis vaja juurde 600 mln eurot. Eratervisekindlustusel on oma koht (18 mln eurot hetkel), see kasvab aastas 20–40% ja katab alasid, mida riik suuresti ei kata, nagu hammaste tervishoid. Las see areneb edasi – see toob lisavõimalusi ja erakliinikuid, mis tervendavad konkurentsi.

Magnumi nõukogu liige **Ahti Kallikorm**: Arvan samamoodi, et eraravikindlustust pole vaja halvustada. Selle pooldajad pole selle vastu, et laste eest tõstetakse riigieelarvest tervishoidu 500 mln eu-

rot juurde. Raha on kõigil puudu, kuid alternatiivselt riigieelarvest klotsidena sadade miljonite välja tõstmine pole realistlik. Teiseks, vist juba 15–20 aastat on veeetatud ideed, et töövõimetushed peaksid olema hoopis tööministeeriumi, mitte tervisekassa kulu.

Tartu ülikooli analüütik **Andres Vörk**: Olen tervishoiu rahastamist Excelis kokku lönud paarkümmend aastat. Eelkõige ongi lahend maksubaasi laiendamine, sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa näib olevat oma aja ära elanud. Juba 2010. aastal tegime rahandusministeeriumile selliseid arvutusi, et maksta tervishoidu raha kõikide tulude pealt. Teine võimalus on täiendavad siirded, mis tähendab maksutõusu. Vabatahtliku ravikindlustuse vastu ma ei ole, kuid peaksid olema kindlad reeglid, kuidas see suhestub riikliku ravikindlustusega.

Kui efektiivne on meie tervishoid?

Pukonen: Kuidas efektiivsust mõõta? Erakapitalis käib kogu aeg rahalugemine. Meie tegeleme palju sellega, kuidas väärtustada meditsiinitöötaja aega – lisategevused püüame anda teistele spetsialistidele, et vabastada aega haigega tegelemiseks. Ebaefektiivsust me endale väga palju lubada ei saa. Tervishoiu raha kasutamise efektiivsusest rääkides on erasektoril ja avalikul sektoril vahe sees: kui inimene ise maksab, ei saa teda n-ö üle ravida, avalikus sektoris on see aga vahel võimalik. Kõik oleneb rahastusmudelitest, seega leiab sealt kokkuhoiukohti ja tervisekassa neid kontrolli ka teeb.

Bakler: Läbi aegade on tervishoid räägitud kolmest kriteeriumist: efektiivsus, kättesaadavus ja kvaliteet. Efektiivsust

saab rahalises mõttes tõesti ilmselt kõikides süsteemides suurendada, aga see võib kaasa tuua mõju kättesaadavusele. Näiteks EModes on eri tööpäevadel ja eri kellaaegadel koormused prognoosimatult erinevad. Kui korraga tuleb kaheksa kiirabiautot, siis kuidas tööd nii korraldada, et tasakaalupunktid oleksid leitud? Kui haiglates vähendada sissetulekut 10–15%, mõjutab see kvaliteeti, riskide juhtimist ja kättesaadavust. Kõiges, mis seotud keerulisemate valdkondadega, raha leitakse, kõik muu aga on n-ö vaikne konna keetmine – keerame pisut temperatuuri juurde, kuni jõuame mingi piirini, mis on praegu mõnevõrra lähemal kui varem.

Aga vabatahtlik ravikindlustus?

Kallikorm: Praegu kehtib seadus, et aastas on tööandjale 400 eurot erisoodustusmaksuvaba, ent ettevõtjad oleksid nõus seda summat mitmekordistama. Kui see juhtuks, olekski mingi osa august juba kaetud. Alati on lisaks eraravikindlustus, inimese eest makstakse endiselt 13% ravikindlustusmaksu.

Kiik: Eraravikindlustusega on kaetud 5% elanikkonnast, aga 95%-l sellist võimalust ei ole. Päriselus toob eraravikindlustus kaasa ebavõrdsuse kasvu, sest jõukate tööandjate juurest pääseb kiiremini arstile, aga ei leidu ettevõtteid, kes maksaks pensionäride eest.

Pillak: Lisavõimalustest rääkides on koostöö koht, kus saame solidaarsust kahjustamata tuua tervishoidu lisaraha tööandja kindlustuse näol. Tööandja huvi on, et töötaja saaks kiiremini tagasi tööle. Kui töötaja saab läbi kindlustuse kiiremat abi, siis pole tal vaja ka süsteemi nii kiiresti tagasi tulla.

meditsiin 2024



Vasakult: Priit Tohver, Mari-ka Väli, Teele Orgse, Janek Kapper, Ants Nõmper, Mart Jesse.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Vestlusring Kindlustus laieneb kõigile, ka ühemehekliinikutele Kohus jääb võimalusena alles

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Kuidas haiglates praegu patsiendijuh- tumeid käsitletakse?

Pärnu haigla kvaliteedijuht **Teele Orgse**: Eri haiglates on praktikad väga erinevad. Pärnu haigla tegi süsteemse tagasiside süsteemi aastal 2005. Patsientide tagaside läbib väga selge protsessi, vajadusel moodustame ravikvaliteedi komisjoni. Lisaks leiame probleeme (ravivigu, patsiendihutusjuhtumeid) ka ise. Oleme pidevalt retrospektiivselt patsiendihutusjuhtumeid otsinud juba kolm aastat. Need leiatakse üles kas nn päästikute või raporteerimiste teel. Julgen öelda, et Pärnu haigla tase on maailma keskmise. Oleme tagasisidet saanud ka kolleegidelt, näiteks PERHist – see on väga hea koostöö. Juhtumeid alati arutatakse, aga kõige tähtsam on parendamine – meil on selleks andmebaas. Niisama arutamine ei vii kuskile – tähtis on olukorda muuta.

PERHi kestliku arengu teenistuse juht **Priit Tohver**: Süsteem on sarnane Pärnu haiglale, juhtumid jõuavad meieni sagedamini töötajate enda raporteerimise kaudu. Kui on tõsine juhtum, siis jõuab see vähemasti haiglaülelisse komiteesse, kes analüüsib ja teeb parendusettepanekuid. Osa juhtumeid tulevad esile patsiendi kaebuse kaudu ja osa juba koos nõudega haigla vastu. Kui tuleb ainult kaebus, suhtleme patsiendiga ise ja anname tagasisidet, mis meie meelest juhtus. PERHi võtmes on selliseid nn juristiga tulnud juhtumeid või TKEsse minevaid kaebusi kuus mitu, konkreetseid kahjunõudeid esineb vähem kui korra kuus. Patsiendihutusjuhtum ei ole raviviga – seda tuleb toonitada. Näiteks kui patsient saab ravimi koostoimel kõrvalmõju, mis on kahju, aga pole ennetatav. Patsient oskab väga hästi hinnata suhtlusstandardit ja edaspidist hinnatakse selles valguses. Meie pooldame patsiendihutusjuhtumi osas maksimaalset läbipaistvust, ka patsiendile selgitamist, mis ja miks võis juhtuda. Mida rohkem

varjatakse, seda rohkem on patsient valmis edasi vaidlema. Oleme olnud avatud ja kaardid lauale pannud ning ka ise TKE komisjoni minna soovitanud.

Vandeadvokaat **Ants Nõmper**: Kui vaatame, kust vaidlused tekivad, siis kes maksab, tahab ka tulemust – teema on hambaravi ja esteetiline meditsiin. Teine põhjus on lõpptulemuse subjektiivne hinnang, kus teema on taas esteetiline meditsiin. Kolmandaks on kogu aeg olnud juhtumeid, kus patsiendi ootused on kõrgemad kui tegelikkus annab, näiteks sünnitusabi.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni juht **Mari-ka Väli**: Tavaliselt arutame juhtumeid kord kvartalis, aga viimasel ajal isegi sagedamini. Kaebuste arv on aastate kõikes enam-vähem sama püsinud – iga kord 170–190 juhtumit, mis on ka optimaalne, mille suudame ära arutada. Kaebused saabuvad meile jooksvalt ja nii me neid ka lahendame. Patsient saab meilt tasuta head tagasisidet, aga ootused on mõnikord suuremad. Kui rääkida vigadest – mulle see sõna ei meeldi – siis sellest 170–180 juhtumist on meie mõistes põhjendatud kaebusi 30–40. Igal koosolekul nendime fakti, et esineb ka ebakollegiaalsust – ärge öelge patsiendile seda, mida te ei taha, et teie kohta öeldakse. Peale 1. juulit 2024 saab selle komisjoni töö läbi.

IBD patsiendiuuringu juht **Janek Kapper**: Kui tervis on halb, ei jaksa võidelda. Paljud probleemid langevad ära, kui oleks parem kommunikatsioon. Peaksime rohkem suhtlema, sest teadlik patsient teab, mida oodata.

Mis hakkab juhtuma alates suvest?

Kindlustusseltside liidu juht **Mart Jesse**: Kindlustusseltsid ei ole tohtus vaimustuses, sest nad pole kunagi vaimustuses kohustuslikust kindlustusest, mis võib küll paista kerge rahana. Tervishoiuteenuse vastutuskindlustus on siiski juba olemas, enamik töötajast on sellega kaetud. Eestis tegutseb praegu kümme seltsi ja vaid kaks on öelnud, et hak-

kab seda teenust pakkuma, kolmas lubas otsustada jõuludeks. Nimesid ma ei saa veel öelda, aga see näitab ära, et ultra aktiivne see pakkumine pole. Põhjus on selles, et tervis ja sellega seotud vastutuse kindlustamine on kõige keerulisem valdkond üldse.

Kohtusse minek on alati üks võimalus ja jääb selleks ka edaspidi. Tulles tagasi selle juurde, et haiglates tuleks paremini patsiendiga suhelda, siis Soomes räägitakse, et suur osa nõudeid hoitaks ära, kui oleks normaalne kommunikatsioon patsiendiga – see võtaks märkimisväärse osa rahalisest survest maha. Rahalised piirmäärad seaduses on tõesti üsna mõeldud. Kahju hüvitamine on keeruline ja pika ajaga seotud protsess, mis sõltub inimesest ja juhtumist. Kunagi mõeldi välja valuraha süsteem, kus sõltuvalt astmest saad sama summa, oled sa noor või vana, töötav või pensionär. Nüüd on teine lähenemine ja võimalik saada mittevaralist kahju ja kui see näib väike, saab alati minna kohtusse. Tõsi, senine kohtupraktika on väga tagasihoidlik ja summasid väga suureks ei ole aetud – sellest võidaksid edaspidi ainult advokaadid.

Nõmper: Seaduses ette nähtud hüvitused 30 000 eurot ja 100 000 eurot on numbrid, mida on praegu reaalset kohustust saadud. Kui numbriid tõsta, tõusevad ka kindlustusmaksed. Rääkides väikesemast otsast, siis väikese sõrme äräloikamise eest (raviviga) maksab süsteem hetkel null eurot, kui kõik läheb nii, nagu eelnõus kavas. Kriminaalvastutus on nüüd peaaegu välistatud ja ka tsiviilvastus väheneb. Arvan, et kohtuasju väga ei lisanu. Eesti patsient on ratsionaalne ja lepib summaga, mille saab kohe kätte. Saada 30 000 eurot on kolm korda rohkem, kui siis, kui sama diagnoos tuleks liiklusõnnetusest.

Orgse: Täna vestlus näitab hästi seda, et oleme tänu selle seaduse vastuvõtmisele hakanud patsiendihutusest rääkima. Tahan rõhutada, et vastutuskindlustuse seaduse vastuvõtmine ei ole ol-

nud patsiendiseaduse vastuvõtmine. Ainukene kasu on kriminaalvastutuse äravõtmine patsiendihutuse võtmes. Neil asutustel, mis pole seni süsteemseltselt patsiendihutusele mõelnud, tekib kohustus teatud üksikuid tegevusi teha.

Tohver: Ma ei ole kindlustuseksper, aga mis on selle seaduse juures väga oluline ja mida ma väga toetan: kriminaalkorras vastutusest vabastamine, patsiendihutusjuhtumite parem kaitsmine – tekitab stiimulid neid juhtumeid raporteerida. Eesmärk pole saada suuri hüvitusi, vaid et patsiendil oleks ohutum. See on ka tervishoiutöötaja kaitsmine. Uuringud on näidanud, et kui keegi on seotud raviveaga, siis see tunne jääb ketramas, kuni inime seda varjab. Kui ei ole vastavat kultuuri, siis ta pigem eelistab varjata.

Väli: Kui kriminaalasjad vähenevad, siis tsiviilasju ei pruugi vähemaks jääda – patsient ei ole saanud summaga rahul ja võib kohtusse pöörduda. Seega võiksid olla ikkagi mingid piirid. Teiseks kindlustusseltsidele tekivad meedikute komisjonid, mis peavad olema neutraalsed – kui on sama asutuse meedik, saab taas kohtusse kaevata. Me suhtleme patsiendiga 3–4 korda enne, kui asi selgeks saab. Keegi peab seda tööd ju tegema – soovitan asjad teha võimalikult läbipaistvaks, et patsiendid ei pöörduks kohtusse.

Jesse: Rääkides sellest, kas kindlustust on vaja, siis tegelikult ei ole PERHil või kliinikumil seda vaja – nad suudaksid oma jooksvast rahavoost need üksikud nõuded kinni maksta. Seda on vaja väikesematel asutustel, mis satuksid tõsisesse raskustesse, kui kohtusse jõuaksid. Lisaks hakkaks ka nende ravivigade info jõudma suurde andmebaasi. Kindlustusandjad võtavad kindlasti üle teatud kommunikatsiooniosakonna rolli – sellest räägib Soome kogemus. 2/3 nõuetest päädivad keeldumisega, sest tegu pole kahjujuhtumiga. Kui kätt opereeritakse ja nädala pärast on valu, on see normaalne osa taastumisprotsessist, mitte raviviga. Seltside ülesanne on see ära seletada.

Toitumis- ja liikumisravi konverents

Radisson Blu Hotel Olümpia ja
Worksup keskkond veebis



15.02.2024 PINGED TOIDUTA JA TOIDUGA: neuropsühhiaatria toitumis- ja liikumisravis

Konverentsil osalemine annab
7 täiendkoolituspunkti
akrediteerib EstSPEN
(Eesti Kliinilise Toitmise Selts)

- Toitumis- ja söömishäirete eristamine
- Milliseid patsiente peaks söömishäire kahtluse suunama ja kuhu? Kognitiivne ja söömishäirete skriining esmatasandil (lapsed, noored)
- Laste söömiskäitumise hindamine ja sekkumismeetodid / sensoorsed raskused
- Kehataju (hindamine + harjutused) / söömishäirega patsient – millal ja millist liikumisravi?
- Vähiravi ja kahheksia. Kaalupinged – millal palju, millal vähe? Kelle kaalu on vaja jälgida?
- Toitumisravi dementsuse korral
- Millele pöörata tähelepanu närvisüsteemi mõjutavate ravimite kasutamisel toitumisprobleemide korral?
- Pingeleevendusharjutused
- Tahtest olenemata ravi sh toitumisravi ja söömisega seotud otsused
- Elulõpuotsused ja palliatiivravi otsused – kellel on eetilise lõpetada toetav ravi?
- Praktilised pingeravi harjutused ülepingete ja stressi korral

ESTSPEN
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition



110 €

kuni 05.02.24
sisaldab käibemaksu
tavahind 130 eurot

[pood.aripaev.ee/konverentsid-
toitmis-ja-liikumisravi-konverents](http://pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-liikumisravi-konverents)

NB! Järelvaadatav kõigile 30 päeva!

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

tasuta veebiseminar perearstidele

01.02.24

DEPRESSIOON NOORUKITEL

MIDA SELLEGA PEALE HAKATA?

Noorte ja lapsevanemate infomaterjalide kasutamine perearsti töös

dr PIRET VISNAPUU-BERNADT

psühhiaater, lastepsühhiaater, Marienthali Kliinik



Registreerimine:
[pood.aripaev.ee/
depressioon-noorukitel](http://pood.aripaev.ee/depressioon-noorukitel)
NB! Ei anna
täiendkoolituspunkte



VEEBISEMINAR
7. veebruar 2024

TÕHUS RAVI RASVUMISELE – ELUVIISIST LÕIKUSENI

Rasvumise ravi alustalad – elustiil,
medikamentoosne ravi ja bariaatriline lõikus

KRISTEL EHALA-ALEKSEJEV
arst ja toitumisterapeut

Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu
instituudi värske kulutõhususe raport.
Uuriti semaglutüidi ja selle analoogide
efektiivsust, ohutust ja Eesti soodusravimite
loetellu lisamise majanduslikku mõju.

KATRIN LUTSAR analüütik

Sihtgrupp: perearstid, pereõed, eriarstid, apteekrid

Hind 33 € (sisaldab käibemaksu)

pood.aripaev.ee/tohus-ravi-rasvumisele-eluviisist-loikuseni

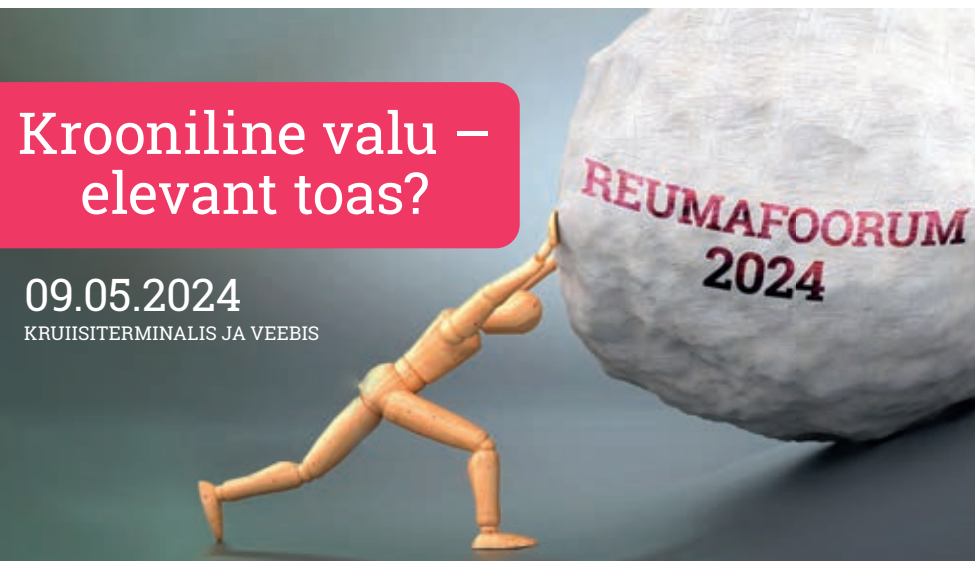
Annab
2 täiend-
koolituspunkti
pärast e-testi
edukat
sooritamist



Krooniline valu – elevant toas?

09.05.2024

KRUIISITERMINALIS JA VEEBIS



- Fibromüalgia patsientide väljakutsed
- Krooniline laialdane valusündroom
- Taastusravi väljakutsed valuravis
- Krooniline valupatsient Tervisekassa vaatest
- Valuravi väljakutsed kogemusnõustaja pilgu läbi
- Krooniline valupatsient psühholoogi pilgu läbi
- Tartu Ülikooli Kliinikumi valuravi meeskonna kogemused ja praktilised harjutused
- Perearsti kogemuslood – kroonilise valuga patsient
- Krooniline valupatsient psühhiaatri pilgu läbi

Osalemine annab täiendkoolituspunkte.

Hinnad ja täpsem kava:

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2024



Aneemia Vitamiinipuudulikkus ja rauadefitsiit

Rauaasendusravi on muutunud

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Põhja-Eesti regionaalhaigla hematoloogiakeskuse hematoloog-ülemarst-keskuse juhataja Mariken Ross annab ülevaate aneemiast ja selle ravist.

Aneemia teema saab alguse luuüdist ja seal toimuvast punavererakkude tootmisest ehk erütropoesist. Klassikaliselt jaguneb aneemia produktsioonihäireteks, punavere lammutamiseks või lühenenud elueaks ja verejooksujärgseks aneemiaks.

Produktsioonihäired on tingitud avitaminoosist, rauadefitsiidist, luuüdi infiltratsioonist, EPO defitsiidist, kroonilistest haigustest ja olemas on ka aplastiline aneemia (harvaesinev haigus), mille puhul luuüdi ei ole võimeline tootma piisaval hulgal vereloomerakke.

Hemolüütilise aneemia puhul on tegemist autoimmuunse aneemia, mikroangiopaatilise aneemia, mehaanilise lammutamisega jne. Hemoglobiнопaatiad on näiteks talasseemiad ja sirprakaneemia.

Seekord käsitleme vitamiinipuudulikkusest ja rauadefitsiidist tingitud ning hemolüütilist aneemiat.

Megaloblastne aneemia

Megaloblastne aneemia on klassikaline vitamiinipuudus, mis tähendab B12 või foolhappe defitsiiti. Haruharva on tegemist kaasasündinud metabolismihäire, mikroelementide defitsiidi, ravimite kõrvaltoime või lämmastikoksiidi mürgistuse tulemusega. Kui näeme aneemiat, mida iseloomustab madal hemoglobiini (Hb) väärtus, tõusnud MCV ja MSH, siis räägime megaloblastest aneemiast.

B12 ja foolhape on vajalikud DNA sünteesiks verelooma prekursorrakkude produktsioonis. B12 ja foolhappe defitsiit häirib ka kõigi teiste rakkude produktsiooni. Suhteliselt sageli võib nende defitsiit esineda koos leukopeenia või trombotsütopeeniaga. Kuna tekib produktsioonihäire, siis tekib ka luuüdisine hemolüüs ehk vererakkude lammutamine. Seisundit võib segi ajada primaarse hemolüütilise aneemiaga, kuid primaarne ei ole mitte hemolüüs, vaid vitamiinidefitsiit, mida tuleb ravida. Samuti ei ole tõusnud laktaadi dehüdrogenaas (LDH) sageli antud juhul mitte vereloomehaiguse väljendus, vaid sügava vitamiinivaeguse ning ebaefektiivse DNA sünteesi ja rakulammutuse näitaja.

Megaloblastse aneemia üks tekkepõhjus on foolhappe defitsiit, mis on enamasti toitumuslik - vähenenud toidust, alkoholi tarvitamine. Vähenenud imen-

Põhja-Eesti regionaalhaigla hematoloogiakeskuse hematoloog-ülemarst-keskuse juhataja Mariken Ross.

FOTO: KAAREL TIGAS



Normaalse toitumisega mittealkohoolikust inimesel ei teki sellist vitamiinipuudust, mis vajaks asendamist.

Mariken Ross

dumine peensoolest (tsöliaakia, IBS jne), suurenenud vajadus raseduse, hemolüüsi ja dermatiitide korral. Dermatiit on seotud foolhappe defitsiidiga, kuid pole päriselt selge, kumb kumba põhjustab.

Foolhapet leidub rohelistes lehtköögiviljades, puuviljades, päiklites, munas ja lihas. Tavapärane organismi varu on 5-30 mg, päevane vajadus sõltub vanusest ja soost, kuid jääb vahemikku 400 µg täiskasvanutel ja 600 µg raseduse ajal.

B12 defitsiiti põhjustab sagedamini autoimmuunne gastriit (perniitsioosne aneemia), tsöliaakia, IBD, gastrektoomia, bypass, ileaalreseksioon vms. Vähem sagedaseks põhjuseks on toitumine (veganlus, rinnaga toimine vms), laiuss (täiesti arvestatav põhjus Eestis), pankrease puudulikkus, ravimid (metformiin, PPid), haruldased pärilikud metabolismihäired.

Aneemia sümptomid

Klassikalised sümptomid on väsimus, õhupuudus ja koormustaluvuse langus.

Õnneks me näeme seda harva, kuid B12 defitsiit võib põhjustada alaägedat seljaaju dorsaalse ja lateraalse sarve degeneratsiooni, põhjustades sümmeetrilist paresteesiat, langenud vibratsiooni ja asenditunnetust. Psühhiaatrilistest sümptomitest võivad esineda mäluhäired, deliirium, dementsus, depressioon, mania ja hallutsinatsioonid. Viimast kahte esineb väga harva ja siis me räägime sügavast pikaajalisest defitsiidist (anamneesis alkoholism).

Tuleb aga rõhutada, et on teatud hulk inimesi, kellel kujuneb neuroloogiline leid enne hematoloogilist leidu. Kuni 25% neuroloogilise sümptomaatikaga patsientidest ei ole hematoloogilist leidu (normaalne MCV ja hematokrit). Me ei ole siiani suutnud leida, miks see teatud hulgal inimestel nii on, et organism peab vereloomet olulisemaks. Seega tuleb neuroloogilise sümptomaatika korral määrata B12 ja foolhappe tasemed ning alustada vajadusel asendusravi.

60%

RASEDATEL, 30% viljakas eas naistel, kuni 25% lastel ja 3% meestel esineb eri uuringute põhjal rauavaegusaneemiat, mis on sagedasim aneemia liik. Rauapuuduse vältimiseks tuleks jälgida tasakaalustatud dieeti.

talutavaks

Atroofiline glossiit (turses, erütema-toosne keel) on sage, kuid mittespetsiifiline B12 defitsiidi sümptom. Väga oluline on mees pidada, et nii B12 kui ka foolhappe defitsiit tõstab märkimisväärselt tromboosiriski.

Analüüsid

Sõltuvalt patsiendi taustast võib aneemia olla kombineeritud. Kui patsiendil on korraga foolhappedefitsiit ja rauavaegus, siis MCV võib olla normis, kuid tõusnud on RDW. Mikroskoopial on näha, et DNA süntees on häirunud – punavererakud ei ole normaalse morfoloogiaga. Hüpersegmenteeritud neutrofiilid koos makrotsütaarse aneemiaga on megaloblastse aneemia jaoks iseloomulik ega esine praktiliselt ühegi teise seisundi korral – see on juba iseenesest diagnostiline kriteerium.

Analüüsides peaks vaatama foolhappe taset seerumis või plasmas. Analüüs tuleks teha tühja kõhuga, kuna tase võib tõusta valemaks 2–4 tundi pärast söömist. Valekõrge väärtus võib esineda ka hemolüüsi ja B12 defitsiidi korral – ebaadekvaatne B12 tase põhjustab folaadi ainevahetuse häirumist ning 5-metüülte-trahüdrofolaadi kuhjumist.

Seerumi kobalamiini väärtus alla 200 µg/ml viitab defitsiidile. Normaalne kobalamiini tase võib esineda naerugaasi kuritarvitamise korral, samuti pernitsioosse aneemia korral, kus sisemise faktori vastased antikehad võivad takistada B12 korrektset määramist. Valemadala B12 väärtust võivad põhjustada rasedus, suukaudsed kontratseptiivid, krambivastased ravimid, samuti HIV ja foolhappe defitsiit. Piiripealsete või küsitavate B12 näitajate korral peaks lisaks määrama metüülmaloanhape ja/või homotsüsteiini taseme, mis on B12 ainevahetuse näitajad. Metüülmaloanhape peegeldab ainult B12 väärtust, homotsüsteiini tõuseb nii foolhappe kui ka B12 defitsiidi korral.

Pernitsioosse aneemia korral tuleb määrata parietaalrakkude vastased antikehad ja/või sisemise faktori vastased antikehad – esimesed on mõõdukalt kõrge sensitiivsuse ja spetsiifilisusega (81% ja 90%). Sisemise faktori antikehadel on kõrge spetsiifilisus (100%), kuid madal sensitiivsus (27–50%).

Rauavaegusaneemia ja selle ravi

Rauavaegusaneemia mõjutab naisi kogu elu vältel – raske menstruaalverekaotus, rasedus (suurenenud vajadus), sünnitusjärgne (verekaotusest tingitud), perimenopausis (müoomid). Meestel võib see esineda kasvupurdi ajal noorukieas, viida-

tes muul ajal pigem mõnele haiguslikule seisundile. Ravimata rauavaegusaneemia langetab märkimisväärselt elukvaliteeti, kuna põhjustab ka kognitiivsete võimete olulist häirumist – see on väga oluline ka puberteedi- ja noorukieas. Raske menstruaalverejooks on alaraporteeritud ja ühiskonnas normaliseeritud.

Rauavaegusaneemia vajab ravi ja see peaks olema esmaliinis suukaudne asendus. Kasutada saab lihtsalt kättesaadavaid käsimüügiravimeid, mis on efektiivsed. Turul on palju preparaate, mille seast tuleb patsiendile valida õige: kui üks annab kõrvaltoimeid, tuleb proovida teist, kolmandat ja neljandat. Uutel preparaatidel on võrdlemisi vähe kõrvaltoimeid.

Intravenoosne (IV) manustamine on eelistatud, kui on vajalik kiire rauaasendus (raseduse III trimester, raske aneemia, plaanilise operatsiooni eel), kui on suur tõenäosus olulisteks verekaotusepiisoodideks (ORWD, kontrollimatu HMB, soole angiodüsplaasiad, kasvaja), kui on olulised imendumisprobleemid (tsöliaakia, bariaatriajärgselt). Uuemate IV-preparaatide manustamisega enam kõrvaltoimeprobleeme pole. Mitte mingil juhul ei tohiks tänapäeval enam kasutada intramuskulaarset rauaasendust, mis annab süstekohal tugevat valu ja põletikku ning tõstab Hgb taset üsna vähe.

Vitamiiniasenduse ohud

Me elame ühiskonnas, kus reklaamitakse väga intensiivselt toidulisandeid. Normaalse toitumisega mittealkohoolikust inimesel ei teki sellist vitamiinipuudust, mis vajaks asendamist. Naistel on Fe praktiliselt ainuke erand. Ülejäänud vitamiinide defitsiidid vajavad laboratoorset kinnitamist ja mitte mingi profülaktika pole põhjendatud. Rasedatel on aastakümneid kasutatud foolhapet, kuna selle defitsiit võib põhjustada loote neuroloogilisi arenguhäireid, kuid me oleme sellega tekitanud väljendunud tõusu lapse ja noorukiea allergiates. Foolhappe ja allergiate seos on hiirkatses selgelt tõestatud. Vitamiinide ülasendused on jälle seotud DNA sünteesi häiretega.

Inimorganism ei ole pidanud kunagi tulema toime olukorraga, kus vitamiin on üle – see on alles viimase paarikümne aasta teema – mistõttu organismis puuduvad mehhanismid üleliigsete vitamiinide väljutamiseks. Mitmesugused antioksidantsed toidulisandid võivad suurendada SVH, diabeedi ja üldise enneaegse suremuse riski. Toidulisandeid tuleb kasutada juhul, kui need on vajalikud.

Ferrola®

raud(II)sulfaat/foolhape

114 mg / 0,8 mg gastroresistentne tablett N50, N100

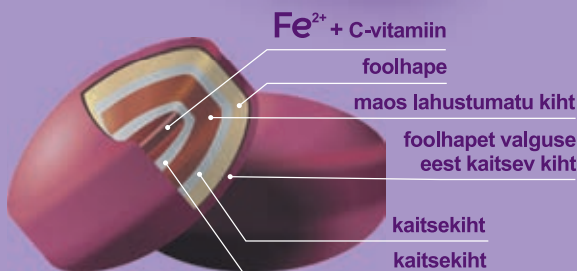
Õige annustamine, rahulolev patsient

Raua- ja foolhappevaegusest tingitud aneemia raviks



ANNUSTAMINE
3 x päevas 1...2 tabletti

Ravikuuri kestus 3 kuud pärast hemoglobiinitaseme normaliseerumist



Iga kihi eesmärk on parem imendumine ja kõrvaltoimete vähendamine

Käsimüügiravim.

Näidustus: Raua ja foolhappe defitsiit, sh rasedusaegne rauavaegusaneemia.

Müügiloa hoidja: WÖRWAG Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034, Böblingen, Saksamaa

Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt: WÖRWAG Pharma GmbH & Co. KG esindus, Vienibas gatve 87B - 3, LV 1004, Riia, Läti

Kontakt Eestis: Laki 25-402, 12915, Tallinn. +372 662 3369, info@woerwagpharma.ee



Tähelepanu! Tegemist on ravimiga. Enne tarvitamist lugege tähelepanelikult pakendis olevat infolehte. Kaebuste püsimise korral või ravimi kõrvaltoimete tekkimisel pidage nõu arsti või apteekriga.

Üle maailma on kasvanud HPV põhjustatud vähkkasvajate arv

Riikides, kus inimese papilloomviiruse (HPV) vastane vaktsineerimine ja sõeluuringud on tõhusad, vähenevad emakakaelavähki haigestumised. Samal ajal on üle maailma kasvanud mitme teise HPV põhjustatud vähkkasvaja esinemine nii naistel kui ka meestel.

Tallinnas toimunud Balti kolposkoopia konverentsil rõhutati HPV vastu vaktsineerimise tähtsust vähiennetuses.

HPV on üks nakkavamaid viiruseid maailmas

HPV on kõige sagedasem sugulisel teel leviv viirus maailmas. Viirused levivad inimeselt inimesele otsesel kokkupuutel naha- ja limaskestadega. HPV võib ka kõige väiksemate naha- või limaskesta vigastuste kaudu organismi tungida. See juhtub eelkõige nahapiirkondade intiimsel kokkupuutel või väga tiheda kehalise kontaktiga, nt suudlemise, silitamise või pettingu ajal. Viirusi on võimalik ka oraalseksi käigus edasi anda, nakatades nonda suuneelu.

Vähesed inimesed seostavad nakkushaigusi vähiga. Vähiga kõige tihedamalt seotud infektsioon on inimese papilloomviirus (HPV), mis põhjustab peale emakakaelavähi veel päraku- ja peenisevähki ning järjest enam suuneeluvähki nii naistel kui ka meestel, kusjuures meeste haigestumuse määr suuneeluvähki on kõrgem kui naistel.

HPV kui vaikne pandeemia

Euroopa kolposkoopia ühenduse president, Helsingi ülikooli kaasprofessor, MD, PhD Pekka Nieminen tõi konverentsil välja, et riigid, kus töötab hästi nii HPV vaktsineerimine kui ka sõeluuring, on liikumas suunal, mis tulevikus HPVst tingitud emakakaelavähi elimineerib. Nieminen on pikaajaliselt uurinud emakakaelavähi ennetust, mis sisaldab nii skriinimist, kolposkoopiat kui ka HPV vastu vaktsineerimist.

Niemise sõnul on HPV koos inimkonnaga eksisteerinud läbi aegade. Viiruse lai levik üle maailma sai alguse 60ndatel aastatel toimunud seksuaalse vabanemisega, mis on muutnud meie tavapärast seksuaalkäitumist - inimestel on rohkem partnereid ja partneritel on omakorda rohkem partnereid jne. Viiruse laiem levik on omakorda toonud kaasa suurema nakatumise ja haigestumised HPVst tingitud vähkkasvajatesse.

Nieminen tõi välja, et kui COVID-19 pandeemia levis lühikese ajaga üle maailma, siis HPV pigem vaikne ja lai levik on toimunud aastakümnetega. Professor rõhutas, et tänapäeval ei saa enam rääkida HPVst kui naiste teemast ning oluline on



Euroopa kolposkoopia ühenduse president PhD Pekka Nieminen.

FOTO: EESTI KOLPOSKOPIA ÜHING

Riigile on odavam ennetada kui tegeleda tagajärgedega.

PhD Pekka Nieminen

mõista, et nakatumine ei põhjusta ainult emakakaelavähki, vaid mitut teist vähkkasvajad, nagu näiteks suuneeluvähk ja anaalvähk.

HPVst tingitud haiguste risk on nii naistel kui ka meestel. Lahendus on viiruse leviku piiramine elanikkonnas ehk võimalikult laia sihtrühma vaktsineeritus. „Oleme Soomes aru saanud, et riigile on odavam ennetada kui tegeleda tagajärgedega,“ sõnas Nieminen. Ta lisas, et naiste puhul, kes on saanud emakakaelavähi muutuste korral ravi ning sel ajal ka HPV vaktsiini, on uuringud näidanud, et neil

on vähem retsidiivi, kui neil, kellel ei olnud võimalust vaktsiini saada.

Eestis on emakakaelavähi haigestumine jätkuvalt Euroopa kõrgemate seas. Eesti kolposkoopia ühingu president, PER-Hi onkogünekoloog Aleksandra Šavrova tõi konverentsil välja, et Eestis on naiste emakakaelavähi haigestumine jätkuvalt üks kõrgemaid Euroopas. Lisaks on Eestis sarnaselt muu maailmaga kasvutrendis HPVst tingitud suuneeluvähi haigestumine.

Vähiregistri 2019. aasta andmetel diagnoositi Eestis 332 HPVst tingitud pahaloomulist kasvajat aastas, millest 145 juhtu olid seotud emakakaelavähiga naistel ning pea sama palju ehk 141 juhtu suuneelu vähkkasvajaga meestel ja naistel. Statistika näitab, et iga 24. pahaloomuline kasvaja Eestis on tingitud nakatumisest HPVga, mida annaks vältida.

Sooülene vaktsineerimine

Nii emakakaelavähi kui ka suuneeluvähi põhjustab nakatumine HPVga ning seetõttu on doktor Šavrova sõnul oluline teha kõik, et Eesti riik tagaks võimalikult laiale elanikkonnale võimaluse nii ennast kui ka oma lapsi vaktsineerimisega kaitsa ning seeläbi viiruse levikut elanikkonnas tervikuna vähendada.

Sel aastal alustab ka Eesti sarnaselt teiste Euroopa Liidu riikidega tüdrukutele lisaks poiste vaktsineerimist. Riik võimaldab tasuta vaktsiini kõigile 12-18aastastele (kaasa arvatud) tüdrukutele ja poistele ning 18aastane saab juba täisealisena ise otsuse teha.

Regulaarne kontroll

Alexandra kliiniku günekoloog, MD, M.Sc. Ph.D Charalampos Theofanakis Ateena ülikoolist tõi konverentsil välja, et noored naised on Kreekas HPV-riskidest teadlikud ning vaktsineeritud, vanemad patsiendid seevastu oluliselt vähem.

80% inimestest puutub oma elu jooksul kokku mõne HPV viiruse tüvega. Kui oled viiruse saanud, siis on kaks varianti: sagedasem on võimalus, et immuunsüsteem kõrvaldab selle, teine variant on aga see, et viirus jääb organismi püsima, hakkab rakkudes paljunema ja tekitab rakumutusi ning areneb välja vähkkasvaja.

Doktor Theofanakis sõnul on inimestel alati palju küsimusi, kui nende HPV test on positiivne, kuid HPVga nakatumine ei ole veel emakakaelavähi haigestumine. Sel juhul on võtmetähtsusega regulaarne kontroll ja jälgimine. Oluline on märgata muutuseid ja emakakaelavähi eelse seisundi korral tagada kirurgiline sekkumine ja vähiteket ennetada.

„Olen oma patsientidele alati öelnud, et parem helistage mulle otse ja räägime veel kord tekkinud küsimused läbi,“ lisas Theofanakis, soovitudes vältida dr Google'i nõuandeid.

Oma ettekandes rääkis Theofanakis viljakust säilitavast emakakaelavähi kirurgilisest ravist tänapäeval ning andis edasi sõnumi, et varaselt rakumutustest avastamisel emakakaelas on väga suur tõenäosus pärast kirurgilist ravi naisel jätkuvalt rasestuda ja sünnitada.

Kõige olulisem on arsti sõnul mitte jätta vahele regulaarset kontrolli. Theofanakis sõnul võis Kreekas täheldada, et paljud naised lükkasid COVID-19 pandeemia ajal oma regulaarseid günekoloogi kontrole edasi. Emakakaelavähk areneb välja umbes kümne aasta jooksul, mistõttu on regulaarsele kontrollile kohale tulemine arsti sõnul oluline, et muutuseid õigeaegselt märgata ja ravida.

Balti kolposkoopia konverents 2023 toimus mullu 24. novembril.

Tegemist on rahvusvahelise emakakaelavähi ennetusele ja ravile suunatud günekoloogide, onkogünekoloogide, onkoloogide ning teadlaste suurüritusega, mis toimus tänavu neljandat korda. Balti kolposkoopia konverentsi korraldas Eesti kolposkoopia ühing.

Eesti kolposkoopia ühing

Aita patsient lihtsalt teaduspõhise infoni

hpv-info.ee

Teave elanikkonnale
eesti ja vene keeles



Kaitske oma patsiente HPV-ga seotud haiguste eest

6	11	16	18	
31	33	45	52	58

Palun tutvuge enne vaktsineerimist ravimi omaduste kokkuvõttega:
www.ravimiregister.ee

Retseptiravim. Gardasil 9 süstesuspensioon süstlis. Inimese papilloomiviiruse (rekombinantne adsorbeeritud) 9-valentne vaktsiin. **Näidustused:** Gardasil 9 on näidustatud 9-aastaste ja vanemate isikute aktiivseks immuniseerimiseks järgmiste inimese papilloomiviiruse põhjustatud haiguste vastu: • emakakaela, häbeme, tupe ning päraku prekantseroossed kahjustused ja vähid, mida põhjustavad vaktsiinis sisalduvad inimese papilloomiviiruse tüübid; • suguelundite tüükad (teravad kondüloomid), mida põhjustavad kindlad inimese papilloomiviiruse tüübid. **Vastunäidustused:** Ülitundlikkus toimeainete või vaktsiinis sisalduvate abiainetes. Isikud, kellel ilmnes ülitundlikkus pärast varasemat Gardasil 9 või Gardasili/Silgardi manustamist, ei tohi saada Gardasil 9. **Erihoiatused:** Vaktsiini manustamisel peavad alati käepärast olema harvaesineva anafülaktilise reaktsiooni raviks vajalikud meditsiinilised võimalused ja järelevalve. Eriti noorukitel võib pärast või isegi enne mis tahes vaktsineerimist tekkida sünnikoop, mõnikord koos kukkumisega, psühhogeense reaktsiooni tõttu nõelatorkele. Sellega võivad kaasuda mitmesugused neuroloogilised nähud, näiteks mööduvad nägemishäired, paresteesiad ja jäsemete toonilis-klooniilised liigutused taastumisperioodis. Seetõttu tuleb pärast vaktsineerimist jälgida vaktsineeritud ligikaudu 15 minuti vältel. Vaktsineerimine tuleb edasi lükata isikutele, kellel on äge raske palavikuga haigus. Siiski ei ole immuniseerimise vastunäidustuseks väike nakkus nagu ülemiste hingamisteede kergekujuline infektsioon või kerge palavik. Sarnaselt mis tahes vaktsiiniga ei pruugi vaktsineerimine Gardasil 9-ga tagada kaitset kõigile vaktsineeritutele. Vaktsiin kaitseb ainult haiguste eest, mida põhjustavad vaktsiinis olevad HPV tüübid. Vaktsiin on mõeldud ainult profülaktiliseks kasutamiseks ja ei mõju aktiivsele HPV infektsioonile või tõendatud kliinilisele haigusele. Vaktsiin ei ole näidustatud emakakaela-, häbeme-, tupe- ega pärakuvähi, raskete emakakaela, häbeme, tupe ja päraku düsplastiliste kahjustuste ega suguelundite tüügaste raviks. Samuti ei ole see ette nähtud teiste tõendatult HPV-ga seotud kahjustuste progresseerumise ennetamiseks. Gardasil 9 ei kaitse kahjustuste eest, mis on põhjustatud vaktsiini HPV tüübi poolt, millega patsient oli nakatunud vaktsineerimise ajaks. Vaktsineerimine ei asenda tavapärast emakakaela sõeluuringut. Puuduvad andmed Gardasil 9 kasutamise kohta kahjustunud immuunvastusega isikutele. Tugeva immunosupressiivse ravi, geneetilise defekti, HIV nakkuse või muu põhjuse tõttu kahjustunud immuunvastusega isikud võivad mitte anda immuunvastust vaktsiinile. Vaktsiini tuleb ettevaatusega manustada trombotsütoopenia või mis tahes hüübimishäirega isikutele, sest intramuskulaarse manustamise järgselt võib neil tekkida verejooks. Puuduvad ohutuse, immunogeensuse või efektiivsuse andmed, mis toetaksid Gardasil 9 manustamist vaheldumisi kahe- või neljavalentsete HPV vaktsiinidega. **Kõrvaltoimed:** Kõige sagedasemad ($\geq 1/10$), tavaliselt kerge või keskmise raskusega, Gardasil 9-ga täheldatud kõrvaltoimed olid seotud süstekohaga (84,8%-l vaktsineeritute 5 päeva jooksul pärast mis tahes vaktsineerimiskorda) ja peavalu (ilmnes 13,2%-l vaktsineeritute 15 päeva jooksul pärast mis tahes vaktsineerimiskorda). Sageli ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$) esinevad kõrvaltoimed on pearinglus, iiveldus, püreeksia, väsimus ning süstekoha kihelus ja/või hematoom.



Müügiloa hoidja: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Holland.
Tootja esindus ja täiendav teave: Merck Sharp & Dohme OÜ, A. H. Tammsaare tee 47, Tallinn 11316, tel 614 4200, www.msd.ee, msdeesti@merck.com

Copyright © 2023 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. Kõik õigused kaitstud.

EE-GSL-00014 03/2023


GARDASIL® 9
Inimese papilloomiviiruse
(rekombinantne adsorbeeritud)
9-valentne vaktsiin

Perifeersete arterite haigusest

Eeva Liisa Bender

Tartu ülikooli 6. kursuse arstitudeng

Perifeersete arterite haigusest alajäsemetes ja selle ravivõimalustest annab ülevaate Põhja-Eesti regionaalhaigla veresoonte kirurgia vanemarst Tiit Kivistik.

Alajäsemete arterite haigusest rääkides on oluline vahet teha ingliskeelses kirjanduses kasutusel olevatel erinevatel mõistetel, mida lühendatakse samamoodi. „Perifeersete arterite haigus“ (ingl *peripheral artery disease*, PAD) tähendab alajäsemete arterite haaratusega haigust. „Perifeersed arteriaalsed haigused“ (ingl *peripheral arterial diseases*, PAD) on laiem mõiste, hõlmates nii ala- ja ülajäsemete arterite kui ka une-, vertebraal-, mesenteriaal- ning neeruarterite haigust, jättes välja aordi ja pärgarterid. Veresoonte kirurg Tiit Kivistik keskendus oma ettekandes just PADile selle kitsamas tähenduses ehk alajäsemete arterite haigusele.

2015. aasta andmete kohaselt on PAD maailmas ligikaudu 238 miljonil inimesel. Haigestumine PADi kasvab vanusega: iga kümne aasta lisandumine vanusele tõstab haiguse esinemisriski kaks korda. Meestel esineb PADi ja sellega seotud tüsistusi sagedamini kui naistel. PADi kliinilisi kroonilisi seisundeid klassifitseeritakse Fontaine'i ja Rutherfordi järgi (vaata tabel).

Asümptomaatilised patsiendid

Kuni 50% PADi haigetest on asümptomaatilised ja klassikaline kaudikatsioon ehk vahelduv lonkamine esineb vaid 15% haigetest. PADi suhtes soovitatakse kindlasti uurida järgmiseid riskirühmi: alla 50aastased patsiendid, kes põevad II tüüpi diabeeti ja kes lisaks kas suitsetavad või on neil diagnoositud koronaarhaigus ja/või perekondlik hüperkolesteroleemia; sõltumata lisafaktorite esinemisest kõiki 50-70aastaseid suitsetajaid ja/või II tüüpi diabeeti põdevaid haigeid; kõiki vanemaid kui 70aastaseid patsiente.

Alajäset ohustavat kroonilist isheemiat, mille korral esinevad rahuolekuvalud alajäsemetes vähemalt kaks nädalat koos gangreeni ja/või haavanditega või ilma, esineb ligikaudu 10% PADi haigetest. Nakk võib sel juhul muutuda kuivaks, punetavaks ja jahedaks ning kapillaartäituvus on aeglustunud. Patsient võib valu leevendamiseks hoida jalga rippuvas asendis üle voodi serva, sest siis suureneb raskusjõu soodne mõju alajäsemete verevarustusele.

Alajäsemete arterite haiguse ravi tähendab ateroskleroosilise haiguse käsitlemist ehk kardiovaskulaarsete riskifaktorite mõjutamist. Mittefarmakoloogiline riskifaktorite mõjutamine kätkeb endas nii tervislikku dieeti, normaalkaalu saavutamist, füüsilise aktiivsuse suurendamist kui ka suitsetamisest loobumist. Farmakoloogiliselt on võimalik kardiovasku-



Naistel esineb alajäsemete arterite haiguseid harvem kui meestel.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Tasub teada

PADi kliiniliste vormide liigitus Fontaine'i ja Rutherfordi klassifikatsiooni järgi

● Algses Fontaine'i klassifikatsioonis eristati IIA ja IIB staadiumit kaudikatsioonimaa pikkuse alusel: piiriks oli 200 meetrit.

Fontaine		Rutherford		
Staadium	Kliiniline ilming	Klass	Kategooria	Kliiniline ilming
I	Kaebusteta	0	0	Kaebusteta
IIa	Igapäevaelu mitte häiriv kaudikatsioon (või > 200 meetrit*)	I	1	Kerge kaudikatsioon
IIB	Igapäevaelu häiriv kaudikatsioon (või < 200 meetrit*)	I	2	Mõõdukas kaudikatsioon
		I	3	Raske kaudikatsioon
III	Rahuolekuvalu	II	4	Rahuolekuvalu
IV	Isheemilised haavandid, gangreen	III	5	Väike koedefekt
		III	6	Suur koedefekt

Allikas: Tiit Kivistik

laarseid riskifaktoreid mõjutada, ravides düslipideemiat, II tüüpi diabeeti, hüpertooniatõbe ja tehes antitrombootilist ravi.

Vähemalt kolmel korral nädalas toimuv juhendatud kõndimistreening jooksurajal parandab nii kõndimise jõudlust kui ka patsiendi ühemomentset valuvaiba distantse läbimise pikkust, sest lihaste metaboolne kohastumus piimhappele paraneb. Olgugi et patsient võib sarnast treeningut teha ka kodus, on oluliselt efektiivsem, kui teda juhendab ja korrigeerib nädalas vähemalt korra keegi selleks väljaõppe saanud isik.

Treeningprogramm peaks kestma minimaalselt kolm kuud ja sellele lisaks on võimalik kasutada vasoaktiivseid ehk kõndimist parandavaid ravimeid. Tsilostasooli (100 mg x 2 3-6 kuud) foonil paranevad metanaluüside alusel nii patsiendi maksimaalne kõndimisvõime kui ka enesetunne.

Alternatiivina on võimalik kasutada

ka naftidrofurüüli (200 mg x 2 6-12 kuud) või pentoksüfülliini (400 mg x 3 2-3 kuud).

Suitsetamisel oluline roll

Teadusuuringud on näidanud, et PADist tingitud kaudikatsiooni või alajäset ohustava kroonilise isheemia korral vähendab suitsetamise lõpetamine viie aasta suremuse riski 30%-lt 14%-le ja alajäsemete amputatsiooni riski 40%-lt 20%-le.

Lisaks suurendab suitsetamine alajäsemete arterite invasiivse ravi käigus paigaldatud transplantaatide sulgumise riski võrreldes mitesuitsetamisega kuni kolm korda.

Suitsetamisest loobumiseks võib kasutada varenikliini (0,5 mg 1-2 korda päevas) või bupropiooni (150 mg 1-2 korda päevas) koos samaaegse nikotiini asendusraviga.

Diabeet suurendab nii asümptomaatilise kui ka kaudikatsiooniga PADi esinemise riski 2-3 korda, mistõttu on selle me-

dikamentoonne ravi väga oluline. II tüüpi diabeeti põdevate haigete ravieesmärgiks on glükosüleeritud hemoglobiini väärtus (HbA1c) < 7,0%. Hüperlipideemia ravieesmärgiks on PADi haigetel LDL-kolesterooli langetamine vähemalt poole võrra algväärtusest ja < 1,4 mmol/l. Kõrge intensiivsusega statiinravi - näiteks atorvastatiin 40-80 mg x 1 või rosuvastatiin 20-40 mg x 1 - on soovitatud madalamate suremusnäitajate tõttu.

Antitrombootiline ravi

Antitrombootiline ravi vähendab PADiga patsientidel nii alajäset ohustava kroonilise isheemia kui ka amputatsiooni riski. Kõigile, kellel esineb PADile viitav sümptomaatika, tuleb sõltumata kardiovaskulaarsest anamneesist ordineerida pidev antiagregantravi.

Selleks võib olla aspiriin 75-150 mg x 1 või klopidoogreel 75 mg x 1. Hüpertooniatõve ravieesmärk on vererõhuväärtused < 140/90 mmHg, mille saavutamiseks soovitatakse eelkõige kasutada angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitori (AKEI) või angiotensiini retseptorite blokaatori (ARB) ja tiasiiddiureetikumi ravimkombinatsiooni.

Invasiivne arterite ravi on alati kardiovaskulaarsete riskifaktorite medikamentoonse ravi ja elustiili muutustega kõrval teisejärguline. Selle vajadus sõltub jala kliinilisest seisundist ning funktsioonist, mida hindab veresoonte kirurg. Invasiivset ravi tehakse üldjuhul alajäset ohustava kroonilise isheemia, alajäsemete ägeda isheemia ja kaudikatsiooni, mis kardiovaskulaarsete riskide vähendamiseks ja korrektsest kõndimistreeningut hoolimata häirib elukvaliteeti, korral. Veresoonte kirurgi kiireloomulist (1-2 nädala jooksul) konsultatsiooni vajavad kindlasti alajäset ohustava kroonilise isheemia ja ajas kiiresti süvenenud kaudikatsiooniga patsiendid.

Kasutatud allikad:

*Post H, Kals J. Alajäsemete arterite haigus. Eesti Arst 2021; 100(1):24-33.

UUS

EFEKTIIVNE VAHELDUVA LONKAMISE RAVI



CILOZEK

(tsilostasool) 100mg tabletid N60
Retseptiravim

Tsilostasool on **AINUKE** vahelduva lonkamise (claudicatio intermittens) raviks kasutatav ravim, millel on 1A määramise soovitus ja tõenduspõhisus.¹

Cilozek (tsilostasool) on **näidustatud** maksimaalse ja valuta kõndimiskauguse pikendamiseks vahelduva lonkamisega patsientidel, kellel ei ole valu puhkeolekus ega perifeerse kudede nekroosi (alajäsemete perifeersete arterite haiguse II staadium Fontaine'i klassifikatsiooni järgi).

Teise rea ravimina patsientidel, kellel muudatused elustiilis (sealhulgas suitsetamisest loobumine ja [juhendatud] füüsiline treening) ja teised sobivad meetmed ei ole vahelduva lonkamise sümptomeid piisavalt parandanud.

Annustamine: tsilostasooli soovitatav annus on 100 mg kaks korda ööpäevas. Tsilostasooli tuleb võtta 30 minutit enne hommiku- ja õhtusööki.

¹ Farkas K et al European Journal of Vascular Med. April 2020

Cilozek (tsilostasool). Näidustus: Maksimaalse ja valuta kõndimiskauguse pikendamiseks vahelduva lonkamisega patsientidel, kellel ei ole valu puhkeolekus ega perifeersete kudede nekroosi (alajäsemete perifeersete arterite haiguse II staadium Fontaine'i klassifikatsiooni järgi). Teise rea ravimina patsientidel, kellel muudatused elustiilis (sealhulgas suitsetamisest loobumine ja [juhendatud] füüsiline treening) ja teised sobivad meetmed ei ole vahelduva lonkamise sümptomeid piisavalt parandanud. Müügiloo hoidja: Adamed Pharma S.A. Pieńków, ul. M. Adamkiewicza 6A 05-152 Czosnów, Poola. Täiendav teave Cilozek (tsilostasool) ravimomaduste kokkuvõttest www.ravimamet.ee või Auxilia Pharma OÜ esindusest Lelle 24, Tallinn 1131 info@auxiliapharma.eu. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest, raporteerimisvormid leiate www.ravimamet.ee. Teatada saab ka aadressil info@auxiliapharma.eu.



Adamed Pharma S.A. Pieńków, ul. M. Adamkiewicza 6A 05-152 Czosnów Poola



Auxilia Pharma OÜ | Tallinn, Lelle 24, 11318
Tel. +372 605 0005 | e-mail: info@auxiliapharma.eu

Healoomuline suurenemine ehk eesnäärme adenoom

Eesnäärme adenoom on kõige sagedasem meestel esinev healoomuline kasvaja, mille esinemissagedus on otsestest vanuses 41-50 ja 50% meestest vanuses 51-60 aastat ning juba enam kui 90% üle 80aastastest meestest.

Kuigi puudub otsene seos eesnäärme suuruse ja kusemishäirete vahel, kasvab ka kusemishäirete esinemissagedus vanuse tõustes. Nii kaebab kusejoa olulise nõrgenemise üle umbes 25% 55aastastest meestest, aga vanuses 75 eluaastat on neid mehi juba 50%. Eesnäärme adenoomi teke põhjused ei ole siiani selged. Üks haiguse teket mõjutav tegur on kindlasti meesuguhormoonide tase, sest kastreeritud meestel tekib eesnäärme suurenemine väga harva ja vanema mehe kastratsioon vähendab eesnäärme mahtu ning adenoomist tingitud kusemisvaevuseid.

Eesnäärme adenoom tekib alati eesnäärme keskmises osas ja suureneb nii strooma kui ka epiteeli rakkude arv. Siiski pole strooma ja epiteeli vahekord kõigil adenoomiga meestel ühesugune ja just see mõjutab olulisel määral eri ravimeetodite efektiivsust.

Nagu enne märgitud, tekivad eesnäärme suurenemise puhul nii kusemistakistuse kui ka kusemisärrituse kaebused. Takistuse põhjustab peamiselt eesnäärme suurenemine, mis surub kokku eesnäärret läbiva kusiti ja nõuab kuse väljutamiseks tavalisest palju tugevamat põielihase pressi.

Ärrituse põhjustab ühelt poolt takistusest tingitud põielihase ärritus, aga olulist rolli võib mängida ka eesnäärme enda strooma rakkude tundlikkuse tõus ja ka liisanduv eesnäärme alaäge põletik.

Haiguse diagnoosimisel ja eriti ravivalikute tegemisel on kõige olulisem uuring kusemishäirete küsimustik (vt tabel paremal). Teiseks tuleks uurida kusevoolu kiirust, aga eelkõige sellega seostuvat peale kusemise lõpetamist põide jäävat jääkuriini. Kui jääkuriin põies on >100 ml, siis vajavad mehed ravi sõltumata kaebustest.

Ravi sõltub kaebuste raskusest

Raviotsused sõltuvad suurel määral kaebuste raskusest. Väheste kaebustega meestel soovitatakse enamasti vaid perioodilist jälgimist (kord aastas) ja ehk ka taimeravi.

Möödukate ja raskemate kaebuste korral on kindlasti vaja kohe alustada raviga. Viimase paari aastakümne jooksul on eesnäärme adenoomi ja kusemishäirete ravi võimalused oluliselt paranenud.

Enamikel juhtudel saab mehi edukalt aidata tabletraviga. Operatiivne ravi on otseselt näidustatud vaid suhteliselt har-

50%

75aastastest meestest kurdab kusejoa olulise nõrgenemise üle.

vadel juhtudel, nagu ravile mitte alluv kusepeetus, eesnäärme adenoomist tingitud verikusesus (hematuuria), adenoomist tingitud põiekivid, ülemäärasest jääkuriinist tingitud neerupuudulikkus ja kusetakistusest tingitud oluline põielihase kahjustus.

Kuna eesnäärme konservatiivne ravi (tabletravi) kestab aastaid, valitakse operatiivne ravi sageli ka lihtsalt ökonoomilistel kaalutlustel. Selle põhjus on asjaolu, et operatiivse ravi katab tervisekassa pea täismahus, aga ravimite hinnast peab mees ise püsivalt kandma vähemalt 50% kuludest.

Perioodiline jälgimine

Enamasti on tegemist aeglaselt kulgeva haigusega. Eesnäärme suureneb ja kusevoolu kiirus väheneb ühe aasta jooksul keskmiselt 2%. Neljakümnendates eluaastates on see muutus aeglasem, kuid kiireneb kuuekümnendates ja seitsmekümnendates.

Kusemisvaevused muutuvad enamas- ti veelgi aeglasemalt. Nii kasvab kusemishäirete küsimustiku kogusumma neljakümnendates aastates keskmiselt 0,05 ja kuuekümnendates 0,44 punkti aastas. Paljudel meestel põhjustab kaebusi hoopis alaäge eesnäärmepõletik, mille vaibumisel vaevused vähenevad või kaovad täielikult.

Seetõttu soovitataksegi väheste ja möödukate kaebuste kompleksiga meestele sageli vaid jälgimist. Jälgimise sisu on enamasti kord aastas visiit arsti juurde, mille käigus registreeritakse kaebuste muutused, jääkuriin põies, kontrollitakse eesnäärret sõrmega ja tehakse PSA test verest eesnäärmekasvaja võimaluse välistamiseks.

Tabletravi

Eesnäärme konservatiivses ravis kasutatakse peamiselt kahte tüüpi ravimeid: a-blokaatorid ja 5a-reduktaasi inhibiitorid, mida kasutatakse vahel ka omavahe- lises kombinatsioonis.

a-blokaatorid. Eesnäärme ja ka kusemis- akti mõjutav põie kael sisaldavad hulga- liselt a-1-adrenoretseptoreid. Nende ret- septorite blokeerimine annab kusemis- vaevustega meestele sageli olulise subjek- tiivse, aga ka objektiivse vaevuste vähe- nemise. Raviefekt saavutatakse enamas-

ti mõne päevaga. Tüüpilised kõrvalnähud on vererõhu mõningane langus, jõuetus, peavalu, harva ka seemnepurske muutus- sed. Uuema põlvkonna ravimid on pikema toimega, mis võimaldab päevas piirduda vaid ühekordse ravimi manustamisega. Enamasti kulub mehele sobiva ravikuuri leidmiseks mõni nädal, sest optimaal- ne raviannus võib olla erinev.

5a-reduktaasi inhibiitorid. Seda tüüpi ravimid blokeerivad testosterooni muu- tumise eesnäärret mõjutavaks aktiivseks vormiks - dihidrotestosterooniks. Ravim mõjutab peamiselt eesnäärmekoe nää- melist osa. Raviefekt tekib üle eesnäär- me mahu languse ja maksimaalse toime saavutamiseks kulub enamasti mitu (ku- ni 6) kuud. Reduktaasi inhibiitorid sobivad hästi siiski vaid suurema mahuga (>40 ml) eesnäärmete puhul. Sagedasemad kõrval- nähud on alanenud sugutung ja impotent- sus. Oluline on teada, et seda tüüpi ravi- mid vähendavad PSA taset veres.

Operatiivne ravi

Tänapäeval on eesnäärme healoomulise suurenemise standardraviks kujunenud endoskoopilised (kusetoru kaudu läbiviidavad) operatsioonid. Operatsiooni riskid on suhteliselt möödunud, mis võimaldab edukalt ravida ka vanemaealisi, mitte kõi- ge parema üldtervisega mehi. Operatsioon mõjutab oluliselt mehe seksuaalsust, sest pea 75% meestel tekib seemnepurse põide, veidi võib halveneda erektsioonivõime, samas kui orgasmi kvaliteet enamasti ei muutu. Vähem kui 1% võib tekkida kuse- pidamatus.

Paarkümmend aastat tagasi oli Eestis standard avatud meetodil operatsioon, mida praegu kasutatakse vaid väga suu- re (>100 ml) mahuga eesnäärmete raviks.

Aastakümneid on otsitud tavapärasest operatiivsest ravist patsiendile kergemini talutavaid ja ligilähedaselt sama efektiiv- seid ravimeetodeid. Maailmas on selleks kasutatud soojusravi, laserravi, kõrg-in- tensiivsusega ultraheli ja teisi meetodeid.

Siiski pole ükski seda tüüpi ravimeetod Eestis ega ka mujal laialdasemat kasutust leidnud. Selle põhjus on tavalistest operat- sioonidest halvem ravitulemus ja seadme- te suhteliselt kõrge hind.

Eesnäärme adenoomi profülaktika

Praegu selge tulemusega eesnäärme hea- loomulise suurenemise profülaktikamee- todid puuduvad. Algavate muutuste puhul saab soovitada eesnäärme toimimist toe- tavaid ravimtaimi. Positiivselt mõjub re- gulaarne seksuaalelu. Paljudel varem ilma mingite kaebusteta meestel tekivad kuse- mishäired mõne aasta jooksul peale sek- suaalelust loobumist.

Allikas: Margus Punab, <https://meestetervis.ee/>

Tasub teada:

Kusemishäirete küsimustik

Kas peale kusemise lõpetamist jääb Teil tunne, et põis ei saanud päris tüh- jaks?

Mitte kunagi
Umbes üks kord viiest
Umbes üks kord kolmest
Umbes üks kord kahest
Umbes kaks korda kolmest
Peaaegu alati

Kas Teil tekib vajadus uuesti kuseda ju- ba 2 tundi pärast eelmist korda või varem?

Mitte kunagi
Umbes üks kord viiest
Umbes üks kord kolmest
Umbes üks kord kahest
Umbes kaks korda kolmest
Peaaegu alati

Kas olete märganud, et kusemine (kuse- juga) katkeb enne lõpetamist mitu korda?

Mitte kunagi
Umbes üks kord viiest
Umbes üks kord kolmest
Umbes üks kord kahest
Umbes kaks korda kolmest
Peaaegu alati

Kas kusemisvajadus on mõnikord nii pakiline, et seda ei saa edasi lükata?

Mitte kunagi
Umbes üks kord viiest
Umbes üks kord kolmest
Umbes üks kord kahest
Umbes kaks korda kolmest
Peaaegu alati

Kas Teile tundub, et kusejuga on muu- tunud nõrgemaks?

Mitte kunagi
Umbes üks kord viiest
Umbes üks kord kolmest
Umbes üks kord kahest
Umbes kaks korda kolmest
Peaaegu alati

Kas kusemise alustamise nõuab pressi- mist või pingutust?

Mitte kunagi
Umbes üks kord viiest
Umbes üks kord kolmest
Umbes üks kord kahest
Umbes kaks korda kolmest
Peaaegu alati

Kas ja mitu korda peate peale öhtust magamajäämist ja enne hommikut är- kamist üles tõusma ning kusele minema?

Mitte kordagi
1 kord
2 korda
3 korda
4 korda
5 ja enam korda

Vastus võib anda 0 kuni 5 punkti
0-7 punkti - vähesed kaebused
8-19 punkti - möödunud kaebused

TADILECTO®

Tadalafil
õhukese polümeerikattega tablett
5mg N28; 20mg N2; 20mg N4

Ole
ALATI
valmis!



**Toime algab
16 minutiga ja
kestab kuni 36h**

**Poolitusjoonega
tabletid on jagatavad
võrdseteks annusteks**



TADILECTO®
Tadalafil

**blistrid on perforeeritud
mugavamaks kasutamiseks.**

Näidustused: Ereksioonihäirete ravi täiskasvanud meestel. Eesnäärme healoomulise suurenemise sümptomite ravi täiskasvanud meestel.

Allikas: Tadilecto SPC

Retseptiravim. Näidustatud täiskasvanud meestele.

Müügiloo hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501, Sloveenia.

Täiendav teave on saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d.,

Novo mesto, Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, Eesti.

Tel: +372 6671658 www.krka.ee



Alatoitumuse hindamine lapseeas

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Alatoitumus põhjustab ajutist või püsivat tervisekahju ning on tingitud toiduenergia ja/või toitainete defitsiidist. Oluline on jälgida lapse kaalu ja pikkust ning nende suhet, ütleb Tallinna lastehaigla toitumisspetsialist Marya Hanna.

Alatoitumus (ingl *malnutrition*, *undernutrition*) on ajutist või püsivat tervisekahju või vaegurlust põhjustav või süvendav organismi kehakoostise ja/või funktsioonide muutus, mis on tingitud toiduenergia ja/või toitainete defitsiidist. Väärtoitumine jaguneb alatoitumiseks ja ületoitumiseks, millest viimane põhjustab ülekaalu ja rasvumist.

Alatoitumise puhul on laps oma vanuse kohta liiga väikse kaaluga (äge ja/või krooniline alatoitumus), alamõõduline (krooniline alatoitumus), oma pikkuse kohta madala kaaluga (äge alatoitumus) ja tal on mikroelementide puudus.

Suurem alatoitumuse risk on imikutel, väikelastel ja eakatel, samuti enesepiiratud toitumise korral ning patsientidel, kellel on äge või krooniline haigus, vaegurlus, vaimne või füüsiline puue.

Alatoitumus ilma kaasneva haigusega on seotud tahtliku või tahtmatu nälgusega või toidu kättesaadavuse probleemidega.

Nälgusest tingitud alatoitumus võib esineda kaasuvalt haiguse korral, eriti toiduvalgu ja mikrotoitainete defitsiididena eri rahvastikurühmade seas.

Alatoitumus - haiguspühune (ingl *disease-related malnutrition*) on kombinatsioon söömismahutade vähenemisest ja/või vähesest toiduenergia ja toitainete saamisest/omastamisest ning haigustest tingitud põletikulisest aktiivsusest või toitainete suurenenud kadudest ja teistest seisunditest tingitud toitainete pakkumise vajaduse suurenemisest.

Laste seisundid, mille korral esineb alatoitumuse risk, on düsfaagia, kaasasündinud südamerike, kaasasündinud seedetrakti haigus, malabsorptsioonisündroom, IBD, pahaloomuline kasvaja, trauma, söömishäire, ägedad või kroonilised maksa-, sapiteede-, kõhunäärme-, neeruhaigused.

Alatoitumuse risk on ka toitmisraskustega imikutel.

Alatoitumuse tagajärg on kasvupetus, kognitiivse arengu peetus, immuunsüsteemi nõrkus, suurenenud suremuse risk, organkahjustus ja pikaajalised terviseprobleemid.

Imikute ja väikelaste toitumuse hindamise alus on kaalu- ja kasvukõverad, kus hinnatakse vastavalt vanusele lapse kaalu, kaalu ja pikkuse suhet ja pikkust vastavalt vanusele.

Waterlow' alatoitumuse klassifikatsiooni kohaselt vaadatakse kaalu protsenti pikkuse kohta ehk lapse kaal jaga-



Mõõdukalt alatoitumust kinnitab õlavarre ümbermõõt 11,5-12,5 cm ja rasket ümbermõõt <11,5 cm.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Tasub teada:

Alatoitumuse hindamiseks saab kasutada õlavarre ümbermõõtu

ESPGHAN: Soovitavad antropomeetrilised parameetrid, mis viitavad mõõdukale või rasketele alatoitumusele	Mõõduka-raske ägeda alatoitumuse indikatiivsed antropomeetrilised parameetrid*	
	Ühekordse mõõtmise korral. Vastavalt meie soovitusetele (kohandatud WHOst)	Mitme mõõtmise korral. Meie soovitusete kohaselt igas vanuses: kaal vanuse kohta/kaal pikkuse kohta/KMI z-skoori langus $\geq 1SD$
	- Kaal vanuse kohta z-skoor ≤ -2 (imikud) - Kaal pikkuse kohta z-skoor ≤ -2 - KMI z score z-skoor ≤ -2 (vanus ≥ 2 a) - Õlavarre ümbermõõt z-skoor ≤ -2	Vastavalt NICE juhiste: Imikud - Langemine üle ≥ 1 tsentiili, kui kehakaal oli < 9 - Langemine üle ≥ 2 tsentiili, kui kehakaal oli $< 9-91$ tsentiili - Langemine üle ≥ 3 tsentiili, kui kehakaal oli < 91 tsentiili - Praegune kaal < 2. sentiil vanuse järgi (ASPEN) - Kaalutõus (< 2 aastane): $< 50\%$ eeldatava kaalutõusu normist. - Soovimatu kaalulanguse (2-20 aastat): $\geq 7,5\%$ kehamass** - Vanuse kohta pikus z skoori: langus $\geq 2 SD\#$

Allikas: Gonzalez-Viana et al., 2017 Hulst et al., 2022

takse sama vana lapse normaalkaaluga ja korrutatakse 100ga. Pikkuse hindamiseks jagatakse lapse pikkus sama vana lapse normaalkaalu ja korrutatakse sajaga. Toitumuse hindamiseks saab kasutada ka õlavarre ümbermõõtu. Mõõdukaks alatoitumuseks loetakse 11,5 cm kuni 12,5 cm ja raskeks, kui õlavarre ümbermõõt jääb $< 11,5$ cm.

Lisaks antropomeetrilistele mõõtmistele hinnatakse lapse toitumist sagedusküsimustiku ja toidupäevikuga ning vaadeldes.

Vitamiinide ja mikroelementide staa-tust määratakse vereanalüüsi põhjal.

Laste alatoitumuse riski hindamiseks kasutatakse järgmisi teste:

- Pediatric nutrition screening tool (PNST)

- Screening tool for the assessment of malnutrition in pediatrics (STAMP)

- STRONGkids

- PaediatricYorkhill Malnutrition Score (PYMS)

Toitmisravi

Toitmisraviks kasutatakse suukaudset, enteraalset/parenteraalset toitmisravi või nende kombinatsiooni.

Suukaudse toitmisravi valikmeetodid on erimenüü rakendamine, toidu töhistamine (toiduenergia- ja valgusisalduse suurendamine toiduportsjoneid suurendamata ning energiarikaste toitade ja vedelike eelistatud pakkumine) või suukaudse toitmisravi preparaatide (STP) kasutamine. Kui päevane toiduenergia puudujääk on kuni 20% ja varem on patsiendile

antud toidu töhistamise soovitusel ning neid on ambulatoorse ravitöö jooksul (ägeda haigusseisundi puudumisel) järgitud vähemalt neli nädalat, aga ilma ravitoimeteta, on näidustatud STPde kasutamine. Suurema päevase toiduenergia puudujäägi korral $> 20\%$ (eakohasest päevasest toiduenergiast) on näidustatud enteraalse või parenteraalse toitmisravi rakendamine.

Kroonilise või ägeda raske alatoitumusega patsientidel on toitmisravi alustamise suur risk potentsiaalselt eluohtliku toitmisravi taas alustamise sündroomi (refeeding syndrome) tekkeks.

Sellised patsiendid vajavad arsti järelevalvet all järkjärguliselt kogutava toiduenergia ja toitainete ning toidukoguste suurendamist, hoolikalt jälgitud üldseisundi ja laboratoorsete analüüside monitooringut.

UUS

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

Nutridrink Protein Omega 3

ET HAIGUS EI JÄTAKS NÄLGA...

Suukaudne toitmisravi preparaat, mis toetab seatud ravieesmärke.

Loodud, et aidata toime tulla:

- alatoitumuse- ja kehakaalu langusega
- kahheksiaga
- põletikuga

NUTRIDRINK PROTEIN OMEGA-3

Väike pudel (125 ml) taassuletava korgiga

1 pudel sisaldab 306 kcal energiat,

18 g valku ja 10 µg D-vitamiini.

Rikastatud oomega-3-rasvhapetega
(1,1 g EPA-t ja 0,7 g DHA-d)

1-2 PUDELIT PÄEVAS

VÄHEMALT 14 PÄEVA JOOKSUL

Lisainfo:

NutriMedical OÜ

Türi 3, Tallinn

e-post: info@nutrimedical.ee

e-pood: www.ravitoit.ee



Meditsiinilisel näidustusel kasutamiseks ettenähtud toit.
Dieetraviks haigusest põhjustatud alatoitumuse korral.
NB! Toodet tuleb kasutada meditsiinilise järelevalve all!

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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:
Iga aasta lõpus valime ka
aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIIINI-
UUDISED**

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