



Apteegid

Sotsiaalministeerium hindab omandipiirangute mõju

Sotsiaalministeeriumi ravimiosakonna juhataja **Dagmar Rüütel** kolleegidega asub taas üle vaatama apteekide asutamispiirangute teematikat. ▶8–9



Haiglad valisid aasta arste. Üks neist oli gastroenteroloog Vadim Brjalin, kes hiljuti kaitses ka doktoriväitekirja.

▶12–13

UUDISED Meditsiin

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 2 (302) 26. jaanuar 2016

www.mu.ee



Välkuvad käärid eriarstiabis

Haigekassa soov kärpida eriarstiabi mahtu üldhaiglates on toonud palju ärevust.

▶10–11

Haigekassa juht Tanel Ross tahab raviteenuste kättesaadavust parandada geograafilise kättesaadavuse meetodikat rakendades, üldhaiglate juhid näevad aga, et raviteenuste kättesaadavus hakkab selle tulemusel maakondades oluliselt vähenema.

FOTO:ANDRAS KRALLA

Haigushüvitise ajaline piir kadus

Alates 1. jaanuarist 2016 pole enam piiratud haigushüvitise maksmise aeg aastas, kirjutab sotsiaalministeeriumi tervise edenduse ja kommunikatsiooni talituse spetsialist **Kadri Eisenschmidt**. ▶3



Unehäirete juhised on puudu

Eestis on olukord, kus erinevate uinutite kättesaadavus on parem kui kunagi varem, aga puudub unehäirete üldaktsepteeritud ravijuhend, kirjutab unearst **Erve Sõõru**. ▶5



Uudised

Saatekirjad luubi all

HAIGEKASSA hakkab kõike erialade juurde saatekirjade sisestamiseks seltsidega läbi rääkimisi pidama. ▶6–7



Fookuses: kirurgia Uus koolitus tõstab traumakirurgia taset

TRAUMAKIRURG Peep Talving soovib Eestiski käivitada USAst alguse saanud koolituse surnukehadel, et arstid oskaksid paremini päästa elavaid. ▶14–15

Fookuses: diabeet Uuring näitab Metformiini headust

DIABEEDIRAVIM Metformiin võib aidata ennetada ja ravida preeklampsiat. ▶16

Fookuses: haavad Ülevaade akuutse haava ravist

AKUUTSE haava hoolduse etappidest kirjutavad Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud. ▶26–27

Samm eesmärgi poole! Iga päev! ^(1,2,3)

Adenuric[®]
(febuksostaat)
80 mg ja 120 mg

75/90% soodustus⁵:

Podagra (M10) raviks juhul, kui allopurinool on vastunäidustatud või talumatu (põhjustab ravi katkestama sundivaid või annuse tõstmist takistavaid kõrvaltoimeid)²



1. Tausche AK et al, Rheumatol Int. 2013 Sep 12
2. Zhang W et al, Ann Rheum Dis 2006;65:1312–1324 (EULAR guidelines)
3. Khanna D et al, Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Oct;64(10):1481–46 (ACR guidelines)
4. Ravimi oma uste kokkuvõtte (kinnitatud etsemisris 2015).
5. Sotsiaalministeerium. www.sm.ee/et/igajimi (vaadatud 14.01.2016)

Müügiloa hoidja: Menarini International Operations
Luxembourg S.A. 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luksemburg.
Täiendav teave: OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti,
Paldiski mnt 27/29 Tallinn 10612.

ADENURIC[®] (febuksostaat).

Retseptiravim. Annused: 80 mg ja 120 mg N28.

Annustamine⁴: ADENURIC[®]-u soovitatav suukaudne annus on 80 mg üks kord päevas toidukordadest sõltumatult. Kui seerumi kusihappetase on 2–4 nädala möödumisel > 6 mg/dl (357 µmol/l), võib kaaluda ADENURIC[®]-u kasutamist 120 mg üks kord päevas.

Näidustus⁴: kroonilise hüperurikeemia ravi seisundite korral, mil on toimunud uraadi ladestumine (sealhulgas varasem või olemasolev podagrasõlm ja/või podagra). ADENURIC[®] on näidustatud täiskasvanutele.

ADENURIC[®] on Teijin Limited
(Tokyo, Jaapan) kaubamärk

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ERIHOIATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL¹:

südame ja veresoonehaiged: südame isheemiatõvega või kongestiivse südamepuudulikkusega patsientide raviks ei ole soovitatav febüksostaati kasutada.

arvamus



Ootan Ossinovskiga kohtumist eelmise aasta novembrist, kuid ei ole saanud kahjuks võimalust.

Abilinnapea Merike Martinson Tallinna Haigla teemal, vt mu.ee

Kommentaar:

Miks haigushüvitiselt ajapiirang kaotati?



Kadri Eisenschmidt

haigekassa tervise edenduse ja kommunikatsiooni talituse spetsialist

Seoses ravikindlustuse seaduse muudatusega ei ole alates käesoleva aasta 1. jaanuarist haigushüvitise maksmise aeg aastas enam piiratud.

Esimesest jaanuarist 2016 muutus kehtetuks piirang ravikindlustuse seaduses, millega sätestati, et kindlustatul on õigus saada haigushüvitist kalendriaastas kokku mitte rohkem kui 250 kalendripäeva. See tähendab, et enam ei ole piiratud haigushüvitise maksmise päevade arv aastast tervikuna. Selline muudatus oli vajalik, et viia Eesti õigusaktid kooskõlla Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksiga.

Muudatuse mõju rahakotile on pigem tagasihoidlik. Koodeksi artikkel 18 lubab piirata haigushüvitise maksmise perioodi 26 nädalani (182 päeva) iga haigusjuhtumi kohta, kuid ei sätesta aastast makstavate päevade arvu ülemist piiri. Eesti Haigekassa hinnangul ei ole piirangu kaotamise mõju haigekassa eelarvele märkimisväärne, kuna seda on praktikas rakendatud vaid üksikutel juhtudel. Muudatusega viiakse ravikindlustuse seaduse regulatsioon kooskõlla koodeksiga ja patsientide huvid on paremini kaitstud.

Endiselt jäi kehtima ravikindlustuse seaduse § 57 lõige 1, mis sätestab, et kindlustatul on haiguse või vigastuse korral õigus saada haigushüvitist kuni haiguslehel märgitud töövoime taastumise päevani või püsiva töövõimetuse kindlakstelemise päevani, kuid mitte rohkem kui 182 järjestikust kalendripäeva, või tuberkuloosi korral 240 järjestikust kalendripäeva, nagu senini.

Töövõimetuslehe pikendamise senine kord jääb jõusse. Lisaks on endiselt kehtivad ravikindlustuse seaduse sätted, mis määravad töövõimetuslehe pikendamise korra. Üle ühe kuu kestva haiguse, vigastuse või töö- või teenistustingimuste ajutise kergendamise korral kirjutatakse välja uus haigusleht iga 30 kalendripäeva järel, kusjuures uus haigusleht kirjutatakse välja eelmisele järgnevana. Pikaajalise ajutise töövõimetuse korral edastab inimese raviarst vajalikud dokumendid haiguslehe 121. päevaks (tuberkuloosi korral 178. päevaks) sotsiaalkindlustusametile, kelle otsusel pikendatakse vajadusel haiguslehte.

Seadusemuudatus ei mõjuta hooldushüvitise arvestamist ja maksimist ehk haige pereliikme kodus põetamiseks väljastatavat töövõimetuslehte.

Vt samal teemal mu.ee



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Väikesele vähe ja suurele palju

Haigekassal on järgmise kolme aasta jooksul plaanis võtta üldhaiglatelt ära osa raviteenuseid ja anda need osutada kompetentsikeskustele.

Ilmselt on üldhaiglates seda va kompetentsi vähe ja riik on otsustanud, et kui mingi raviala nõudlus maakonnas jääb alla 0,5 arsti koormuse, siis kvaliteedi säilitamiseks peaks see teenus maakonnahaiglast üldse suurhaiglasse liikuma ja viimane otsustab, kas ja kui tihti tulevikus oma arste maakonda saadab.

Meditsiiniuudiste toimetuse nõustub väikehaiglate juhtide murega (ja seda muret on viimasel ajal palju avaldatud), et eriarstide lepingumahtude kardinaalne muutumine tuli liiga külma dušina. See ehmatas ja tekitas paanika.

Iga vajalikku muudatust võib mõista ja omaks võtta. Selleks on vaja aga piisavalt aega ja argumenteeritud diskussioone. Haiglale juhid ja patsientide esindajad geograafilise kättesaadavuse meetodika rakendamise aruteludel osaleda ja arvamust avaldada pole saanud. Nad teevad seda meedia vahendusel ja see, kuidas neile asi paistab, on mustvalge: neilt võetakse lepin-

gumahtu ja raha vähemaks ja selle võrra kasvab regionaal- ja keskhaiglate elujärg. Nii saavad sellest aru ka maavanemad, kes hiljuti protestipöördumise tegid. Suure tõenäosusega mõistavad ka maapiirkondades elavad inimesed olukorda just sellisena – tuleb hakata linnas arstil käima, ise olen süüdi, et maal elan.

Jälle jäi patsient kahe silma vahele. Tervishoiuteenus läheb linna arsti juurde sõitvale maainimesele ülekohtuselt kallimaks. Puudub samas plaan, kuidas neile see lisakulu hüvitada. Ärgu pangu otsustajad pahaks, aga paratamatult jääb väljapoolle tarku küsimus: kas geograafilise kättesaadavuse plaan tagab reaalselt ikka raviteenuse kättesaadavuse või pigem halvendab seda praegustki?

Jah, külahaiglas tegutsev ala-koormatud arst kaotab kvaliteedi, sest kogemust ei tule peale; superhaiglas on väljakutseid ja tööd tohutult. Jääb lootus, et suurhaiglad kohustatakse tulevikus maakonnahaiglasse eriarste saatma. Põlva ja Paide elanikul on õigus saada suurlinnasega võrdsetel tingimustel arstiabi.

Loe samal teemal lk 10–11



Jääb lootus, et suurhaiglad kohustatakse tulevikus maakonnahaiglasse eriarste saatma.

VÕITJA
Ülle Ernits

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rektor Ülle Ernits võib rahul olla. Õnnestunult lõppenud projekt "Õed tagasi tervishoidu" andis võimaluse tuua tööturule tagasi 21 õde, kes ei olnud tervishoiu-töötajate riiklikus registris ning ei töötanud õena.

KAOTAJA
Tõnis Siir

Läänemaa haigla peaarst Tõnis Siir peab otsima lahendusi, et võimalikult valutult toime tulla järjekordse kärpega. Selleks aastaks määratud umbes 3,6 miljonilise eelarvega peaks haigla kaotama kaks kuni kolm arsti töökohta või sulgema haigla 1,5 kuuks.

Nädala foto:

Tapa haigla sirutab pealinnas tiibu



Detsembris ostis Tapa haigla LTKH-lt Nõmmel asuva hooldushaigla. Tapa haigla juhatuse esimehe Meelis Kuke sõnul loodetakse juulis alustada hoone renoveerimisega, nii et jõulude paiku saaks patsiente enam kui 70kohalisse eakatekoju vastu võtma hakata. LTKH esindaja sõnul müüdi hoone turuhinnaga. Müügitulu läheb teiste hoonete uuendamisse.

FOTO: RAUL MEE

Üks küsimus:

Kas muuta perearsti või -õe visiidi vastsündinute koju kohustuslikuks?



Katrin Kippar

pereõdede seltsingu esindaja

Pereõed on kogu aeg käinud vastsündinutele koduvisiiti tegemas. Kas see peab nüüd olema nn kohustuslik, on küsitav.

Aegade jooksul on olude sunnil mindud seda teed, et lapsevanemad tulevad ise perearstikeskusesse last näitama, kus on ka kõik võimalused lapse tervisekontrolliks. Perearstikeskusesse (PAK) tuleku tingib ka asjaolu, et paljud pered elavad PAKist kaugel, st teeninduspiirkonnast väljaspool, teises linnas või asulas, kuhu õe visiit oleks aja- ja ressursimahukas.

Pereõdede seltsi nimel arvan, et selliste kardinaalsete otsustega ei saa kiirustada.

Töökoht

Voitk hakkab Kuressaares Uuetoa asemel vastu võtma

SAAREMAA 12. veebruaril alustab Kuressaare haiglas ambulatoorseid vastuvõtte rütmoloog Jüri Voitk, kes teeb südamestimulaatorite järelkontrolli. Seni tegeles Saaremaal südamestimulaatorite kontrolliga doktor Hasso Uuetoa, kes võttis patsiente vastu OÜs Merle Kadarik, kirjutas Saarte Hääl. "Kuna doktor Uuetoa sellest aastast seal enam ei tööta, siis tulles vastu Saaremaa elanike soovile, saime kokkuleppe Põhja-Eesti regionaalhaigla arsti doktor Voitkiga," ütles Kuressaare haigla raviuht Marje Nelis. Vt mu.ee lehelt Uuetoa kommentaari saarelt lahkumise kohta.

Seadus

Riigikogu kaalub hambaravitoetuse muutmist

EESTI Riigikogus 19. jaanuaril toimunud istungil läbis esimese lugemise ravikindlustuse seaduse muutmise seaduse eelnõu, mis võimaldab töövõimetus- ja vanaduspensionäridel kasutada proteesihüvitiseks ettenähtud summat hammaste raviks. Kehtiva hambaravitoetuste süsteemi kohaselt hüvitab riik töövõimetuspensionäridel või üle 63aastastele vanaduspensionäridel üks kord kolme aasta jooksul hambaproteeside eest tasutud summa 255,65 euro ulatuses. Hambaraviteenuse eest hüvitatakse neile 19,18 eurot aastas.

Ravimid

Amet: nõustamise tase apteekides on paranenud

EESTI Ravimiameti andmetel on nõustamistegevus apteekides ravimite sihipärase ja ratsionaalse tarbimise tagamiseks paranenud. Mullu kontrolliti ravimialast nõustamist 77 apteegis, neist kahes (2,6% kontrollituist) ei olnud nõustamine vajalikul tasemel (2013 kontrolliti nõustamist 164 apteegis, neist 30 (18,3%) esines nõustamisel puudusi; 2014 kontrolliti nõustamist 88 apteegis neist kaheksas (9%) esines puudusi). Peamiselt ei pööratud nõustamisel tähelepanu samaaegselt ostetud ravimite (enamasti retseptiravim ja käsimüügiravim) võimalikule koostoimele, aga ka soodsama ravimi pakkumisele ja muule, mis ravimi kasutamisel oluline. Vt mu.ee.

E-teenus

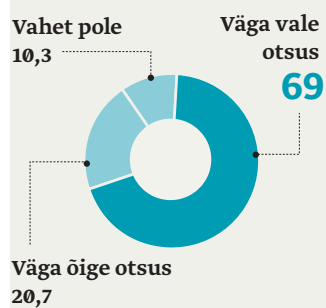
Uus ravimiregister täidab ka koodikeskuse ülesandeid

EESTI Riigikogus läbis 20. jaanuaril esimesel lugemisel ravimiseaduse ja ravikindlustuse seaduse muutmise seaduse eelnõu, mis näeb ette luua ühtne ravimiregister, mis täidab edaspidi nii senise ravimiregistri kui ka koodikeskuse ülesandeid. Ravimiregister on vananenud ning kordab peaaegu täielikult koodikeskuse funktsioone. Kahe registri ühendamisel luuakse register, mis on tehniliselt uuem ning seotud digiresepti süsteemidega.

Gallup:

Kas teid paneb muretsema, et üldhaiglates jääb erialasid vähemaks?

• osakaal %



Vaata uut küsimust: mu.ee

Toimetaja repliik:

Arstide liidul olgu haigekassas oma tool

Triin Tabur

Meditsiiniuudiste toimetaja

Ilmselt ei ole ma ainus, kelle jaoks on üllatav, et haigekassa nõukogust puudub seni ajani arstide esindaja. Seadused seda praeguseni lihtsalt ei luba.

Haigekassa omanik, s.t riik on otsustanud, et Eesti elanike huvide eest parimal moel seismisel riiklikus ravikindlustuses peaks selles nõuko-

gus olema 15 liiget, kellest 5 esindavad riiki, 5 tööandjaid ja 5 kindlustatuid. Arste elanike huvide eest seismisel oluliseks pole peetud - ehk oleks aeg seadust muuta? Arstide liidu esindaja lisaks haigekassa nõukogus asjatundlikku pädevust ja hindaks tehtavaid otsuseid ravi-töö tegijate poolt. Lõpuks puudutavad haigekassa paljud otsused ju ka arste ja seeläbi kõiki ravikindlustatuid.

Siret Trull, tel 667 0446

Mirjam Esperk (Tartus)
mirjam.esperk@aripaev.eeVivian Berg, tel 667 0071
reklaami projektijuht
vivian.berg@aripaev.eeReklaam: tel 667 0177
reklaam@aripaev.ee

Tellimine ja levi:
med@aripaev.ee
tel 667 0100
faks 667 0300
Tellimine internetis:
www.mu.ee 12 kuud 75 eurot
Hind: 12 kuud (eraisik) 114,22 eurot
12 kuud (ettevõtte) 125,83 eurot
Trükk: AS Kroonpress
Väljaandja: AS Äripäev
Pärnu mnt 105, 19094 Tallinn

Toimetust võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada. Toimetust 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.

UUDISED
Meditsiini

meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

Kadi Heinsalu, tel 667 0451

Toimetust:

Violetta Riidas, tel 667 0454

Triin Tabur, tel 667 0455

Rootsi läbi ämmaemanda pilgu

Eestis ämmaemanda kutse omandanud Charlotte Lii Tipp annab üsna põhjaliku ülevaate tööst Stockholmi erinevates sünnitusmajades ja võrdleb seda tööga Tallinna ühes naistenõuandlas. Lisaks muidugi inimes-tevahelisi suhteid ja kirjeldusi elust-olust Rootsis. “Minu Rootsi. Sünnitusvaludeta ühiskond?” ilmus 2015. aastal. Kirjastas Petrone Print, raamat on 280-leheküljeline.



Arvamus:

Retseptiõigus on pereõdedele oluline

Angela Eensalu-Lind

Eesti Õdede Liidu Tallinna ja Harjumaa ühenduse juhataste liige, Järveotsa Perearstikeskuse pereõde, Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseõenduse mooduli õppejõud

Kindlasti on retseptiõiguse andmine pereõdedele suur samm, mis kergendab kogu perearstikeskuse meeskonnatööd. Samas pikendavad pereõed juba praegu kroonilistele haigetele väljastatud retsepte, see toimub koostöös perearstiga. Ma ei näe põhjust, miks pereõed, kes on pädevad kroonilisi haigeid jälgima, ei võiks pädevuse piires retsepte ka pikendada.

Küsimus on selles, kui paljud õed on valmis lisavastutust võtma. Kindlasti mängib oma osa perearstikeskuse töökorraldus. Kui pereõde peab tegelema ainult administratiivse poolega ehk patsiente vastuvõtule registreerima ja iseseisvat vastuvõtu realselt ei tee, siis arvan, et ka õe enda motivatsioon on suhteliselt madal ning võimalik, et ka julgus järgmiseks sammuks puudub.

Õnneks on digiresepti väljastamise programm väga hästi toimiv. See on lisavõimalus jälgida ka nende ravimite kasutamist, mis on eriarstide poolt välja kirjutatud, samuti seda, kas ravimid on välja ostetud. Silma saab peal hoida ka sellele, et retseptide väljastamine oleks regulaarne, mis omakorda tagab patsiendile järjepideva ravi.

Tasumise võiks enda kanda võtta riik. Pereõed, kes on Tartu Ülikooli juures farmakoloogia kursuse läbinud (neid on hetkel 19), saavad automaatselt õiguse ravimiresepti pikendada. Arvan aga, et rahastamine kursuse läbimiseks võiks olla ikkagi riiklikul tasandil, perearstikeskused ei peaks lisaks rahaliselt panustama, et meeskonnatööd tõhusamaks muuta.

Tervishoiu kõrgkoolis on õppeainena olemas retseptiõpetus, kus üliõpilased saavad sellekohased üldteadmi-

Ka minul endal puudub õigus ravimiresepti välja kirjutada ja oleksin koolitusest vägagi huvitatud.

sed, loomulikult ka farmakoloogia. Samas leian ma, et põhiõppele süvendatud teadmissi konkreetses valdkonnas vaja ei oleks, kuna õed saavad üldõe kutse ja hetkel teiste valdkondade õdedele õigus ei laiene. Kindlasti oleks see aga mõeldav õdedele, kes tulevad terviseõe spetsialistiõppesse. Enamasti ongi need õed, kes töötavad esmatasandi valdkonnas – miks mitte saada siis juba ka retsepti väljakirjutamise õigus.

Retseptiõigust vajavad eriti maapiirkonna õed. Ka minul endal puudub õigus ravimiresepti välja kirjutada ja oleksin koolitusest vägagi huvitatud, kuna olen pereõena töötanud aastast 2001 ning arvan, et piisav kogemustepagas on olemas. Kindlasti on huvi suur pereõdedel, kes töötavad maapiirkondades üksikpraksistes, kus pereõde on oluline võtmeisik ja töökorraldus võimalikult patsiendikeskne.

See leevendaks ka probleemi, kui perearst ei ole hetkel kättesaadav puhkuse või koolituse tõttu, et patsiendid ei jääks seetõttu ravita.

Pereõdesid, kes teevad iseseisvaid vastuvõtte, on järjest enam, võib isegi öelda, et neid, kes vastuvõtte ei tee, on aina vähem. Info pärineb üliõpilastelt, kes läbivad tervishoiu kõrgkoolis kolmandal kursusel esmatasandi tervishoiu õe kolme kuu pikkuse praktika ja on oma tagasisides üha rohkem tublisid pereõdesid ära märkinud. Seega arvan, et esmatasandi tervishoiu kontekstis oleks retseptiõigus õdedele lausa vajalik.

01.03

TASUTA konverents “Inimressurs ja tervis kaitsevaldkonnas” toimub Tallinnas Radisson Blu Hotellis. Korraldavad strateegilise jätkusuutlikkuse kompetentsikeskus ja TAI. Konverentsi eesmärk on tutvustada inimressursi ja tervisega seotud tegevusi kaitsevaldkonnas ja arutleda, kuidas tõsta inimressursi tervist kaitsevaldkonnas. Vt lähemalt www.tai.ee.

Seisukoht:

Eesti arstid vajaksid unehäirete ravijuhendit

Erve Sõoru

Eesti Unemeditsiini Seltsi president

Unehäired on levinud ja nendesse haigestumissagedus on kogu maailmas viimastel aastakümnetel suurenenud.

Raviotsuste tegemisel lähtub enamik meie arste patsiendi unekaebusest, kuid ei osata süveneda uneprobleemi. Eri- nevatel põhjustel on tekkinud väärarusaamad nii arstidel kui ka patsientidel, et mis tahes uneprobleem vajab ainult medikamentooset ravi.

Unehäire on subjektiivne kaebus, mida võib selektiivselt iseloomustada nii uinumisraskus, une säilitamise probleem, liigvarane ärkamine või ebarahuldav unekvaliteet. Unehäire põhjustab päevase liigunisuse ja toimetulekuraskused igapäevaelus.

Uinuteid tarbitakse üha rohkem. Eestis kasutatakse uinutina valdavalt bensodiase-

Eestis kasutatakse uinutina valdavalt bensodiasepiine ning nn Z-ravimeid.

piine ning nn Z-ravimeid. Uinutite ja rahustite rühma ravimite tarvitamine on kümne aasta jooksul pea kahekordistunud, olles 11,7 DPD/1000/ööpäev aastal 2005 ning 19,7 aastal 2014. Zopiklooni ja zolpideemi kasutamine on 2,4 korda kasvanud.

Teadaolevalt on bensodiasepiinid aga rasedatel vastunäidustatud, samuti obstruktiivse uneapnoe, tsentraalse hüpoventilatsiooni sündroomi ning hiljutise peatrauma korral ja juhul, kui patsient tarvitab juba kesknärvisüsteemi depressante.

Retseptidest 74% väljastasid perearstid ja 17% psühhiaatrid, teiste erialade arstid väljastasid retsepte oluliselt vähem (K. Sonn, O. Laius, A. Irs, 2015).

Kommentaar:

Iga uus tundub algul veidi võõras

Hepp Nigol

Põlvamaa perearst
Eesti Perearstide Seltsi
juhataste liige

Viimasel ajal on üha enam tulnud teemaks lisakohustused, mida perearstid kanda võiks võtta.

Autojuhtide tervisetöenddid. Autojuhtide tervisetöenddile on lisandunud kõrgendatud tähelepanu uneapnoe esinemisele või sellele viitavatele terviseprobleemidele. Hetkel ei sisaldu autojuhtide tervisedeklaratsioonis veel sellekohaseid küsimusi, kuid teemaga tegeldakse.

Unemeditsiini selts eesotsas doktor Erve Sõoriga on informeerinud ka perearste. Loomulikult tekitab iga uue- dus inimestes esmalt vastu-

Samas olen ma kindel, et kõik tohtrid mõistavad, kui ohtlikud on liikluses unised autojuhid.

meelsust. Samas olen kindel, et kõik tohtrid mõistavad, kui ohtlikud on liikluses unised autojuhid. Perearsti roll on uneapnoe kahtluse puhul suunata patsient edasi pulmonoloogile, unearstile või ka kõrva-nina-kurguarstile, kes omakorda täpsustava uuringu teeb ja määrab ravi.

HIV-testimine. Perearstid on teostanud HIV-testi alati, kui viirusele on tekkinud kahtlus. Kõikidele arsti pööle pöörduvatele patsientide-

TÖÖ 5

www.mu.ee

26. JAANUAR 2016 MEDITSINIÜLDISED

Eestis on tekkinud olukord, kus erinevate uinutite kättesaadavus on parem kui kunagi varem, samas puudub unehäirete üldaktsepteeritud ravijuhend.

Juhis sünnib mitme eriala ühistööna. Unemeditsiin on multidistsiplinaarne eriala, mis tegeleb unehäirete ennetamise, diagnostika ja raviga.

Levinumad unehäired on une-ärkvelolekuhäired, insomniad, uneaegsed liigutushäired (nt rahutute jalgade sündroom), uneaegsed hingamishäired (nt uneapnoe) ja parasomniad.

Unemeditsiin ei ole Eestis eraldi eriala, mistõttu tuleb kaasata ravijuhendi koostamisse erinevate erialade esindajad: psühhiaatrid, neuroloogid, pulmonoloogid, kõrva-nina-kurguarstid, ortodondid, perearstid jne.

Samuti peame oluliseks uneapnoe ravi patsiendijuhendi koostamist.

le HIV-testi tegemine toimub hetkel vaid teatud piirkondades ja on projektipõhine.

Koduvisiidid vastasündinute juurde. Perearstid ja pereõed on visiite vastasündinute juurde teinud juba perearstinduse aegade algusest, kuid seda muidugi juhul, kui perearstini on jõudnud info, et tema nimistusse on sündinud uus ilmakodanik. Maapiirkondades ja väiksematest sünnitusosakondadest jõuab kenasti ema perearstini informatsioon, kas meilitsi või paber- kandjal.

Tõsisem probleem on aga suurte linnade sünnitajatega – kui ema ei teavita oma perearsti, siis perearstil info puudub. Usun, et probleem on lahendatav meie kaasaegses e-maailmas.

uudised



Tahtsin patsientide tegemistesse rohkem panustada ja mitte enam nii väga mõelda kasumi teenimisele.

Patsientide liidu juhatuse liige Kadri Tammepuu, vt uudist mu.ee

Erialad Kõik seltsid ei poolda Haigekassa hakkab saatekirjade teemal läbirääkimisi pidama



Saatekirja nõude sisseviimisest kõigile ravi-kindlustuse paketti kuuluvatele erialadele on räägitud juba paar viimast aastat. Tänavu tahab haigekassa analüüsides edasi sisuliste ettevalmistuste juurde liikuda: plaanis on kohtumised erialaseltsidega ja õigusaktide muutmise vajaduse hindamine.

Ilma perearsti või teise eriarsti saatekirjata saab praegu eriarsti poole pöörduda trauma, tuberkuloosi, silmahaiguse, naha- või suguhaiguse korral või juhul, kui patsient vajab günekoloogilist või psühhiaatrilist abi.

Haigekassa lepingute haldamise talituse spetsialisti Tiiu Rudov selgitas, et saatekirja nõude sisseviimise eesmärgiks on eriarstiabi parem kättesaadavus patsientide jaoks, kes tõesti vajavad eriarsti konsultatsiooni. Perearst tegeleb sellega, millega tema oskab, eriarstile suunatakse raskemad ja keerulisemad haigusjuhud. Praegu on kõige pikemad ooteajad silmaarstile, kuid saatekirja nõude tulemusena peaksid need lühenema. "Näiteks ei pea silmaarst tegelema esmase nägemisteravuse kontrollimisega – seda võib teha perearst. Prillide väljakirjutamine täiskasvanutele on pigem optometristi teenus, mida osutatakse ka prillipoodides," selgitas Rudov.

Kohtumised erialaseltsidega

Teema arutamiseks kohtus haigekassa detsembris Eesti Oftalmoloogide Seltsiga (EOS), samuti analüüsis haigekassa mullu oma andmebaasi andmete põhjal oftalmoloogia erialal teenuste kasutust (sh diagnoosid, vanusgrupid, ooteajad).

Sel aastal on plaanis koostööd EOS ja Eesti Perearstide Seltsiga (EPS) jätkata, et

täpsustada eriarsti ja perearsti vastutus ja võimalused silmahaiguste diagnoosimisel. Plaanis on kohtuda ka Eesti Psühhiaatrite Seltsi juhtidega, et arutada saatekirja nõude kehtestamise otstarbekust ja teenuse korraldust.

Veel ei ole selgunud, millal saatekirja nõue nendel erialadel kehtima hakkab. "Sellel aastal lepime seltsidega kokku vajalikes tingimustes ja seejärel tuleb esitada vastavad ettepanekud ravikindlustusseaduse muutmiseks," selgitas Rudov.

Ta tõdes, et enne saatekirja nõude kehtestamist oftalmoloogia ja psühhiaatria erialal on väga oluline luua eeldused, et perearstid saaksid rohkem nende patsientidega tegelema hakata. Korraldatud peavad olema perearstide ja -õdede koolitused, vajalike töövahendite ja ravijuhendite olemasolu, läbi arutatud, milline osa patsientidest peaks hoopis pöörduma optometristi poole, kas rakendada enam vaimse tervise ödesid perearsti juures jne.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisel on saatekirja nõude analüüsi kõrval oluline ka e-konsultatsiooni arendamine ning haigekassa tegeleb nendega paralleelselt.

EOS juhatuse liige Tiia Jugaste ütles, et tema ei usu, et saatekirja nõue muudaks ravijärjekordade pikkust või parandaks juurdepääsu silmaarstile. "Kui perearstid muretsesid endale aparatuuri ja hakkasid lihtsamaid silmapatsiente ise uurima, võiks ehk väheneda praegu hullumeelne valvetoa töö," arutles Jugaste.

Jugaste lisas, et on perearste, kes ise raviavad lihtsamaid põletikke, aga neid on vähe. Selliseid laugude põletikke nagu rahe-tera, odraiva, konjunktiviit ehk sidekestapõletik, sidekesta verevalum, ei peaks saatma silmaarsti juurde. Samas saab perearst küll kontrollida nägemisteravust ja leida nägemise halvenemist, aga põhjuse peab selgitama silmarst. Kui perearstil või perearstikeskuses oleks silmapõhja kaamera, saaks jälgida ka diabeetikute kergemaid silmapõhjamuutusi.

Ühte-teist saab perearst ise teha

Psühhiaatrite seltsiga ei ole saatekirja sisseviimise nõuet veel arutatud, ütles seltsi president Andres Lehtmets. Saatekirja võimalikkus psühhiaatrias sõltub eeskätt perearstide võimekusest psüühikahäirete ravi läbi viia, selgitas Lehtmets. Ta lisas, et kuna suur hulk abivajajaid käib ravil pika aja vältel, siis igaks vastuvõtule pöördumiseks saatekirja nõuet kehtestada ei ole otstarbekas. Psühhiaatrilises abis võib perearst Lehtmetse hinnangul tegeleda erinevate psühhiaatriliste haigusseisundite raviga, sõltuvalt oma oskustest ja patsiendi seisundist.

Saatekirja mõju järjekordade pikkusele on tema sõnul raske hinnata, sest juba praegu on psühhiaatriline abi teatud piirkondades raskesti kättesaadav.

"E-konsultatsioonil sellisel kujul, nagu seda muud erialad hetkel kasutavad, tõenäoliselt suuremat mõtet ei ole," arvas Lehtmets.

Psühhiaatrilises abis võiks perearst tegeleda psühhiaatrite seltsi juhi Andres Lehtmetša hinnangul erinevate psühhiaatriliste haigusseisundite raviga, seda sõltuvalt oma oskustest ja patsiendi seisundist.

FOTO: ANDRES HAABU



Veneroloogia seab saatekirjale piirangu

Eesti Naistearstide Seltsi (ENS) ja Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Seltsiga (ENSAS) haigekassa saatekirjade teemat veel arutanud pole ja seltsid praegu vajadust muudatusteks ka ei näe.

ENSAS president Annika Volke sõnas, et kuna süsteemseid ettepanekuid pole haigekassa veel teinud, on selts endiselt seisukohal, et hetkel toimib süsteem üsna optimaalselt ja muudatusi nad ei toeta. Naha- ja suguhaiguste arstide hinnangul peab veneeriliste haiguste puhul alles jääma eriarstile otsepöördumise võimalus, mis seabki olulise takistuse saatekirja nõudele.

Nii korralduslikust kui ka teeninduslikust (registratuur) aspektist ei ole võimalik konfidentsiaalsust ja professionaalsust säilitades hakata eristama dermatoloogilisi ja veneroloogilisi haigeid, kuigi puhtalt dermatoloogiliste seisundite puhul võiks saatekirja kehtes-

tamine kõne alla tulla, selgitas Volke.

ENS president Made Laanpere tõdes, et juurdepääs eriarstiabile nende erialal ei ole probleem. Pigem muudab arsti vastuvõtule saamise keeruliseks eriala spetsiifika - inimesed on harjunud käima konkreetse arsti juures. Laanpere sõnul tegelevad perearstid juba osaliselt seksuaaltervise vallas ennetuse ja raviga - näiteks soovimatust rasedusest hoidumine, üleminekuea probleemid, seksuaalsel teel levivad nakkused, sõeluuringud. Kuna aga günekoloogilise läbivaatuse tegemiseks on vaja nii teadmisi kui ka instrumentaariumi koos selleks mõeldud ruumidega, siis valdav enamus perearste günekoloogiliste patsientidega ei tegele. "Seetõttu võib perearst jääda pigem saatekirja kirjutajaks ja see võib hoopis halvendada günekoloogilise abi kättesaadavust ja haiguste ravi," lisas Laanpere.

Kommentaar:

Saatekirja nõue ei saa olla lähiaastate teema

Diana Ingerainen

Eesti Perearstide Seltsi president

Nii nagu Eesti Perearstide Selts (EPS) on ka varem välja toonud, nõuab kogu protsess ettevalmistust nii koolituse kui ka tehnilise võimekuse osas ja see ei saa olla isegi mitte mõne aasta teema, samas kui teeme esmatasandi tervisekeskuse teenuse toimemudelit ja hinnastamist, siis peabki vaatama kaugemale kui viis aastat.

Kui vaadata pragmaatiliselt inimeste vajadusi, siis tuleb nii oftalmoloogia kui ka dermatoloogia eriala kolleegidega nõustuda - paljud haigused ja tervise seisundid on käsitletavad esmatasandil.

On rida haiguseid, mis ei peaks eeldama eriarsti pädevust, samas vajavad esmatasandi spetsialistid kvaliteetseid ravivihiseid ja veelgi rohkem patsiendi käsitlemisjuhiseid, kuidas käituda olukorras, kui näiteks esialgne diagnoos ei kinnitu ja on vaja eriarsti pädevust.

EPS on seisukohal, et kogu patsiendi vajaduste põhine logistika peaks käima läbi e-saatekirja patsiendikeskselt. Täna me takerdume eriarstiabi osutajate jäika rahastamise loogikasse - ei ole reaalselt patsienti, ei ole "tükke", et haiglat pidada. Kui kogu tervishoiuteenuste osuta-

mise loogika hakkab lähtuma patsiendi vajadustest, alles siis on võimalik korraldada ka abi vajadustest lähtuvalt.

Keerulisem lugu on veneroloogiaga - meie inimesed ei ole valmis suguhaigustega esmatasandi tervishoiu poole pöörduma. Pole arutatud, kuidas seda korraldada, et tulemuseks oleks varajane haiguste avastamine ja ennetus.

Minu hinnangul on kogu suguhaiguste temaatika sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna pädevuses.

Mis puutub günekoloogiasse, siis tõesti tegelevad perearstid järjest enam kontratseptsiooni ja ka üleminekuea probleemidega.

Mis tempos peaks ülejäänud teemadega tegelema, on otsustamise koht. Mul on väga hea meel, EPSil on väga hea koostöö nii naistearstide seltsi kui ka ämmaemanda ühinguga.

On tekkinud konstruktiivne koostöö, mille käigus arutatakse läbi, mis on võimalik esmatasandil ja mida võimalikud muudatused endaga kaasa toovad. Kindlasti on probleemiks perearstide väga ebaühtlane tase günekoloogias.

On perearste, kes on väga pädevad ja teevad günekoloogilist tööd, aga tuleb tõdeda et on ka perearste, kes ennast günekoloogias väga tugevalt ei tunne.

TÄHELEPANU, TEGEMIST ON MEDITSIIINITÕLKEGA. TEKSTI MÖTTE TÄPSEKS EDASIANDMISEKS JA HILISEMATE SEGADUSTE VÄLTIMISEKS PÖÖRDUGE **LUISA TÕLKEBÜROO** POOLE!



Luisa on Eesti suurima meditsiinitekstide tõlkekogemusega tõlkebüroo. 15 keeles tõlketöid teevad meditsiinilise kõrgharidusega tõlkijad ja temaatikale spetsialiseerunud keeleteimetajad.

meditsiin@luisa.ee

www.luisa.ee



Konkurentsiameti ekspert Juhan Põldroos.

FOTO: TERJE LEPP

2016 kulub omandipiirangu mõjude analüüsile

Apteegid Turu koondumine on luubi all

Riigikogu liikmete veendumus, et omandipiirangud siiski lõppeks kasu toovad, oli tugev.

Dagmar Rüütel, sotsiaalministeerium

Siret Trull

siret.trull@aripaev.ee

Apteekide omandipiiranguid hõlmavates regulatsioonides ei plaanita muutusi enne, kui valmis on saanud värske analüüs muudatuste jõustumise võimalikest riskidest ja nende minimeerimise võimalustest. Eeldatavalt kulubki alanud aasta omandipiirangu mõjude hindamisele.

Detsembris saatis konkurentsiamet kolmele ministrile kirja, kus tegi ettepaneku ravimiseaduses sätestatud apteeki-

de omandipiirangute üle vaatamiseks ja nende piirangute tühistamiseks, milleks vajadus puudub. Amet leidis, et kaks uut piirangut, mille kohaselt saavad apteekide enamusosanikud olla vaid proviisorid ja ravimite hulgimüüjatega seotud ettevõtjatel ei ole võimalik apteekide asutada, tõkestavad vaba konkurentsi samalaadselt riigikohtu poolt varem põhiseaduse vastaseks tunnistatud piirangutega. Samuti ei ole ära näidatud ega ka sisuliselt läbi analüüsitud, kas neist piirangutest avalikkusele mingit kasu tõusetub.

Sotsiaalministeeriumi ravimiosakonna juhataja Dagmar Rüütli sõnul nõustub

Insuldi/süsteemse emboolia ennetamine mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia patsientidel

**PAREMUS
INSULDI/
SÜSTEEMSE
EMBOOLIA
ENNETAMISEL**
võrreldes varfariiniga¹

**PAREMUS
RASKETE
VERITSUSTE
VÄHENDAMISEL**
võrreldes varfariiniga¹

AINULT ELIQUIS® (APIKSABAAN) SEOB MÕLEMAD



ELIQUIS® (apiksabaan) on ainus faktor Xa inhibiitor, mis näitas nii paremust insuldi/süsteemse emboolia riski langetamisel, kui oluliselt vähem raskeid veritsusi võrreldes varfariiniga¹

Eliquis® 2,5 mg või 5 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN. *Apixabanum*. Näidustus: Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia (*non-valvular atrial fibrillation*, NVAf) koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA); vanus ≥75 aastat; hüpertensioon; diabeet; sümptomaatiline südamepuudulikkus (NYHA klass ≥II). Retseptiravim. Müügiloo hoidja: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex UB8 1DH Ühendkuningriik. Täiendav teave saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, Sõpruse puistee 157, 13417 Tallinn. SPC 01/2016

1. Granger CB jt. N Engl J Med 2011; 365: 981–992. ARISTOTLE (Apiksabaan insuldi või teiste trombembooliliste juhtumite vähendamiseks kodade virvendusarütmia korral - *Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation*), III faasi, randomiseeritud, topeltpime, kahekordse imitatsiooniga uuring 18 201 mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia patsiendil. Eelmääratud hierarhilist testimist kasutati esmalt insuldi/süsteemse emboolia (esmane tulemusnäitaja) hindamisel mitte-halvemuse ja seejärel paremus suhtes; järgnevalt raske veritsuse ja lõpuks üldise suremuse (teisene tulemusnäitaja) hindamiseks.

ministeerium konkurentsiametiga välja toodud probleemide ja riskide olemasoluga. “Väljendasime samasisulist muret ju ba seadusemuudatuse menetluse käigus. Riigikogu liikmete veendumus, et omandipiirangud siiski lõppeks kasu toovad, oli tugev,” meenutas Rüütel.

Et uurida nüüd põhjalikumalt sellise regulatsiooni jõustumisega tõenäoliselt tekkivaid mõjusid, on sotsiaalministeeriumil plaanis tänavu läbi viia riskianalüüs, mis peaks hõlmama ka konkurentsi ameti välja toodud riske.

Sotsiaalkomisjon vaagis teemat

Rüütli sõnul kulub 2016. aasta mõjude ja riskide hindamisele ning meetmete väljamõtlemisele, et võimalikud negatiivsed tulemid ei realiseeruks või oleksid minimaalsed. Praeguse seisuga ei plaanita uusi otsuseid enne, kui analüüs tehtud.

Eelmisel nädalal võttis apteekide omandipiirangu teema taas lauale ka riigikogu sotsiaalkomisjon. Komisjoni esimehe Aivar Koka sõnul otsustati järgmiseks paluda kohtumist konkurentsiameti juhilt ja arutada teemat ka sotsiaalministeeriumi esindajatega. Pärast nende asutustega läbi rääkimist tahetakse kõik osapooled taas ühise laua taha kutsuda. Kokk avaldas lootust, et seda saab teha märtsis.

Konkurentsiameti ettepanekud said detsembris osapooltelt palju vastukaja. Kui ketiapteekide esindajad ja hulgimüüjad avaldasid ametile tunnustust, siis proviisorapteekide esindajad heitsid ametile

ette meelemuutust vertikaalse integratsiooni küsimuses.

Nad tõid välja, et varem on konkurentsi amet pidanud apteegituru koondumist kahe suurema hulgimüüja mõju alla konkurentsi pärssivaks, nüüd aga leitakse, et hoopis jae- ja hulgimüügi seotuse keeld piirab konkurentsi.

Lauskeeld lahendust ilmselt ei too

Konkurentsiameti järelevalveosakonna juhataja Juhan Põldroos kinnitas, et amet arvas varasemalt ja arvab ka praegu, et ravimituru liigne kontsentreerumine on probleemne. “Samas on kaheldav, kas vertikaalse integratsiooni lauskeeld aitab reaalselt seda probleemi lahendada,” lisas ta.

Põldroos selgitas, et ehkki see takistab ühelt poolt suurte apteegikettide ja nende seotud hulgimüüjate tegevust, siis täpselt samalaadselt takistab see ka väikeste apteegikettide tegevust, kes on reaalselt näidanud üles tahet ning soovi laieneda ja suurematega konkureerida.

Konkurentsi seisukohast on Põldroosi sõnul aga selgelt efektiivsem lahendus just nimelt väiksematele ettevõtjatele ja miks mitte ka uustulnukatele laienemise võimaluse andmine, mitte riiklik regulatsioon.

“Kui sellised ettevõtjad leiavad, et nad on kõige konkurentsivõimelisemad jae- ja hulgitasandil korraga tegutsedes, siis ei ole neid põhjust sealjuures takistada,” ütles järelevalveosakonna juhataja.

Kommentaariid:

Riivab vaba ettevõtlust

Tanel Terase

Eesti Apteekide Ühenduse juhatuse liige

Aptekide omandipiirangud riivavad vaba ettevõtlust. Praegused mitteproviisoritele kuuluvad apteegid pakuvad kvaliteetset apteegiteenust, on laia sortimendiga, omavad võimalusi ja teadmisi apteegiteenuse arendamiseks ning on oma asukoha ja lah-tiolekuaegade poolest inimestele kättesaadavad. Seejuures ei vastanda ma mingil juhul teenuse kvaliteedi osas apteekide sõltuvalt nende omandisuhetest. Patsiendi huvides on vajalik tagada apteegiteenuse jätkusuutlikkus, ent kaitseta ei saa jääda ka ettevõtjate õigused - nende vahel tuleb leida tasakaal.

Analüüse nappis

Kristin Raudsepp

ravimiameti peadirektor

Soovides kiiresti piirata apteekide avamist jäi analüüsimata apteekrite omandiküsimus laiemalt. Omandipiirangu reguleerimine võib kaasa tuua segadust apteegiteenuse osutajate seas ja on järelevalve seisukohast keerukas ning kallis. Ravimite müümi-

sel on rahvusvaheliselt oluline põhimõte, et mida rohkem on arsti ja apteekri erialane pädevus ja raviotsused sõltumatud ravimimüügi painest, seda parem. Vertikaalse integratsiooni keelu all mõtleme, et proviisor apteegis ei oleks sõltuv hulgimüüjast, kelle esmane huvi on ikkagi müüa. Mõõnan, et selle sätte rakendamine on keeruline ja paneb riigiasutustele täiendavaid kohustusi, kuid selles osas võib seadusandja üle vaadata võimalused järelevalves täiendavate volituste, ressursside saamiseks.

See on lihtsustatud käsitus

Ülle Rebane

Eesti Apteekrite Liidu esinaine

Liit ei nõustu konkurentsiameti arvamusel, et apteekide omandipiirang vähendab konkurentsi, kuna asi on täpselt vastupidi. Konkurentsiamet lähtub asjatundmatust turukäsitlusest, mis ei arvesta tervishoiuvaldkonnas eripäraga.

Sisuliselt analüüsides lähtub konkurentsiamet lihtsustatud turukäsitlusest, saamata aru, et tervishoid ei ole tavaline turg. Euroopa riikides on sellest aru saadud ja mitte kuskil ei ole tervishoidu jäetud vaba turu meeleva.

Lusopress®

Nitrendipiin

Eakatel isoleeritud süstoolse hüpertensiooniga patsientidel näitas kliiniline uuring SYST-EUR:^{1,3}

- insuldiriski vähenemist 42%^{1,3}
- kardiovaskulaarsete tulemusnäitajate* riski vähenemist 31%^{1,3}
- kaitsvat toimet neerudele (*post hoc* analüüs): neerufunktsiooni kerge kahjustuse esinemissagedus vähenes 64% ja proteiinuuria risk vähenes 33%^{1,4}

*surm, insult, reetina hemorraagia või eksudaat, müokardiinfarkt, südame paispuudulikkus, aordi lõhustav aneurüsm, neerupuudulikkus

Näidustus¹:

Primaarne arteriaalne hüpertensioon

Annustamine¹:

Kui ei ole teisiti määratud, on soovitatav annus täiskasvanutele 20 mg üks kord päevas hommikuti või 10 mg kaks korda päevas hommikul ja õhtul (vastab 20 mg nitrendipiiniile ööpäevas).

Kui on vajalikud suuremad annused, võib ööpäevast annust järk-järgult suurendada kuni 20 mg kaks korda päevas, hommikul ja õhtul (vastab 40 mg nitrendipiiniile ööpäevas).

Kui on vajalik annust vähendada, tuleb võtta 10 mg nitrendipiini hommikul. Kroonilise maksahaiguse või neerupuudulikkusega patsientidel on aeglustunud ravimi metabolism ja eritumine. Seetõttu on tingimata vajalik annuse individuaalne kohandamine kaasuva haiguse raskuse alusel.

Lapsed ja noorukid

Lusopress 20 mg tablettide ohutus ja efektiivsus lastel vanuses alla 18 aasta ei ole tõestatud.

Eakad patsiendid

Et eakatel patsientidel on nitrendipiini farmakokineetika muutunud, võib neil vajalik olla väiksem nitrendipiini säilitussannus võrreldes nooremate patsientidega.

Vastunäidustused¹:

Vastunäidustused: ülitundlikkus nitrendipiini, teiste 1,4-dihüdropüridiiniinide suhtes teoreetilise ristreaktiivsuse riski tõttu või abiainetes suhtes; šokk (sealhulgas kardiogeenne šokk); aordiklapi kõrge astme stenoos; äge müokardiinfarkt (esimese nelja nädala jooksul); ebastabiilne stenokardia; raske hüpertensioon; rasedus ja imetamine.



Ärskhettsmedicament / Användningsföreskrift för äldre patienter

Lusopress®

Nitrendipinum 20 mg

28 Tabletti • Südame-veresoonkonnaravim

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Pakend:
20 mg tabletid, 28 tk pakendis.
Retseptiravim.

Soodustusega
75-90%²

Diagnoosikoodid
I10-I13, I15

Töö Muutub korraldusmudel

Uus plaan kärbib üldhaigla teenused

Haigekassa plaan liigutada järgmise kolme aasta jooksul osa arstlikke erialasid üldhaiglate alt kõrgema etapi haiglatesse paistab maakonnahaiglate juhtidele vastuoluline. Muudatuse eesmärk on tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse parandamine ja plaan käib kokku haiglate võrgustamise protsessiga.

Triin Tabur
triin.tabur@aripaev.ee

Üldhaiglate lepingud muudetakse ümber selliselt, et osa raviteenuste mahust liigutatakse ümber haigla sees ja osa teenuseid viiakse üle kõrgema etapi haiglatesse, mis on konkreetse üldhaigla võrgustanud või on seda tegemas.

Haigekassa saatis mullu novembri algul üldhaiglate juhtidele kirja, milles teavitatakse muudatustest 2016. aasta ravilepingutes seoses plaaniga hakata tagama tervishoiuteenust geograafilise kättesaadavuse (GKS) põhimõttel. See vallandas kirja saanud haigla juhtides pahameele, sest vajalikud muudatused haiglatöös tuli teha paari kuuga ehk aasta lõpuks.

Seetõttu kogunesid üldhaiglate juhid kiirelt 4. novembril Paidesse ja tegid pöördumise tervise- ja tööminister Jevgeni Ossinovskile ning Eesti Haigekassa juhile Tanel Rossile. Kirjas paluti muu hulgas vajalike ümberkorralduste valtuks elluviimiseks vähemalt pool aastat aega.

See soov tõepoolest rahuldati ja alanud aasta esimene pool tähendab maakonnahaigla juhtidele tihedat tööd ja peamurdmist: kuidas võimalikult lahkelt nägu tehes osa haigla teenustest suurhaigla üle anda ja loota, et kohalikud elanikud hangudega haiglamaja ette õiglust nõudma ei tule.

Raplamaa haigla juhataja Aivar Toominga sõnul oli üllatav, et suurte muudatuste kohta tuli teade vahetult enne uut lepinguperioodi ja kõikideks ümberkorraldusteks ei plaanitud aega anda. "Mind jätkuvalt häirib, et meie tervishoidu ei korralda mitte sotsiaalministeerium, vaid tegelikult teeb seda haigekassa läbi oma rahakoti. Niimoodi on võimalik ju kõik asjad läbi suruda, öeldes, et raha lihtsalt ei ole ja asi tuleb ära lõpetada," räägib haigla juht.

Toominga ütleb, et hetkel on plaan võtta üldhaiglate lepingust osa raha ära ja panna see regionaalhaiglate lepingutesse tingimusel, et superhaigla osutab nendele erialade teenust n-ö külahaiglas edasi.

See plaan on aga maha öeldud vaid aastaks 2016. Mis juhtub 2017 – keegi ei tea.

Toominga lisab, et niipalju, kui tema elukogemus ja töö tervishoiujuhina on näidanud, üritab haigekassa lähiaastatel reaalset lõpetada teatud kitsaste erialade vastuvõttude maakonnahaiglates.

Suurde linna arstile pääseda raske

Maakonnahaigla juht rõhutab, et kogu selles ümberkorralduses kiputakse unustama patsient. Sellega, kui inimene peab hakkama arsti juures käima suures linnas, kaasneb tema sõnul mitu olulist probleemi. Üks on see, et patsient peab raviteenuse saamisel linnas tegema lisakulutusi: alates transpordist kuni selleni, et töö juurest tuleb eemal viibida oluliselt pikemat aega kui kohalikus haiglas visiidi käies. Reeglina ei saa maapiirkonna patsient ka ühe käimisega kõiki uuringuid tehtud ja peab tagasi minema. Lisanduvad psühholoogilised ja praktilised barjäärid, millele suurlinna inimesed ei pruugi tulla. Maalt pärit inimese jaoks on suur-

linnas ja suures haiglakompleksis orienteerumine raske. Eriti teravalt puudutab see vanemaealisi, kellel on tihti tarvis, et keegi neid saadaks. "Maainimene on nõus tulema Raplasse haiglatesse, aga ta kardab sõita Tallinnasse, sest ei saa seal hakka-ma. Ta ei leia seda superhaiglat üles, ei leia selles suures haiglas omakorda kedagi üles. Tal on psühholoogiline tõrge," selgitab Toominga.

Ka haigekassa Harjumaa osakonna juht Ado Viik mõõnis detsembris konverentsil Meditsiin 2016, et kui suurlinna elaniku jaoks piirdub omaosalus eriarsti juures viieeurose visiiditasuga, siis 50 km kauguselt tuleva patsiendi jaoks lisandub tööst vaba päev, mille eest ei pruugita tasu maksta. "Ei ole välistatud, et tulevikus hakatakse rääkima ka sõidukulude hüvitamisest, kuid see tähendab ühtlasi visiiditasu tõusu," sõnas Viik konverentsil. Millised erialad on Raplamaa haiglas ohus, on Toominga sõnul veel läbirääkimiste küsimus. "Me ei ole ühtegi lepingut praegu alla kirjutanud," lisab ta. Projekti

Raplamaa haigla juhataja Aivar Toominga sõnul ei ole maainimesel lihtne suurde linnas eriarsti juurde sõita.
#OTO: RAUL MEE



Ado Viik,
Haigekassa
Harjumaa osakonna juht

Pole välistatud, et tulevikus mõeldakse sõidukulude hüvitamisele, kuid see tähendab visiiditasu tõusu.



Haigekassa pakub võimalust läbi rääkida

Haigekassa esindaja Katrin Romanenkov ütleb, et üldhaiglate juhtidele novembris saadetud kirja eesmärk oligi kutsuda neid läbirääkimistele.

Läbirääkimiste eesmärk on arutada eriarstiabi geograafilise kättesaadavuse põhimõtete rakendamist ja seda, kuidas kõige optimaalsemalt ning kvaliteetsemalt osutada maakonna elanikele neid eriarstiabi teenuseid, mille nõudlus konkreetses maakonnas jääb alla 0,5 arsti töökoormuse. "Soovime arutada üldhaiglatega nende võimekust teenuseid osutada, kaaluda, kas teenust oleks otstarbekam osutada koostöös piirkonna kõrgema etapi haiglaga (keskhaigla või piirkondlik haigla) maakonnas kohapeal või suunata teenuse osutamine üle kõrgema etapi haiglasse," selgitab Romanenkov.



See on geograafilise kättesaadavuse vähendamise plaan.

Arvi Vask, Lõuna-Eesti Haigla juhatuse esimees

tasandil olevast tabelist loetleb ta, et erialadest planeeritakse kuigipalju ravijuhete ja raha ära võtta ortopeediast, kardioloogiast, nefroloogiast ja reumatoloogiast. "Need on need erialad, mille puhul praegu lepingu raha liikumine meie lepingust regionaalhaigla lepingusse on vähemalt projekti tasandil kirjalikult fikseeritud."

Tooming toonitab, et haigla on püüdnud ebameeldivusi ennetada ja leppinud kokku Tõnis Allikuga, kes on PERHi juht ja Raplamaa haigla nõukogu esimees, et haigla patsientide jaoks ei muutuks midagi ka teisest poolaastast.

Plaaniga alustati valest otsast

Lõuna-Eesti Haigla (LEH) juhatuse esimees Arvi Vask ütleb, et haigekassa uue metoodika rakendamise plaan tuli talle üllatusena. "Sellest ei ole minu teda ühtegi ametlikku ja avalikku dokumenti, nagu ministri määrus, valitsuse või haigekassa nõukogu heakskiit," lausub ta.

Geograafilise kättesaadavuse plaan näitab tema sõnul haigekassa juhata-

se soovi teha tervishoiupoliitikat. "Paraku minu meelest täiesti valest otsast," lisab Vask.

Maakonnahaigla juhi hinnangul ei ole GKSil kättesaadavuse parandamisega midagi pistmist. "See on geograafilise kättesaadavuse vähendamise plaan, kus maakondades vähendatakse eriarstiabi erialade vastuvõtte üle kahe korra," toob Vask välja. Ta lisab, et kui praegu on enamikes maakondades tagatud vastuvõttud 16-19 arstlikul erialal ja selle GKS-i kohaselt peab see vähenema seitsmele-kaheksale erialale.

"See on patsiente kahjustav ja kättesaadavust räigelt vähendav ning üldhaiglate juhtidele täiesti vastuvõetamatu," rõhustab LEHi juht. Eriti ülekohtune on see tema sõnul seetõttu, et enamiku maakondade inimeste eriarstiabi ambulatoorne tarbimine ehk visiitide arv 1000 elaniku kohta on oluliselt väiksem kui suurtes keskustes Tallinnas ja Tartus.

"Selle plaaniga suurendatakse veelgi süsteemisest ebavõrdsust, sest min-

geid täiendavaid kompensatsioone, näiteks sõidukompensatsiooni, patsientidele ei pakuta," jätkab Vask. Seega ei sobi plaan tema hinnangul hästi kokku haigekassa rolliga tagada võimalikult võrdne kättesaadavus.

Koostöös TÜ Kliinikumiga plaanib LEH Vaski sõnul sellele plaanile argumenteeritult vastu astuda. Sel eesmärgil on kokku on lepitud kolmepoolne (haigekassa, TÜK ja LEH) kohtumine 29. jaanuaril. Kui uue metoodika rakendamine on plaanitud kolmele aastale, siis hetkel on pakumine vähendada ravijuhete alates teisest poolaastast.

"Selge on, et kui see plaan jääb kehtima, vähenevad erialade vastuvõttud kiiremini, sest üldjuhul ongi tegemist maakonnas väheste vastuvõttudega erialadega, nagu pulmonoloogia, uroloogia, endokrinoloogia, kardioloogia, pediaatria ja mõni veel. Neid jupikaupa vähendada ei ole mõistlik," räägib ta.

Vaski sõnul on nad kliinikumi juhtidega vaadanud Kagu-Eestit (Valga, Võ-

ru, Põlva) tervikuna ja ta tõdeb, et näiteks sünnitusabi ja statsionaarset kirurgiat ei ole mõistlik neis korraga pakkuda. "Alustada vähendamist aga ambulatoorsetest teenustest on kindlasti vale. Haigekassalt, kes on ennast kuulutanud kvaliteedi eest seisjaks, võiks oodata ikka sisulisemat lähenemist," nendib ta. "See millega täna tegeletakse, on pettumus ja meenutab Exceli tabeli genereerimist," lisab Vask.

Eesti Patsientide Liidu juhatuse liige Kadri Tammepuu ütleb, et nende esindajaid uue skeemi arutlusse kaasatud ei ole. Uus süsteem kasvatab patsientide ebavõrdsust eriarsti teenuse kätte saamisel sõltuvalt elukohast, leiab ta.

"Selge on, et uue süsteemiga ei ole püütud elukohast tulenevat ebavõrdsust vähendada, kasvõi transpordikulude hüvitamise korra sisse seadmisega," nentis Tammepuu ja lisas, et uut süsteemi lahendatakse taas ühekülgsest - mitte patsiendist lähtuvalt, vaid süsteemi ennast kirvemeetodil tsentraalsemaks muutes.

tunnustus

Valitud 2015 tõi uued tegijad

Tublimaid tohtreid hinnatakse üle Eesti

Aasta lõpus tunnustasid mitmed haiglad oma parimaid töötajaid, jagades muuhulgas välja ka aasta arsti tiitleid. Suurematest haiglatest on erandiks TÜ Kliinikum, kus tunnustatakse parimaid töötajaid traditsiooniliselt maikuus, mil toimub kliinikumi konverents.

mu.ee



Ortopeed Vahur Metsna

● Ida-Tallinna Keskhaiglas pälvis aasta arsti tiitli ortopeed Vahur Metsna, kes on kesonhaiglas seotud juba ülikooli lõpetamisest saadik: alguses internatuuris ja ortopeedia residentuuris vanematelt kolleegidelt kogemusi saades ning hiljem ortopeedina töötades. Igapäevatöö kõrvalt on ta jätkuvalt tegelenud enesetäiendamise ja erialase lisategevusega, läbinud doktoriõppe ning kaitses 2015. aasta alguses edukalt doktorikraadi. Lisaks kuulub ta Eesti Arstide Liitu, Eesti Traumatoloogide-Ortopeedide Seltsi ja Eesti Artroplastika Seltsi. Samuti on mitmete teadusartiklite autoriks. Kolleegid ja patsiendid hindavad Metsnat nii arsti kui ka inimesena: sõbralik, osavõtlik ja ravitulemuste

ning edasiviivate otsuste nimel alati valmis kaasa rääkima ja lahendusi leidma.

Metsna ise kinnitas Ida-Tallinna Keskhaigla siselehele, et kodus seinad ja toetavad kolleegid on need, mis on hoidnud teda poolteist aastakümnet just selles haiglas tööl.

Metsna on meditsiinivaldkonna vastu tundnud huvi juba varajasest noorusest – just 13aastaselt saadud ning raskelt paranenud põlvevigastus oli see, mis pani patsiendina meditsiiniga sinasõprust tegema ja elukutsevaliku otsust langetama. Metsna tööaeg kulub opereerimisele ja patsientide konsulteerimisele. Operatsioonituppa tahaks ta muidugi pääseda oluliselt rohkem, kui hetkeolukord võimaldab.

Psühhiaater Anne Kleinberg

● Tallinna Lastehaigla parim arst 2015. aastal oli psühhiaatriateenistuse juhataja Anne Kleinberg, kelle üks möödunud aasta panus oli seotud laste vaimse tervise keskkuse avamisega. Samas on tema haare laiem ja ta jõuab oma eriala arendada terves riigis. Tallinna Lastehaigla aasta arstiks valitud Anne Kleinbergi kolleegid, lastehaigla psühhiaatrid Kerstin Kõiva ja Ere Vasli hindavad Kleinbergi väga kõrgelt, imetledes tema tarkust, laia silmaringi, mitmekülgset ja eriliselt vahedat mõistust ning tervikpildi nägemise võimet. Tema lähenemine on konkreetne – kui on mure, siis on ka lahendus.

Ta on end põhjalikult koolitanud bioloogilise psühhiaatria vallas ja läbinud psühhoanalüütilise teraapia ning pereteraapia koolitused ja igapäeva töös kasutab kõiki neid va-

hendeid. Tänu tema tööväimele ja sihikindlusele on valmis saanud laste vaimse tervise keskus. Selle maja loomise lugu ulatub 2006. aastasse ja seda saab kirjeldada paljude takistustega, aga väga sihikindla maratonina.

Anne Kleinbergil on kolleegide sõnul oskus leida enda ümber inimesed, kes tema mõtetest innustust saavad ja kaasa tulevad. Kolleegina on ta toetav ja vajadusel aitab oma mõtetega.

Ta laseb ka noortel kolleegidel enda kõrval kasvada.

Kleinbergi sihiks ei ole olnud lastepsühhiaatria arendamine vaid Tallinna Lastehaiglas. Ta on võtnud vastutust kogu Eesti lastepsühhiaatria arengu eest ning osaleb aktiivselt Eesti Psühhiaatrite Seltsi töös, töötab selle organisatsiooni juhatuses ja on erialaselt lastepsühhiaatria sektsiooni president.





Lastearst Tiina Nappa

● Ida-Viru Keskhaigla parimaks arstiks 2015 valiti lastearst Tiina Nappa. Nappa lõpetas Tartu Ülikooli 1990. aastal ja töötab Ida-Viru Keskhaiglas pediatria vanemarstina alates 1996. aastast. Nappa iseloomustuses kirjutab lasteosakonna õendusjuht Galina Vorobjova: doktor Nappa töötab meeskonnas oskuslikult ning lahendab tööst tulenevaid probleeme nii kolleegide kui ka patsientide ja nende vanematega. Inimesena on ta abivalmis, usaldusväärne ja taktitundeline. Juhatajana tuleb hästi toime oma tööülesannetega ja ei jää kunagi üksikseks osakonna ees seisvate probleemide suhtes.



Ortopeed Ants Kass

● Põhja-Eesti Regionaalhaigla Grand Man 2015 on ortopeediakeskuse juhataja Ants Kass. Ants Kass on regionaalhaiglas tööl olnud alates 1980. aastast. 35 aasta jooksul on ta paigaldanud üle 6300 liigeseproteesi ja nii aidanud väga paljusid inimesi. Kolleegid iseloomustavad teda kui äärmiselt suure tööviimega ja mitmekülgset inimest, kellele on väga tähtis patsientide heaolu. Olles aidanud paljusid Eesti sportlaseid, hindab ta ka ise väga kõrgelt sporditegemist ja peab lugu heast muusikast.



Gastroenteroloog Vadim Brjalin

● Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH) aasta arsti tiitlit pälvis gastroenteroloog Vadim Brjalin. "Kuigi tiitlit väärivaid arste on meil palju, iseloomustab aasta arstiks valitud tohtrit silmapaistmine nii töös patsientidega kui ka teadlasena," märkis haigla juhatuse esimees Imbi Moks. Ta tõstis esile, et aasta tagasi kaitses Brjalin Tartu Ülikoolis edukalt oma doktoriväitekirja kroonilise C-hepatiidi teemal. "Arstiameti ja teadustöö kirjutamise ühildamine nõuab palju tahtejõudu, distsipliini, oskust leida tasakaalu elu eri aspektide vahel ning kahtlemata väga häid teadmisi oma erialal - see kõik on tiitli pälvinud arstil olemas," lisas ta. Vadim Brjalini teekond arstina sai alguse 1990. aastal, mil ta lõpetas S. M. Kirovi nimelise Sõjameditsiini Akadeemia. LTKHs töötab ta 2002. aastast.

SUURIM VALIK TÖÖPAKKUMISI ATTENDOLT!

Küsi endale sobivaim emaili või telefoni teel:
Kalev Lepp, Tel. 5091133, kalev.lepp@attendo.ee

**NB! Nüüdsest on värsked tööpakkumised pidevalt
Attendo FB-lehel nähtaval.**

Külasta aktiivselt meie FB lehekülge ja kliki "VABAD TÖÖKOHAD"!

Olete oodatud!

www.attendo.ee

Attendo + @ ♥



Koolitus Probleem on seadusandluses

ASSET viib traumakirurgia paremale tasemele

USAst alguse saanud koolitus õpetab traumakirurge surnukehadel, et nad oskaksid päästa elavaid.

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) kirurgiakliiniku erakorralise kirurgia keskuse ülemarst, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna külalisprofessor ja Tartu Ülikooli Kliinikumi kirurgiakliiniku arst-konsultant Peep Talving tõi eelmisel aastal kolleegidega Eestisse ATLSi koolituse ehk õpetuse, kuidas traumahaigele esimesel tunnil esmaabi anda.

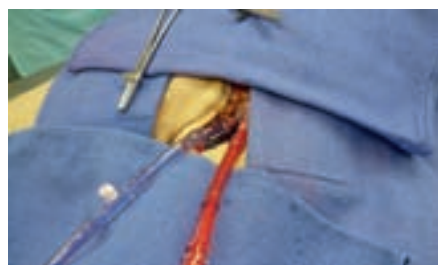
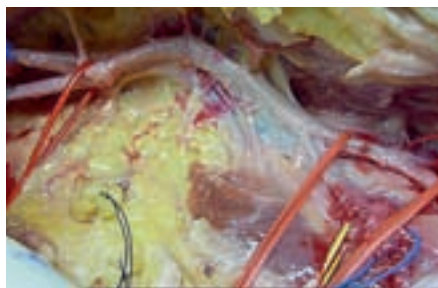
Nüüd soovib ta astuda järgmise sammu ja tuua Eesti arstidele ka ASSET koolituse, mis õpetab kirurgidele, kuidas peatada traumast tingitud eluohtlikke organeid ja magistraalveresoonte veritsusi nii keha õõnsustes kui ka jäsemetel.

ASSET™ koolitus ehk Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma (<https://www.facs.org/quality%20programs/trauma/education/asset>) on sisuliselt moodne anatoomikum, kus arstid ja arst-residendid saavad kiire ja põhjaliku õpetuse praktilisest anatoomiast ehk sooritavad elupäästva operatsiooni surnukehal, et siis juba kogenult elusid päästma asuda.

“Inimestel on juba alates Vesaliusest olnud teadmine, et laiba mudel on usumatult õpetlik. See on 4D simulatsioon – saad katsuda, mobiliseerida organeid, leida veresoone, närve, luid, käsitleda hingamisteid – sisuliselt on laibamudelil võimalik kõiki kirurgilisi menetlusi simuleerida,” rääkis Talving, silm säramas. Tartu Ülikool on alati õpetanud arstiteaduskonda laibamudelil ja see kestab ja jätkub. Probleem on aga väga limiteeritud numbrites, mis ei piisa optimaalseks õppeks.

Kaks tuhat surnukeha aastas

Ameerika Kirurgide Liit hakkas ASSETit pakkuma alates 2010. aastast. Seda on vedanud Mark Boywer, kes on kirurgiaprofessor USUs (Uniformed Services University), mis on sõjaväeülikool USAs. Koolitus on täielikult toetatud Ameerika Kirurgide Liidu poolt. “Meie (Talving töötas sel ajal Los Angelese maakonnahaiglas, toim) võtsime Boyweriga ühendust, et esimene ASSET koolitus läänerannikul võiks toimuda just Los Angeleses (LA), kus on piir-



Laibamudelil saab eksponeerida kõiki organeid.

ALLIKAS: PEEP TALVING

Tasub teada: Sihtrühm on residendid alates 3. aastast ja arstid

ASSET koolitus on vajalik, sest

- kirurgidel jääb tänu kompuutrilise ja magnetkaamerale praktikat üha vähemaks;
- operatsioonidest u 10% juhtub raviviga ja 44% nendest vigadest on ennetatavad;
- parem õppida laibal kui elusal inimesel, sest üks kogemata läbi lõigatud närv võib tähendada näiteks kõnevõime kaotamist kogu eluks.

konna suurim traumakeskus,” meenutas ta. Koolitusõiguse saamine oli siiski vaid pool võitu, kuna tekkis küsimus, kust saada laipu koolituse läbiviimiseks.

“Laipu ei ole sugugi lihtne saada ja näiteks Euroopa, kaasa arvatud Eesti, on väga restriktiivne oma seadusandluses kasutamaks meditsiiniliseks koolituseks surnuid. Võimalik, et ei ole olnud ka piisavalt ühiskonna teavitamist, kui vajalik see on ja kui palju saab laipadel õppides praktilisi oskusi ravimaks elavaid. Bürookraadid on läinud kergema vastupanu teed ja otsustanud läbi seaduse pigem mitte midagi võimaldada. Annetusprogramm, kus inimene enne surma annab oma keha teadusele ja koolitusele peale oma surma, on lubatud, aga ei enam,” võttis Talving kokku olukorra Euroopas.

USAs on mitmetes osariikides olukord mõnevõrra lihtsam. Näiteks Kalifornias, Los Angelese maakonnas, kus elab 13 miljonit inimest, sureb igal aastal umbes 2000 inimest tänavatel ja neil ei ole kontakti oma lähedastega.

Kui LA tänaval selline inimene sureb ja see ei ole kriminaalne juhtum, mis läheks kohelele kohtumeditiini pädevusse ja inimene paistab olevat vana ning vägivalla märkideta, siis surnukeha tuvastatakse ja kohalik omavalitsus saadab välja otsingu teate.

Kui keegi selle inimese vastu umbes kuu aja jooksul huvi ei tunne, siis Kalifornia osariik matab surnukeha omal kulul. Osariigil on olemas isegi lähedasteta surnukehade kuraator ehk inimene, kes kaitses osariigi poolt nende õiguseid. Selliseks inimeseks on praegu Thomas Noguchi, kes oli aastatel 1967-1982 LA maakonna kohtumeedik. “Sisuliselt käib see nii, et inimene sureb LA tänaval, kohtumeedik vaatab üle, et pole tema juhtum, laip läheb edasi maakonna surnukuuri, kus ta jahutatakse 9-10 kraadini.

Las on avalik matmiskoht, kus maakond siis oma rahaga lahkunud matab. Kui haige sureb hooldekodus või haiglas, toimub sama skeem. Kuraator, eetika komitee, kohalik omavalitsus ja osariik on lisaks leppinud kokku, et sellisel moel surnukuuri kogunenud surnu-

kehi võib kasutada meditsiiniliseks hariduseks enne, kui osariik nad matab. Seega kõik toimub kontrollitult ja väga eetilisel, selgitas Talving, kes oli ASSETi n-õ maaletoomise ajal LA maakonnahaigla labori juht ja koolitus toimus selles laboris. “Meil oli koolituseks hea baas – korralik labor, õpperuumid, kus asus varem maakonna patoloogia lahanguaal ja meil oli ka 2000 surnukeha aastas,” rääkis Talving. “Mitte kunagi ei makstud raha surnukehade käsitluses ja koolituses. Mitte kunagi!” rõhutab Talving.

ASSET Eestisse

Kuigi Euroopas ei taha seadusandlus surnukeha meditsiiniliseks koolituseks lubada, on ASSETi koolitused toimunud Prantsusmaal, Lyoni Ülikooli juures – viimast käis mõni nädal pärast Pariisi terrorirünnakut läbi viimas Talving ise. Samuti toimuvad ASSET koolitused Rootsis, Göteborgis. Nüüd siis tahaks Talving, et ASSETit hakataks pakkuma ka Eestis. Kummutamaks eelarvamusi, toonitas Talving: kõik toimub eetiliste reeglite kohaselt.

“Surnukehasid käsitletakse täpselt sama eetilisel kui haigeid, st neil ei amputeerita ühtegi kehaosa ja pärast operatsioone ömmeldakse jälle kõik korralikult kinni nagu tavaliselgi haigel. Seega toimub täiesti tavaline operatsioon, aga mitte elusal patsiendil, vaid surnukehal,” toonitas Talving. Loomulikult peab see käima seadusega käsikäes.

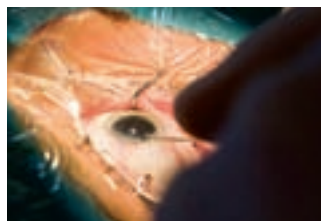
Küsimusele, miks sellist koolitust siiski Eestisse vaja on, vastas ta, et paraku on Eesti arstitudengitel õppimiseks kahekümne tudengi peale vaid üks laip ja seda on ilmselgelt vähe. Samuti jääb tänu moodsale ultraheli ja kompuuterdiagnostikale järjeks vähemaks kirurgidel ka operatsioone – diagnoosimiseks tänapäeval enam haiget lahti ju ei lõigata.

Samuti on täiesti loogiline, et enne elusatele patsientidele esmaabi andmist peaks õppima elupäästavaid operatsioone tegema simulatsioonikeskkonnas eelistatult laibamudelitel, mida ei ole parimaks kirurgiliseks õppeks paraku võimalik asendada.

Loe täismahus mu.ee

65

TUHAT inimest ootas 2014. aastal elundi siirdamist ja iga päev suri keskmiselt 10 neist seda oodates. Elundite siirdamine on üks suurimaid meditsiiniarenguid 20. sajandil ning see on sageli ainus tõhus ravi elundipuudulikkuse puhul, kirjutas mu.ee.



Silmalõikused esikohal

STATISTIKA kohaselt moodustavad päevakirurgia peamise osa silmaoperatsioonid (katarakt). Nii moodustasid need kõigist meestel tehtud operatsioonidest 37%, naistel 32%, vt ka mu.ee.

Koolitus kestis vaid ühe tööpäeva

ASSET koolitus kestab ühe päeva ja on väga intensiivne. Kuna koolitus algas kl 10.00 siis arstid lendasid üle USA kohale sama päeva hommikul. Talvingu sõnul on USA arstid väga efektiivsed - nad tulevad kohale, võtavad koolituse ja kaovad, sest järgmisel hommikul peab kindlasti töö olama.

Ruum, kus koolitus toimub, on nagu suur operatsioonituba mitme lauaga. Puuduvad juhitavaks hingamiseks ventilatorid, aga muu on olemas. Ühe õppejõu kohta on neli õpilast. Traumakirurgi eesmärk on õpida sulgema eluohtlikke verejookse, lõpliku raviga tegelevad teised spetsialistid.

Esimene sessioon. Kõigepealt käiakse läbi ülemiste jäsemete veresoonte eksponeeri-

mine - kuidas teha parim nalgõige, läbi mille leida suuri veresooni ja kontrollida veritusi. Siis tulevad alajäsemed - reie pindmine ja süvaarter, põlveõndla arter ning alajäseme suured veenid. Lisaks tehakse fastsiotoomiad.

Teine sessioon. Kaela veresooneid, söögitoru ja kaela hingamisteid - nende eksponeerimine ja kirurgiline käsitlus.

Kolmas sessioon. Rindkere vigastuste, nagu südamevigastuse, suurte veresoonte, kopsuväratite, kopsuvigastuste kirurgiline käsitlus ja nende struktuuride eksponeerimine.

Neljas sessioon. Kõhukõõpa suurte veresoonte, parenhüümatoosete organite eksponeerimine ja kirurgiline käsitlus ning veritseva vaagnatrauma käsitlus.

Iga sessioon algab kümme-kond minutit kestva teoreetilise osaga, mille järel peavad kõik osalised sooritama sama operatsiooni juba ise-iseisvalt kuigi juhendaja valvsa pilgu all.

Juhendaja annab nõu, kuidas lõiget teha, kuidas pikendada, kuidas vajaliku kohani jõuda. Igaks eksponeerimiseks on aega 20 minutit ja kursuse direktor liigub laudade vahel ringi ning hoiab tempot, et koolitus jääks aja raamesse.

Koolituse lõppedes, umbes kella viie-kuue ajal õhtul, on kõik väsinud tempot, õpitu mahust, kuid õnnelikud. Nad on eksponeerinud kõiki neid luupainaja piirkondi, mida on alati peljanud opereerida elavatel traumahaigetel.

Allikas: Peep Talving

Nad on eksponeerinud kõiki neid luupainaja piirkondi, mida on alati peljanud opereerida elavatel traumahaigetel.

Peep Talving, ASSET koolitaja

Kommentaari: Opereerisime perfundeeritud surnukehal

Peep Talving

PERHi erakorralise kirurgia keskuse juht, TÜ arstiteaduskonna õppejõud ja TÜKi kirurgiakliiniku arst-konsultant

Ainuke, mis seni laibamudelit elavast inimesest anatoomiliselt eristas, oli asjaolu, et surnukehadel ei ole olnud vereringet, kuna süda seisab.

Et operatsioon toimuks võimalikult loomutruus keskkonnas, taastasime laibamudelil ka vereringe. Selleks loputasime suuremad veresooneid läbi, kanüleerisime reie arteri ja veeni ning ühendasime vereringe kahe südameoperatsiooni pumbaga. Me täitsime veeni tumeda vedelikuga ja arteri heledaga ning tõstisime pumpadega soontes rõhu üles. Sellisel perfundeeritud surnukeha saab kasutada umbes paar päeva, kuna kapillaarid siiski lekivad ja tekib kudede turse. Koolitus ringlusega surnukehadel oli kõige paremaks koolituseks hinnatud USC residentide hulgas kirurgia eriala õppes Los Angelese maakonna haiglas.

NUTRICIA
preOp

preOp on selge sidrunimaitseline süsivesikuid sisaldav jook, mis on ette nähtud kasutamiseks plaanilise operatsiooni eel.

Energiasisaldus 0,5 kcal/ml. Sisaldab vett, süsivesikuid ja elektrolüüte, mis on vajalikud preoperatiivses perioodis.

Toime:

- Väheneb janu, näljatunne ja operatsioonieelne ärevus.
- Muudab patsiendi metaboolset seisundit ja vähendab postoperatiivset insuliiniresistentsust.

Doseerimine:

- Operatsioonieelsel õhtul 4 x 200 ml
- Kuni 2 tundi enne anesteesiat 2 x 200 ml



NUTRICIA
Cubitan

Cubitan on valgu- ja arginiinirikas jook haavade ja lamatiste paranemise perioodis.

Energiasisaldus 256 kcal /200 ml, maasika-, vanilje- ja šokolaadimaitseline. Valgu- ja arginiinirikas, sisaldab mikroelemente, vitamiine ja teisi olulisi toitaineid.

Kasutamisel on jook lisaks muule toidule plaaniliseks operatsiooniks ettevalmistamise perioodil või operatsioonijärgsel.

Doseerimine:

2 pudelit päevas vähemalt 14 päeva



Diabeediravim võib ennetada ja ravida preeklampsiat

Rasedus Võitlus toksiinidega

Hiljuti läbi viidud uuringu tulemused lubavad arvata, et metformiin - ravim, mida kasutatakse diabeedi ravimiseks ja mille kasutamist peetakse raseduse ajal ohutuks - võib aidata ennetada või ravida ka preeklampsiat, rasedusega kaasnevat tüsistust, mis võib olla eluohtlik ning mille vastu hetkel ravi puudub.

Austraalia Melbourne'i Ülikooli ja samuti Melbourne'is asuva Mercy Naistehaigla teadlased avaldasid oma uuringu tulemused ajakirjas American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Ajakirja peatoimetaja doktor Roberto Romero sõnul tuleks nüüd läbi viia täiendavad uuringud ja kliinilised katsed, et selgitada välja metformiini kasutusvõimalused preeklampsia ja võimalik, et ka teiste rasedusaegsete komplikatsioonide ravimiseks.

Preeklampsia on ainult raseduse ajal esinev haigus, mille korral tõuseb rasedal naisel pärast 20. rasedusnädalat vererõhk ja uriini tekib valk.

Haigus tekib, kui platsenta ebapiisava verevarustuse tõttu hakkab sellest eralduma toksiine raseda vereringesse, mis põhjustab kõrget vererõhku ja võib kahjustada aju, maksa, neerusid ning teisi organeid.

Preeklampsia esineb 5-8%-l kõikidest rasedatest ja see on peamiseks rasedate surma põhjuseks. Kogu maailmas sureb selle tagajärjel ligikaudu 500 naist päevas.

Preeklampsia korral on ainsaks ravi võimaluseks enneaegse sünnituse esilekutsumine, millega kaasneb invaliidistumise ja lapse surma risk.

Metformiini on kasutatud juba kaua diabeedi ravimiseks nii mitterasedatel kui ka rasedatel patsientidel, kelle puhul seda peetakse ohutuks.

Ka teisi kasulikke omadusi

Viimastel aastatel on uuringud näidanud, et metformiinil võib olla ka teisi kasulikke omadusi. Nii näiteks leiti ühes uuringus, mille tulemused avaldati 2014. aastal, et metformiin võib pikendada nii diabeetikute kui ka mittediabeetikute eluiga. Samuti on arvatud, et metformiinil võib olla vähivastane toime, kuid ühe teise, samuti 2014. aastal avaldatud uuringu tulemused soovitasid sellesse seisukohta ettevaatlikult suhtuda, kuna leiti, et metformiini mõju kasvajatele pole tingimata selline, nagu on seni arvatud.

Viimastel aastakümnetel on bioloogid avastanud, et preeklampsia korral eraldub platsentast raseda vereringesse kaks



Preeklampsia esineb 5-8%-l kõikidest rasedatest.

FOTO: SCANPIX

Leiti, et metformiin ei vähenda üksnes kahe toksiini tootmist, vaid aitab kaasa ka vigastatud veresoonte paranemisele.

toksiini - sFlt-1 ja sENG. Need lõhuvad endoteelirakke (rakke, mis moodustavad veresoonte siseseina), põhjustades vererõhu tõusu ja organite kahjustusi.

Praegusel hetkel pole aga olemas ravimeid või ravimeetodeid, mis võimaldaks nende toksiinide mõju raseduse ajal ohutult vähendada.

Antud uuringus viisid teadlased läbi katsete seeria, kasutades inimkudesid ja kultuurirakke, et uurida metformiini toimet kahe toksiini eraldumisel.

Nad leidsid, et metformiin ei vähenda üksnes kahe toksiini tootmist, vaid aitab kaasa ka vigastatud veresoonte paranemisele kaasa; teadlased märgivad, et metformiin parandas preeklampsiaga seotud endoteelihäireid.

Uuringu tulemused lubavad ühtlasi arvata, et metformiin parandab vasodilatatsiooni - veresoonte laienemist, mis omakorda vähendab vererõhku - ning kutsub esile angiogeneesi ehk uute veresoonte moodustumise. Teadlased märgivad kokkuvõtteks: "Metformiin võib aidata ennetada või ravida preeklampsiat."

Romero sõnul võivad need tähelepaned

kud aidata vähendada ka teiste rasedusega kaasnevate komplikatsioonide esinemissagedust nagu näiteks loote surm, kasvuhäired ja enneaegne sünnitus, sest ka nendel juhtudel on probleeme veresoonte moodustumisega.

Vaja oleks uut uuringut

Romero ütleb, et nüüd tuleks kiiresti vaadata üle kõik randomiseeritud kliinilised uuringud, mis on hõlmanud metformiini manustavaid rasedaid naisi. Samuti tuleb viia läbi uued randomiseeritud uuringud, et kontrollida konkreetselt, kas metformiini saaks kasutada tõhusalt ka preeklampsia ja muude rasedustüsistuste ennetamiseks.

Hiljuti sai Medical News Today teada uuringust, mille kohaselt on preeklampsia juhtumite arv USA-s viimasel kahel aastakümnel oluliselt kasvanud. Teadlaste sõnul näitavad saadud tulemused, kui oluline on leida tõhus ravimeetod raseduse pikendamiseks ja preeklampsia ennetamiseks.

Medical News Today
tõlkis Kalle Klein

Kaalujälgijate dieet aitab kõige paremini kaalu alandada

Kuigi kaalujälgijate dieet jäi parimate ülddieetide pingereas alles neljandaks, saavutas see esikoha kaalu alandavate dieetide hulgas, säilitades nii eelmise aasta positsiooni.

Kaalujälgijate liikumisele pani aluse Ameerika koduperenaine Jean Nidetch rohkem kui 50 aasta eest. Täna on see üks kõige populaarsemaid dieete, mida kasutatakse rohkem kui 30 riigis.

Dieedi aluseks on punktisüsteem; inimene võib iga päev ja iga nädal kulutada toidule kindla punktisumma, mis arvutatakse välja ea, soo, kaalu ja pikkuse alusel ning igale toiduainele antakse kindel väärtus punktides, mis põhineb selle toiteväärtusel.

Varasemad uuringud on

näidanud, et kaalujälgimise dieet annab kaalu alandamisel häid tulemusi. Ühe 2011. aasta uuringu tulemuste kohaselt vähenes inimestel, kellele nende arst kaalujälgimist soovitas, kehakaal 12 kuu jooksul peaaegu kaks korda rohkem kui neil, kelle puhul rakendati standardset kaalu alandamise programmi. Ekspertide sõnul toetab Kaalujälgijate dieet tervislikku ja tasakaalustatud lähenemist toitumisele ning nad märgivad, et dieet tagab piisava toitainekoguse ja aitab kaasa pigem ühtlasele kui kiirele kaalu vähenemisele, mis on tervisele kasulik.

Parimate kaalu alandamise dieetide rühmas järgnes kaalujälgijate dieedile tervise kontrolli ressursside programm.

Parimaks südame tervise dieediks valiti Ornishi dieet - toitumiskava, mille töötas 2007. aastal välja California San Francisco Ülikooli meditsiiniprofessor Dean Ornish. Ornishi dieet hõlmab nn spektrit - viit rühma, mis sisaldavad erinevaid toiduaineid.

Esimesse rühma kuuluvad kõige tervislikumad toiduained, viiendasse rühma aga kõrge küllastunud rasvade sisaldusega toiduained.

Patsientidel palutakse valida, kuhu nad end spektris paigutavad, ning teha vajalikke muudatusi sõltuvalt sellest, mida nad tahavad saavutada - näiteks alandada kehakaalu või vererõhku.

Medical News Today
tõlkis Kalle Klein

Tasub teada: Mõned faktid 2016. aasta parimatest dieetidest

- Parimaks kaubanduslikuks dieediplaaniks valiti Mayo kliiniku dieet.
- Vahemere dieet sai esikoha taimsete dieetide hulgas.
- Parimate ülddieetide hulgas jäi viimaseks Whole 30 programm.



Ekspertide sõnul toetab kaalujälgijate dieet tervislikku ja tasakaalustatud lähenemist toitumisele.

Levemir®
(detemirinsuliin)

Tõhus ja turvaline



Levemir® (detemirinsuliin) on näidustatud suhkurtõve raviks täiskasvanutel, noorukitel ning 1-aastastel ja vanematel lastel.

Annustamine ja manustamisviis: Levemir® on pika toimeajaga analoogsuliin, mida kasutatakse basaalinsuliinina. Toimeae on kuni 24 tundi sõltuvalt annusest, mis võimaldab ravimit manustada üks või kaks korda päevas. Kombineeritult suukaudsete diabeediravimitega ja lisatuna liraglutiidile soovatakse Levemir® kasutada üks kord päevas, algannuses 0,1...0,2 Ü/kg või 10 Ü täiskasvanud patsientidel. Kui Levemir® kasutatakse basaalboolusrežiimis, tuleb seda manustada üks või kaks korda päevas, lähtudes patsiendi vajadustest. Annus tuleb kindlaks määrata individuaalselt. Manustatakse subkutaanselt, süstides seda kõhuseina, reide, õlavarde, deltalihasesse või tuharasse. Ei tohi manustada intravenoosselt, sest see võib põhjustada rasket hüpoglükeemiat. Ei tohi kasutada insuliinipumpades. Levemir®i tõhusust ja ohutust ei ole uuritud alla 1-aastastel lastel.

Vastunäidustused: ülitundlikkus detemirinsuliini või ükskõik millise abiaine suhtes. **Hoiatused:** ebaadekvaatne annustamine või ravi katkestamine, eriti I tüüpi diabeedi puhul, võib põhjustada hüperglükeemiat ja diabeetilist ketoatsidoosi, mis võib lõppeda surmaga. Ühe söögikorra vaheajamine või ettekatsetamatu pingeline füüsiline tegevus võivad põhjustada hüpoglükeemiat. Patsientidel, kelle veresuhkru kontroll on märgatavalt paranenud, näiteks intensiivse insuliinravi tulemusena, võivad harjumuspärase hüpoglükeemia hoiatavad sümptomid muutuda ja neid tuleb sellest teavitada. Raske hüpoalbumineemiaga patsiente on soovitatav hoolikalt jälgida. Kasutamisel koos pioglitasooniga tuleb patsiente jälgida südamepuudulikkuse, kaalutõusu ja turse nähtude suhtes. Pioglitasoonravi tuleb lõpetada, kui ilmneb mõne kardiaalse sümptomi halvenemine. **Koostoimed teiste ravimitega:** insuliinivajadust võivad vähendada suukaudsed diabeediravimid, MAO inhibiitorid, beetablokaatorid, ACE inhibiitorid, salitsülaadid, anaboolsed steroidid ja sulfoonamiidid. Insuliinivajadust võivad suurendada: suukaudsed rasestumisvastased ravimid, tiasiidid, glükokortikoidid, kilpnäärmehormoonid, sümpatomimeetikumid, kasvuhormoon ja danasool. Alkohol võib insuliini hüpoglükeemilist toimet intensiivistada või vähendada.

Rasedus ja imetamine: Rasedusaegset Levemir-ravi võib kaaluda, kuid hinnata tuleb võimaliku saadava kasu ja võimaliku rasedusele kahjuliku toime riski suurenemise vahetult. Turuletuleku järgselt täiendavalt 250 raseda kohta saadud andmed näitavad, et detemirinsuliin ei põhjusta kõrvaltoimeid rasedusele ning ei põhjusta väärarenguid ega avalda kahjulikku toimet lootele/vastsündinule. **Kõrvaltoimed:** Kõige sagedamini esinenud kõrvaltoime on hüpoglükeemia. Süstekoha reaktsioonid (valu, punetus, lööve, põletik, muljumisjäljed, turse ja sügelus süstekohas) esinevad sageli, kuid on enamasti kerged ja mööduva iseloomuga. Insuliinravi alguses võivad tekkida refraktsioonianomaaliad ja turse. Need nähud on tavaliselt ajutise loomuga. Süstekohas võib tekkida lipodüstroofia. Pidev süstekoha vahetus sama süsteipiirkonna ulatuses võib aidata vähendada selliste reaktsioonide tekkimist. Allergilised reaktsioonid, võimalikud allergilised reaktsioonid, urtikaaria, punetus, lööve esinevad aeg-ajalt, kui Levemir® kasutatakse basaalboolus raviks. Anafülaktilised reaktsioonid esinevad väga harva, kuid võivad olla eluohtlikud. Glükeemilise kontrolli kiire taastumisega võib kaasneda akuutne valu liigsele neuropaatia, mis on enamasti pöörduv. Intensiivse insuliinravi ja glükeemilise kontrolli järsu paranemisega võib kaasneda diabeetilise retinopaatia ajutine halvenemine, kuigi pikaajaline hea glükeemiline kontroll vähendab diabeetilise retinopaatia süvenemise riski. **Levemir® FlexPen® on retseptiravim.** Levemir® FlexPen® 100 Ü/ml süstelahus pensüstlis. Toimeaine: detemirinsuliin. Pakend: 5x3 ml. Ravimi omaduste kokkuvõte 07/2015



II tüüpi diabeediga naised on meestega võrreldes eba-proportsionaalselt rohkem.

FOTO: SCANPIX

Kardiovaskulaarne risk on naistel meestest suurem

Soospetsiifika II tüüpi diabeet

Kuigi on kindlaks tehtud, et diabeetikuid ohustab teistest enam kardiovaskulaarhaiguste risk, väidetakse Ameerika südameassotsiatsiooni hiljutises teadusartiklis, et naiste hulgas võib see risk olla veel märkimisväärselt kõrgem.

Ajakirjas Circulation avaldatud artikkel märgitakse lisaks, et II tüüpi diabeediga naistel võib olla tarvis südameinfarkti ja insuldi riski vähendamiseks meestest rohkem vaeva näha.

Teist tüüpi diabeet moodustab ligikaudu 90–95% kõigist USA-s esinevatest diabeedijuhtudest, mõjutades sarnasel määral nii naisi kui ka mehi; see haigus esineb ligikaudu 12,6 miljonil naisel ja 13 miljonil mehel vanuses üle 20 eluaasta.

Diabeetikutel risk suurem

Vastavalt Ameerika südameassotsiatsiooni (AHA) andmetele on täiskasvanud diabeetikutel südamehaiguse või insuldi teke ligikaudu kaks kuni neli korda tõenäolisem, võrreldes inimestega, kellel diabeeti ei ole, eelkõige seetõttu, et diabeetikuid ohustab suurem kõrge vererõhu, kõrge kolesteroolitaseme ja rasvumise risk, need on aga kardiovaskulaarhaiguste peamised riskifaktorid.

Uuringud on aga üha sagedamini näidanud, et täiskasvanud diabeetikute kardiovaskulaarne risk võib olenevalt soost

II tüüpi diabeediga naistel võib südameinfarkt esineda tõenäoliselt varem kui meestel.

olla erinev, ning vastavaid tulemusi kajastatakse uues AHA teadusartiklis.

Judith G. Regensteiner (PhD), AHA artikli autorite rühma juht ja Colorado ülikooli meditsiinikooli naiste tervise uuringute keskuse direktor ning meditsiiniprofessor, väidab koos kaasautoritega, et II tüüpi diabeediga naistel on südame isheemiatõve – kõige levinuma südamehaiguse vormi – väljakujunemine meestega võrreldes rohkem kui kaks korda tõenäolisem.

Autorite sõnul mõjutab südame isheemiatõbi ka mustanahalisi ja hispaania

paritoluga II tüüpi diabeediga naisi meestega võrreldes eba-proportsionaalselt rohkem.

Teist tüüpi diabeediga naistel võib artikli kohaselt südameinfarkt esineda tõenäolisemalt varem kui meestel ja neid ohustab suurem risk surra pärast esimest südameinfarkti.

Teist tüüpi diabeediga meestega võrreldes võib sama haigust põdevatel naistel olla tarvis rakendada sagedasemaid ja intensiivsemaid meetmeid, et kardiovaskulaarhaiguse riski vähendada.

Regensteiner toob koos kolleegidega välja ka erinevused II tüüpi diabeediga meeste ja naiste vahel, mis puudutavad strateegiate rakendamist südame-veresoonkonna tervise kaitsmiseks. Nii näiteks kasutasid naised meestest tõenäoliselt vähem kolesteroolitaset alandavaid ravimeid (näiteks statiine), vererõhku alandavaid ravimeid ja aspiriini.

Lisaks sellele oli II tüüpi diabeediga naistel meestega võrreldes vererõhu kontrolli all hoidmise tõenäosus väiksem, samuti ka ummistunud arterite avamise protseduuride nagu näiteks angioplastika kasutamise tõenäosus.

Soospetsiifilised hälbed

Artikli autorid tegid ühtlasi kindlaks, et II tüüpi diabeediga naistel kujunes haigus välja soospetsiifiliste hälvete põhjal, mil-

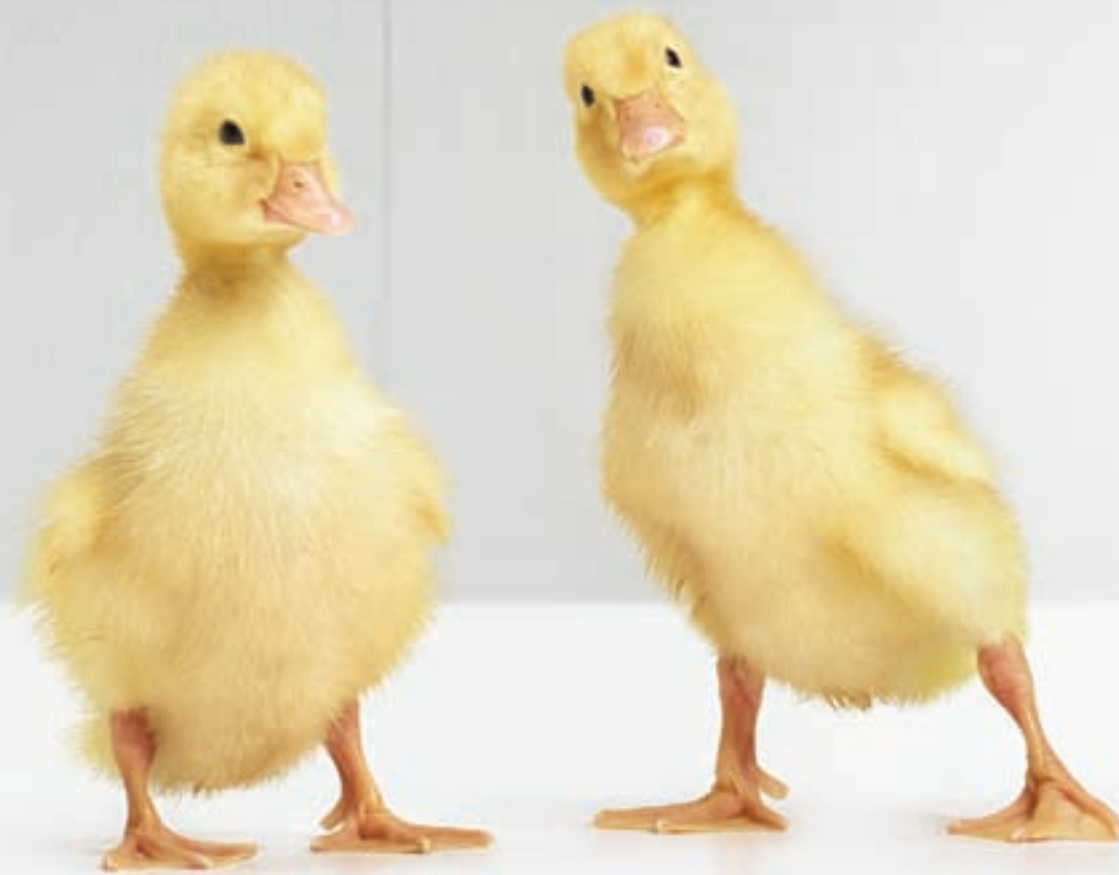
le hulka kuulusid näiteks polütsüstiliste munasarjade sündroom ja rasedusdiabeet. Artiklit kommenteerides ütleb Regensteiner: “Kardiovaskulaarhaigus võib II tüüpi diabeediga naistel olla surmavama mõjuga kui meestel. Kuigi me ei tea täpselt, kuidas meeste ja naiste omased hormonaalsed erinevused riski mõjutavad, teame seda, et mõned südamehaiguse ja insuldi riskifaktorid mõjutavad naisi teistmoodi kui mehi, ning et nende riskifaktorite ravimeetodites on erinevusi.”

Teadlaste sõnul on tarvis täiendavaid uuringuid, et paremini mõista, miks ohustab II tüüpi diabeediga naisi suurem kardiovaskulaarhaiguse risk kui mehi, ning selgitada välja põhjused, miks mõnede rahvusrühmade naistel on see risk kõrgem.

“Et parandada samaväärselt nii naissoost kui ka meessoost diabeetikute tervist, peame mõistma ja korrigeerima nendevaheliste erinevuste bioloogilisi põhjuseid ning hoidma ühtlasi kontrolli all kardiovaskulaarseid riskifaktoreid võrdselt nii naiste kui ka meeste hulgas,” selgitab Regensteiner.

“See artikkel kutsub üles teostama põhjalikke uuringuid, mis on äärmiselt olulised kõikide diabeetikute jaoks,” lisab ta.

Medical News Today
tõlkis Kalle Klein



- > **ABASAGLAR 100 ÜHIKUT/ML SÜSTELAHUS 3 ML EELTÄIDETUD PEN-SÜSTLIS** (glargiin-insuliin, KwikPen) on Eestis saadaval uus Lilly insuliin, mis on näidustatud suhkurtõve raviks täiskasvanutel, noorukitel ning 2-aastastel ja vanematel lastel.
- > **ABASAGLAR** (glargiin-insuliin) on esimene Euroopa Liidus registreeritud sarnane bioloogiline ravim glargiin-insuliinile, millele Euroopa Ravimiamet väljastas müügiloo septembris, 2014. aastal.
- > **ABASAGLAR SISALDAB GLARGIIN-INSULIINI, INSULIINI ANALOOGI, MILLEL ON PIKENDATUD TOIMEAEG.** Abasaglar'i (glargiin-insuliin) manustatakse üks kord ööpäevas, vabalt valitud kellaajal, kuid iga päev samal ajal. Abasaglar'i (glargiin-insuliin) manustatakse nahaalusi. Abasaglar'i (glargiin-insuliin) annustamise skeem tuleb individuaalselt kohandada.
- > **ABASAGLAR 100 ühikut/ml süstelahus 3 ml eeltäidetud pen-süstlis** (glargiin-insuliin, KwikPen) **ON HAIGE-KASSA RAVIMITE LOETELUS 100% SOODUSMÄÄRAGA** ja patsient peab apteegis tasuma omaosaluse alusmäära 1.27 EUR'i.

ABASAGLAR KwikPen 100 ühikut/ml glargiin-insuliini süstelahus 3 ml eeltäidetud pen-süstlis.

- Abasaglar Kwikpen'iga on korraka võimalik süstida 1...60 ühikut.
- Abasaglar KwikPen'iga on soovitatav kasutada BD (Becton, Dickinson and Company) pen'i nõelu.
- Abasaglar KwikPen süstel on helehalli värvi, annuse nupp on helehall ja otsas on roheline rõngas ning etikett on hall, roheliste triipudega.

Retseptiravim. Ravimpreparaadi nimetus: Abasaglar 100 ühikut/ml süstelahus pen-süstlis. **Ravimvorm:** Süstelahus pen-süstlis, KwikPen. Selge, värvitu lahus. **Toimeaine:** Üks milliliiter sisaldab 100 ühikut glargiin-insuliini (vastab 3,64 mg-le). Üks Abasaglar Kwik pen-süstel sisaldab 3 ml süstelahust, vastab 300 ühikule. Abasaglar glargiin-insuliin on toodetud rekombinantse DNA tehnoloogia abil, kasutades Escherichia coli-t. **Näidustused:** Suhkurtõve ravi täiskasvanutel, noorukitel ning 2-aastastel ja vanematel lastel. **Annustamine ja manustamisviis:** Abasaglar sisaldab glargiin-insuliini, insuliini analoogi, millel on pikendatud toimeaeg. Abasaglar'i manustatakse üks kord ööpäevas, vabalt valitud kellaajal, kuid iga päev samal ajal. Abasaglar'i manustatakse nahaalusi. Abasaglar'i annustamise skeem (annus ja manustamise aeg) tuleb individuaalselt kohandada. Abasaglar'i ei tohi manustada veenisiseselt (intravenoosselt). Abasaglar'i ei tohi segada ühegi teise insuliiniga või lahjendada. Segamine või lahjendamine võib muuta ravimi toimeaega/-profiili ning insuliinide segamine võib põhjustada sademe teket. **Vastunäidustused:** Ülitundlikkus toimeaine või või ravimi ükskõik millise abiaine suhtes. **Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel:** Hüpotglükeemia tekke aeg sõltub kasutatavate insuliinide toimeprofiilist ja võib seetõttu muutuda, kui ravirežiim muutub. Nahaaluse glargiin-insuliini pikk toimeaeg võib aeglustada hüpotglükeemiast toibumist. Kaasuva haiguse korral peab patsiendi metaboolset seisundit intensiivsemalt jälgima. Abasaglar ei ole valikinsuliin diabeetilise ketoatsidoosi raviks. Ebapiisava metaboolse kontrolli korral või kui on kalduvus hüperglükeemia või hüpotglükeemiliste episoodide tekkeks, peab annuse muutmist kaaludes kontrollima patsiendi ravisoostumust, süstepiirkondade ja õige süstimistehnika järgimist patsiendi poolt ning teisi olulisi faktoreid. Patsiendi üleviimine teisele insuliini tüübile või kaubamärgile peab toimuma väga rangelt arstliku järelevalve all. Tugevuse, kaubamärgi, tüübi, päritolu ja/või tootmismeetodi muutusel võib osutuda vajalikuks insuliini annuse korrigeerimine. Insuliini manustamine võib põhjustada antikehade teket. Harvadel juhtudel võib selliste insuliini antikehade esinemisel osutuda vajalikuks insuliini annuse muutmise, et korrigeerida hüper- või hüpotglükeemiale kalduvust. **Kõrvaltoimed:** Hüpotglükeemia. Lipohüpertroofia, süstekoha reaktsioonid, allergilised reaktsioonid, ödeem. Aeg-ajalt võib esineda lipoatroofiat. **Müügiloo hoidja:** Eli Lilly Regional Operations GmbH., Köhlbergasse 8-10, 1030, Vienna, Austria. **Eesti esindus ja täiendav teave:** Eli Lilly (Suisse) S.A. Eesti filiaal, Tammsaare tee 47, 11316, Tallinn, tel. 681 7280. Täpne teave ravimpreparaadi kohta: Euroopa Ravimiameti kodulehel <http://www.ema.europa.eu>

Prediabeet on seotud varase neerukahjustusega

Neerud Hüperfiltratsioon viitab probleemidele

Diabeet on oluline neeruhaiguste riskifaktor. Neeruhaigused kujunevad välja ligikaudu 30% inimestel, kellel on I tüüpi diabeet, ning 10–40% neist, kellel on II tüüpi diabeet.

Hiljutine uuring on kindlaks teinud, et normaalsest kõrgem veresuhkru tase võib neerukahjustusi põhjustada isegi juba enne diabeedi diagnoosimist.

Üks uuringu läbiviijatest, doktor Toralf Melsom Põhja-Norra Ülikooli Haigla nefroloogiaosakonnast, avaldas koos kolleegidega uuringu tulemused ajakirjas American Journal of Kidney Disease.

Ligikaudu 86 miljonil USA elanikul on prediabeet – veresuhkru tase, mis on normaalsest kõrgem, kuid mitte nii kõrge, et see võimaldaks diabeeti diagnoosida.

Mayo Kliiniku andmete põhjal on tõenäoline, et ilma meetmeid rakendama (näiteks füüsilise aktiivsuse suurendamine, kehakaalu vähendamine ja tervislik toitumine) võidakse prediabeediga inimesel II tüüpi diabeet diagnoosida 10 aasta jooksul.

Melsomi ja tema kolleegide sõnul on varasemates uuringutes üritatud leida seost prediabeedi ja neerukahjustuse vahel, kuid nad märgivad, et sellised uuringud on andnud ebaühtlaseid tulemusi, mida nad seostavad pigem hinnangulise glomerulaarfiltratsiooni kiiruse (GFR) kui mõõdetud glomerulaarfiltratsiooni kiiruse (mGFR) kasutamisega.

GFR on neerude toime test, mille abil mõõdetakse, kui palju verd läbib päsmakesi – väikseid neerudes asuvaid filtreid, mis filtreerivad saastunud verd – ühes minutis. Suurem GFR näitaja on märk hüperfiltratsioonist ehk neeruhäirest, mis võib viia aja jooksul neerukahjustuseni.

Prediabeedi ajal esinev hüperfiltratsioon

Antud viimases uuringus mõtsid teadlased GFR-i, paastuglukoosi (FG) taset ja/või HbA1c taset 1324 täiskasvanul vanuses 50–62 aastat, et saada selgem ettekujutus sellest, kas prediabeet on seotud neerukahjustusega.

Uuringus klassifitseeriti prediabeedina FG tase 110–125 mg/dL (6,1–6,9 mmol/l) ja/või HbA1c tase 6–6,4%, vastavalt ekspertkomisjoni 2009. aasta määratlusele, või FG tase 100–125 mg/dL (5,6–6,9 mmol/l) ja/või HbA1c tase 5,7–6,4%, vastavalt Ameerika Diabeediassotsiatsiooni antud määratlusele.

Algoonel hinnati prediabeedi esinemist uuringus osalejatel ja patsiente jälgiti keskmiselt 5,6 aasta jooksul.



Neerukahjustus võib viia vajaduseni dialüüsi järele.

FOTO: SCANPIX

Tasub teada: Mõned faktid neeruhaigusest

- Ligikaudu 26 miljonil täiskasvanud USA elanikul on krooniline neeruhaigus (CKD).
- Peamised CKD põhjused on diabeet ja kõrge vererõhk.
- CKD sümptomite hulka kuuluvad väsimus, unehäired, urineerimisvajaduse suurenemine, söögiisu vähenemine ja nõrk keskendumisvõime.

Uuringu algoonel oli prediabeet 595 uuringus osalenud isikul. Pärast tulemuste korrigeerimist, võttes arvesse uuringus osalenute elustiili ja ravimite kasutamise, tegid teadlased kindlaks, et prediabeediga patsientidel oli järelvaatluse perioodil kõrgem mGFR näitaja võrreldes nendega, kellel prediabeeti ei olnud – märk neerude hüperfiltratsioonist.

Lisaks sellele leidsid teadlased, et nende patsientide kõrgem FG tase algoonel oli seotud albumiini kõrge tasemega uriinis järelvaatluse perioodil, mis on varajane märk neeruhaigusest.

Teadlaste sõnul lubavad need tulemused arvata, et nii FG kui ka HbA1c tase, mis on seotud prediabeediga, kujutab endast sõltumatut neerude hüperfiltratsiooni ja uriini kõrge albumiinisalduse riskifaktorit, mis näitab, et prediabeet võib olla märk tulevase neeruhaigusest.

Uuringu tulemusi kommenteerides ütles Melsom: “Meie uuring näitab, et kõrge veresuhkru tase põhjustab neerukahjustuse patoloogiline protsess algab prediabeedi ajal, ammu en-

ne diabeedi väljakujunemist. Prediabeet võib anda aluse varaseks sekkumiseks, et vältida kroonilise neeruhaiguse väljakujunemist hüperglükeemia tagajärjel. Kui pearingst avastab, et patsiendil on glükositas tase tõusnud, tuleks alustada elustiili muutmist toitumise ja füüsilise aktiivsuse osas, et ennetada selliseid haigusi nagu diabeet ja neeruhaigus.”

Uuringutes tuleks hakata eelistama mGFR näitajaid

Riikliku Neerufondi president Jeffrey Berns lisab, et uuringule tuginedes tuleks kliinilistes uuringutes hakata rohkem rakendama mGFR näitajaid hinnanguliste GFR näitajate asemel, eriti patsientide korral, kelle neerutalitlus on suhteliselt normaalne.

Varem samal aastal kirjeldas Medical News Today uuringut, kus levinud kõrvervasteid ravimeid, prootonpumba inhibiitoreid, seostati neeruhaiguse riski suurenemisega.

Medical News Today
tõlkis Kalle Klein

TÕHUSAD TULEMUSED. TÕESTATUD KOGEMUS.



Januvia ja Janumet on retseptiravimid, näidustatud 2. tüüpi diabeedi suukaudseks raviks.

Enne ravimi väljakirjutamist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega.

Valitud ohutusallane teave JANUVIA (sitagliptiin) kohta:

JANUVIA (sitagliptiin) on vastunäidustatud patsientidel, kellel esineb ülitundlikkus ravimi ükskõik millise koostisosas suhtes. JANUVIA't (sitagliptiin) ei tohi kasutada I tüüpi diabeediga patsientidel või diabeetilise ketoatsidoosi raviks. Turuletuleku järgselt on teatatud äda pankreatiidi juhtudest JANUVIA't (sitagliptiin) kasutavatel patsientidel. Patsiente tuleb teavitada ägedale pankreatiidile iseloomulikest sümptomitest, milleks on püsiv tugev kõhuvalu. JANUVIA (sitagliptiin)-ravi lõpetamise järgselt on täheldatud pankreatiidi taandumist (toetava ravi toime või ilma), kuid väga harvadel juhtudel on kirjeldatud nekrotiseeriva või hemorraagilise pankreatiidi ja/või surma teket. Pankreatiidi kahtluse korral tuleb lõpetada JANUVIA (sitagliptiin) ja teiste kahtlustatavate ravimipreparaatide kasutamine. JANUVIA (sitagliptiin) lisamisel sulfonüüluureale või insuliinile oli hüpoglükeemia esinemissagedus suurem kui platseebo puhul. Hüpoglükeemia riski vähendamiseks võib kaaluda väiksema sulfonüüluurea või insuliini annuse kasutamist. Neerufunktsiooni on soovitatav kontrollida enne JANUVIA (sitagliptiin)-ravi alustamist ja seejärel regulaarselt. Annuse kohandamine on soovitatav mõõduka ja raske neerukahjustusega patsientidel, sh lõppstaadiumis neeruhaigusega patsientidel, kes vajavad hemodialüüsi või eritoneaaldialüüsi. Kui kaalutakse sitagliptiini kasutamist kombinatsioonis teise diabeedivastase ravimiga, peab kontrollima selle kasutamistingimusi neerukahjustusega patsientidel. JANUVIA't (sitagliptiin) ei soovitata kasutada lastel vanuses alla 18 aasta ohutuse ja efektiivsuse andmete puudumise tõttu. JANUVIA't (sitagliptiin) ei tohi kasutada raseduse või imetamise ajal.

Turuletuleku järgselt on kirjeldatud raskeid ülitundlikkusreaktsioone JANUVIA'ga (sitagliptiin) ravitud patsientidel, kaasa arvatud anafülaksia, angioödeemi ja eksfoliatiivseid nahakahjustusi, sh Stevens-Johnsoni sündroomi. Need reaktsioonid ilmsesid esimese kolme kuu jooksul pärast JANUVIA (sitagliptiin)-ravi algust, mõnel juhul ka peale esimest annust. Kui kahtlustatakse ülitundlikkusreaktsiooni, tuleb JANUVIA (sitagliptiin)-ravi katkestada, hinnata teisi võimalikke reaktsiooni põhjuseid ja alustada diabeedi ravi teiste ravimitega. Platseebokontrollitud kliinilistes uuringutes esines sitagliptiini monoterapiiana või kombinatsioonis teiste ravimitega saanud patsientidel järgmisi ravimiga seotud kõrvaltoimeid sagedamini (>0,2% ja erinevus >1 patsient) kui platseebo puhul: vere glükoosisisalduse vähenemine, peavalu, somnolentsus, kõhulahtisus, suukuivus, iiveldus, kõhu uhitus, kõhukinnisus, ülakehavalu, oksendamine, hüpoglükeemia, gripp, perifeersed tursed, peeringlus, naha seeninfektsioon, kõha, ülemiste hingamisteede infektsioon, nasofarüngiit, osteoartriit ja jäsemevalu.

Valitud ohutusallane teave JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) kohta:

JANUMET (sitagliptiin/metformiin) on vastunäidustatud patsientidel, kellel esineb ülitundlikkus ravimi ükskõik millise koostisosas suhtes; diabeetiline ketoatsidoos; diabeetiline prekooma; keskmise raskusega või raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens <60 ml/min); ägedad haigusseisundid, mis võivad mõjutada neerufunktsiooni (nt dehüdratsioon, raskekujuline infektsioon, šokk, kontrastained); äge või krooniline haigus, mis võib põhjustada kude hüüpoksia (nt südame- või hingamispuudulikkus, hiljuti põetud müokardiinfarkt, šokk); maksakahjustus; äge või alkoholimürgistus või alkoholism; ning imetamine. JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) ei tohi kasutada I tüüpi diabeediga patsientidel ja diabeetilise ketoatsidoosi raviks. Turuletuleku järgselt on teatatud ägeda pankreatiidi juhtudest sitagliptiini kasutavatel patsientidel. Patsiente tuleb teavitada ägedale pankreatiidile iseloomulikest sümptomitest, milleks on püsiv tugev kõhuvalu. Sitagliptiini ravi lõpetamise järgselt on täheldatud pankreatiidi paranemist (toetava raviga või ilma), kuid väga harvadel juhtudel on teatatud nekrotiseerivast või hemorraagilisest pankreatiidist ja/või surmast. Pankreatiidi kahtluse korral tuleb JANUMET (sitagliptiin/metformiin) ja teised potentsiaalselt kahtlusalused ravimid ära jätta. Seerumi kreatiniinisaldust tuleb määrata vähemalt kord aastas normaalse neerufunktsiooniga patsientidel ja vähemalt 2...4 korda aastas patsientidel, kelle seerumi kreatiniinisaldus on normivahemiku ülempiiril või sellest kõrgem, samuti eakatel patsientidel. Patsientidel, kes saavad JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) kombinatsioonis sulfonüüluurea või insuliiniga, võib olla oht hüpoglükeemia tekkeks. Seetõttu võib vajalikuks osutuda sulfonüüluurea või insuliini annuse vähendamine. JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) manustamine tuleb ajutiselt katkestada patsientidel, kellele tehakse operatsioon või radioloogiline uuring, millega kaasneb jodeeritud kontrastainete intravaskulaarne manustamine, samuti patsientidel, kellel tekib ravi ajal tõsine haigusseisund või infektsioon. Patsienti, kellel tekivad laboratoorsed kõrvaltoimed või kliiniliselt väljendunud haigus, tuleb kohe uurida ketoatsidoosi või laktatsidoosi tunnuste suhtes. Atsidoosi tekkimisel tuleb JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) manustamine otsekohe katkestada ning alustada sobivat ravi. JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) ei soovitata kasutada lastel vanuses alla 18 aasta ohutuse ja efektiivsuse andmete puudumise tõttu. JANUMET'i (sitagliptiin/metformiin) ei tohi kasutada raseduse või rinnaga toitmise ajal. Sitagliptiiniga ravitud patsientidel on ravimi turuletuleku järgselt kirjeldatud raskeid ülitundlikkusreaktsioone. Nendeks on anafülaksia, angioödeem ja eksfoliatiivsed nahakahjustused, sh Stevens-Johnsoni sündroom. Need reaktsioonid ilmsesid esimese kolme kuu jooksul pärast sitagliptiini ravi alustamist, mõningatel juhtudel esimese

annuse manustamise järgselt. Kui esineb ülitundlikkusreaktsiooni kahtlus, lõpetada ravi JANUMET'iga (sitagliptiin/metformiin), hinnata muid võimalikke ülitundlikkusreaktsiooni põhjuseid ja alustada muud sobivat diabeediravi. Kliinilistes toetuspimeuuringutes, kus sitagliptiini lisati metformiinravile üksinda või kombinatsioonis teiste ravimitega (st kombineeritud kolmikravi), kirjeldati järgmisi ravimiga seotud kõrvaltoimeid sagedamini (>0,2% ja erinevus >1 patsient) kui platseebo puhul: vere glükoosisisalduse vähenemine, peavalu, somnolentsus, kõhulahtisus, iiveldus, kõhukinnisus, ülakehavalu, oksendamine, suukuivus, hüpoglükeemia ja perifeersed tursed. Sitagliptiini monoterapiia uuringutes esines järgmisi ravimiga seotud kõrvaltoimeid sagedamini (>0,2% ja erinevus >1 patsient) kui platseebo puhul: peavalu, hüpoglükeemia, kõhukinnisus ja peeringlus. Kõrvaltoimed (millest on teatatud hoolimata põhjuslikust seosest ravimipreparaadiga), mida esines vähemalt 5%-l ja sagedamini sitagliptiiniga ravitud patsientidel, olid ülemiste hingamisteede infektsioon ja nasofarüngiit. Metformiini kliinilistest uuringutest ja turuletuleku järgsete teadete põhjal saadud kõrvaltoimed on metallimaitse suus, iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus, kõhuvalu ja isutus. Täiendava teabe saamiseks kõrvaltoimete kohta vt ravimiinformatsiooni. Vanuse põhjal ei ole vaja annust muuta. I ja II faasi andmete populatsioonifarmakokineetilise analüüsi põhjal ei olnud vanusel kliiniliselt olulist mõju sitagliptiini farmakokineetikale. Eakatel isikutel (65...80-aastased) oli sitagliptiini plasmakontsentratsioon ligikaudu 19% kõrgem kui noorematel uuritavatel. Eakatel patsientidel tuleb ravimit ettevaatlikult kasutada olukordades, kus neerufunktsioon võib olla langetatud (nt kui alustatakse antihüpertensiivset või diureetilist ravi või mittesteroidse põletikuvastase ravimi (MSPVA) kasutamist).

Täiendavate ohutusandmete saamiseks ja enne ravi alustamist tutvuge palun Januvia ja Janumeti ravimiomaduste kokkuvõtetega.

Müügiloa hoidja: Merck Sharp & Dohme Ltd.
Hertford Road, Hoddesdon Hertfordshire EN11 9BU
Ühendkuningriik

Täiendav informatsioon: Merck Sharp & Dohme OÜ
A. H. Tammsaare tee 47, 11316
tel 614 4200, faks 613 9751
www.msd.ee, msdeesti@merck.com
DIAB-1146622-0004 08/15



Kaasaegsed ravivõimalused lubavad suhkurtõbe efektiivselt kontrollida

Ravikindlustus Laienes hüvitatavate meditsiiniseadmete valik

Ivika Leik

Eesti Haigekassa ravimite ja meditsiiniseadmete talituse peaspetsialist

Suhkurtõbi ehk diabeet on krooniline haigus, mis tekib, kui kõhunääre ei tooda piisavalt insuliini või kui organism ei suuda seda efektiivselt kasutada. Insuliin on hormoon, mida valmistatakse kõhunäärmes ja on vajalik selleks, et rakud saaksid toidust saadavat glükoosi kasutada.

Diabeet ei ole ravitav, kuid seda on võimalik ravimitega tõhusalt kontrolli all hoida – eesmärk on hoida veresuhkru tase kindlas vahemikus. Diabeedi tõhusaks ohjamiseks on oluline pidev veresuhkru kontrollimine ning insuliini manustamine.

Haigekassa ravimite ja meditsiiniseadmete loetelu kaudu on tagatud diabeeti põdevatele patsientidele väga lai valik kaasaegsed ravivõimalusi (nii ravimeid kui ka meditsiiniseadmeid).

Hüvitatakse kõik vajalik

Käesoleval ajal hüvitab haigekassa kõiki süsteravi edukaks järgimiseks ja näpuotsas veresuhkru mõõtmiseks vajalikke meditsiiniseadmeid (insuliininõelu, glükomeetri testribasid ja lantsette) diabeetikute esindusorganisatsioonide ning endokrinoloogide poolt soovitud kogustes. Nii glükomeetri testribasid, insuliininõelu kui ka lantsette hüvitab haigekassa 90% soodusmääraga.

Aastast 2016 laienes haigekassa hüvitatavate diabeetikutele mõeldud meditsiiniseadmete valik veelgi – lisandusid uued glükomeetri testribad ja lantsetid.

Samuti hüvitatakse optimaalsetes kogustes kuni 19-aastastele lastele insuliini pumpraviks vajalikke seadmeid (pumbad, kanüülid, reservuaarid ja glükoosisensorid).

Erinevate testribade, lantsettide ja insuliininõelte erinevus on vaid hinnas, sest kõik on võrdselt kvaliteetsed ja võimaldavad efektiivselt mõõta veresuhkru taset, seega tasub apteegis küsida valikut ja otsustada soodsama kasuks.

Aastal 2014 hüvitas haigekassa insuliini kokku 11,5 miljoni euro eest ja diabeetikutele mõeldud meditsiiniseadmeid 4,5 miljoni euro eest.

Mullu üheksa kuuga hüvitas haigekassa



sa meditsiiniseadmeid rohkem kui 57000 kindlustatule 6,6 miljoni euro eest. Sellest summast kulus 2,8 miljonit eurot 37600-le diabeedihäigele glükomeetri testribade hüvitamiseks.

Samal ajal hüvitati 2015. aasta üheksa kuuga 53000 euro eest lantsette vaid 5600-le diabeedihäigele, mis on 15% kõigist diabeeti põdevatest patsientidest.

Eelnevast nähtub, et paljud diabeetikud oma võimalusi siiski ei tea või ei oska neid kasutada.

Igal veresuhkru mõõtmisel uue lantseti kasutamine aitab vähendada lantsettide korduvkasutusest tingitud probleeme: infektsiooniriski, valu torkamisel ja sellega seotud vastumeelsust mõõtmisteks ning sõrmeotste armistumist.

Lantsetid on ettenähtud vaid ühekordselt kasutamiseks.

FOTO: SCANPIX

Tasub teada:

Poolaastas hüvitatavad glükomeetri testribade ja lantsettide kogused erinevatele patsientidele on alljärgnevad:

- alla 19aastasele diabeedihäigele kuni 1650 tükki;
- I tüüpi diabeedihäigele rasedale ja emale lapse 1-aastaseks saamiseni kuni 1100 tükki;
- rasedusdiabeediga või II tüüpi diabeedihäigele rasedale, kes saab raviks insuliinisüste, kuni 600 tükki;
- rasedusdiabeediga häigele, kes on dieetravil, kuni 300 tükki;
- I tüüpi diabeedihäigele kuni 900 tükki;
- II tüüpi diabeedihäigele, kes saab raviks insuliinisüste, kuni 450 tükki;
- II tüüpi diabeedihäigele, kes on tabletravil, kuni 50 tükki;
- täpsustamata diabeedihäigele (RHK 10 diagnoosikood E14) kuni 300 tükki;
- muu täpsustatud diabeedihäigele (RHK 10 diagnoosikood E13) kuni 600 tükki;
- korduva ja raske hüpoglükeemia (RHK 10 diagnoosikood E16.2) esinemise korral kuni 300 tükki.

Poolaastas hüvitatavad insuliininõelte kogused erinevatele patsientidele on alljärgnevad:

- alla 19aastasele diabeedihäigele kuni 700 nõela;
- I tüüpi diabeedihäigele kuni 700 nõela;
- rasedusdiabeediga või II tüüpi diabeedihäigele rasedale, kes saab raviks insuliinisüste, kuni 500 nõela;
- II tüüpi diabeedihäigele, kes saab raviks insuliinisüste, kuni 200 nõela;
- muu täpsustatud diabeedihäigele (RHK 10 diagnoosikood E13) kuni 350 nõela;
- II tüüpi diabeedihäigele, kes saab raviks süstitavaid diabeediravimeid (v.a insuliin), kuni 200 nõela.

Allikas: Eesti Haigekassa

Täiskasvanud 1. ja 2. tüüpi diabeetikutele

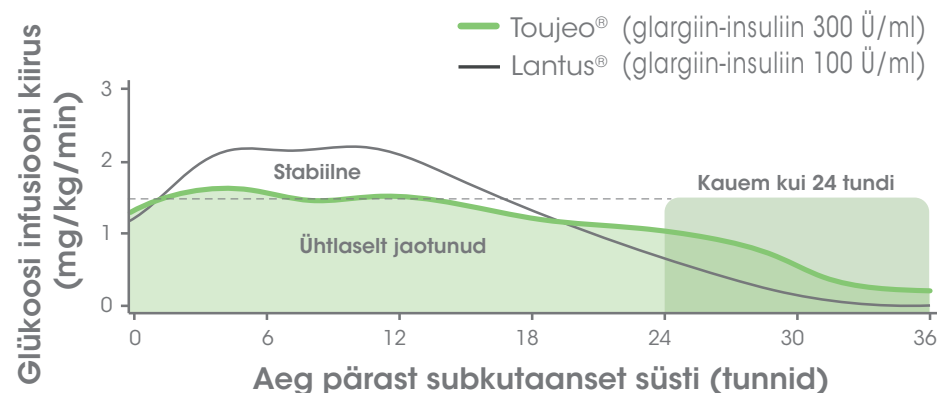
UUS BASAALINSULIIN

Stabiilsem tulevik¹⁻⁵



Toujeo (glargiin-insuliin 300 Ü/ml) toime
kestab **kauem kui 24 tundi** (kuni 36 tundi)

Stabiilne ja kestev toimeprofiil⁶



Toujeo (glargiin-insuliin 300 Ü/ml) veresuhkrut
langetav toime on samaväärne kui
glargiin-insuliinil 100 Ü/ml



Toujeo´ga (glargiin-insuliin 300 Ü/ml) esineb
2. tüüpi diabeetikutel **vähem hüpoglükeemiat**
kui glargiin-insuliiniga 100 Ü/ml



Toujeo´l (glargiin-insuliin 300 Ü/ml) on
tõestatud **pikaajaline KV ohutus**

1. Yki-Järvinen H, et al. (Poster #946) presented at EASD, Vienna, September 15–19, 2014. Available from: www.easdvirtualmeeting.org/resources/19180. Date accessed: May 2015.

2. Riddle MC, et al. Presented at: American Diabetes Association, June 13–17, 2014, San Francisco, CA, USA.

3. Bergenstal R, et al. (Poster #949) presented at EASD, Vienna, September 15–19, 2014. Available from: www.easdvirtualmeeting.org/resources/18574. Date accessed: May 2015.

4. Yki-Järvinen H, et al. Diabetes Care. 2014; 37:3235–3243.

5. Becker RH, et al. Diabetes Care. 2015; 38(4):637–643.

6. Toujeo® (SPC) Ravimiomaduste kokkuvõte. Juuni 2015.

Toujeo® (glargiin-insuliin 300 Ü/ml) on retseptiravim. Näidustus: suhkurtõve ravi täiskasvanutel.

Müügiloo hoidja: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D 65926 Frankfurt am Main, Saksamaa.

Täiendav informatsioon: www.ravimiamet.ee või müügiloo hoidja esindajalt Eestis.

Sanofi-aventis Estonia OÜ, Pärnu mnt. 139E/2, Tallinn, telefon 627 3488



Toujeo®

glargiin-insuliin 300 Ü/ml

VABANE PIIRANGUTEST



Uuringu eesmärk oli võtta vaatluse alla magusaisu.

FOTO: SCANPIX

Hormoon FGF21 vähendab isu suhkru ja alkoholi järele

Maks Uus võimalus II tüüpi diebeedi ja rasvumise ravis

Maksa toodetav hormoon FGF21 võib avaldada mõju käitumisele ning vähendada suhkru- ja alkoholiisu.

Seda näitavad erinevad uuringud, mille tulemused avaldati ajakirjas Cell Metabolism.

Juba rohkem kui 50 aastat tagasi arvati, et maksal on oluline roll toiduainete tarbimise ja eelistamise reguleerimisel. Ühtlasi on varem näidatud, et oma osa on maksast saadaval hormoonil FGF21 (fibroblasti kasvufaktor 21) ja selle hormooni geenijärjestuse varieerumine võib põhjustada inimestel eelistusi erinevate makrotoitainete suhtes.

Tulemuslikud katsed

Kaks uut uuringut on aga toonud uusi andmeid FGF21 hormooni ja selle toime kohta. Ühes uuringus tegelesid Matthew Potthoff Iowa Ülikoolist ja Matthew Gillum Kopenhaageni Ülikoolist FGF21 toime uurimisega.

Nende eesmärgiks oli võtta vaatluse alla mehhanism, mis reguleerib suhkruisu pärast hormooni tarbimist. Selleks otsustasid nad uurida FGF21 rolli toidueelistuste reguleerimisel. Nad viisid läbi katseid hiirtega, et näha, kuidas reguleerib FGF21 alkoholi ja suhkru tarbimist.

Katsete käigus täheldati, et maks too-



FGF21 siseneb vereringesse ja pärsib selektiivselt suhkruisu, avaldades mõju aju osale, mis reguleerib toidu tarbimist.

dab FGF21 hormooni vastusena suhkru tarbimisele, misjärel siseneb FGF21 vereringesse ning pärsib selektiivselt suhkruisu, avaldades mõju hüpotaalamusele – aju osale, mis reguleerib toidu tarbimist ja energia homöostaasi.

Samal ajal uuris Texase Ülikoolis teadlaste rühm Steven Kliewer ja David Mangelsdorfi juhtimisel FGF21 toimet hiirtel ja ahvidel.

Leiti, et FGF21 mõjutas suhkru ja alkoholi seotud eelistusi. Ühekordse annuse manustamisel ahvile kadus ahvil huvi magusa vee vastu. Sarnased katsed näitasid ka huvi vähenemist alkoholi vastu.

Teised katsed aga näitasid, et FGF21 ei mõjutanud reaktsioone rasvhapete või mõru maitse suhtes.

Need uuringud koos inimgeneetika uuringutega, mis käsitlesid FGF21 seost toitainete eelistustega, näitavad, et FGF21 võib mõjutada käitumist, avaldades toimet kesknärvisüsteemile. Lisaks toetavad need üha sagedavaid tõendeid, mille kohaselt tegeleb isu kontrollimisega kogu organism.

FGF21 olemasolu põhjus pole tänini veel täiesti selge. Selle ülesandeks võib olla parandada toitumise kvaliteeti või aidata maksal kaitsta ennast liigse alkoholi eest, kuna suhkur võib muutuda kääri-

mise teel etanooliks. Mõlemad uuringud lubavad järeldada, et FGF21 võib aidata vältida suhkru liigtarbimist. Läbi tuleks viia täiendavaid uuringuid, mille järel saaks FGF21 hormooni kasutada rasvumise ja II tüüpi diebeedi ravis.

Hormoonid vajavad uurimist

Siiski on Kliewer ettevaatlik: “Kuigi esmapilgul võib tunduda, et see FGF21 poolt reguleeritud protsess võib olla imerohi suhkru ja alkoholi tarbimise piiramiseks, on oluline meele pidada, et need tegevused on tihedalt seotud meeleoluga, ning seetõttu on kindlasti vaja täiendavaid uuringuid, et teha kindlaks, kas FGF21 põhjustab depressiooni.”

Potthoff sooviks ühtlasi uurida, kas lisaks FGF21-le, mis mõjutab süsivesikute tarbimist, on olemas ka teisi hormone, mis reguleerivad isu konkreetsete makrotoitainete, näiteks rasvade ja valkude järele. Kui see tõepoolest nii on, siis tuleks kindlaks teha, kuidas need signaalid erinevate makrotoitainete neutraalsel tajumisel koos toimivad. Varem samal aastal teatas Medical News Today, et isu vähendav hormoonravi võib aidata inimestel kehakaalu alandada.

Medical News Today
tõlkis Kalle Klein

Vähem und, rohkem süüa ja juua?

Ajakirjas **American Journal of Health Promotion** avaldatud uuringu tulemused näitavad, et uneaja vähene mine alla seitsme tunni öö jooksul võib tähendada, et inimesed söövad ja joovad rohkem, mis omakorda soodustab rasvumist.

Seos lühikese uneaja ja rasvumise vahel on juba varasemast ajast teada, kuid antud uuring keskendus uuele uneaja ja rasvumise vahelise seose aspektile – kas lühike uni on seotud asjaoluga, et rohkem aega kulub sekundaarsele söömisele ja joomisele?

Sekundaarne söömine ja joomine tähendab söömist või muude jookide joomist peale vee, tegeledes samal ajal muu põhitegevusega nagu näiteks televiisori vaatamisega.

Dr Gabriel S. Tajeu Birminghami Alabama Ülikooli epidemioloogiaosakonnast uuris koos kolleegidega 28 150 Ameerika täiskasvanu andmeid.

Neist 55,8% olid 21–65 aastased naised, kes osalesid aastatel 2006–2008 Ameerika ajakasutuse uuringus.

Ülekaal ja unehäired

Teadlased hindasid sekundaarsele söömisele ja joomisele ning primaarsele söömisele ja joomisele kulunud aega, rakendades peamise sõltumatu muutujana une kestust.

Selleks, et teha kindlaks seos lühikese uneaja ning söömis- ja joomisharjumuste vahel, võeti arvesse ka erinevaid muutujaid nagu näiteks rass ja sugu, sotsiaal-majanduslikud faktorid ning aja kasutamine tööpäeval ja puhkepäeval. Normaalse une pikkuseks loeti 7–8 tundi.

Inimesed, kelle uneaeg jäi lühikeseks, tegelesid päevas sekundaarse söömisega 8,7 minutit rohkem. Sekundaarsele söömisele kulutasid nad tööpäeviti 28,6 minutit rohkem ja puhkepäeviti 31,28 minu-



Sekundaarne söömine ja joomine suurendavad rasvumise riski. FOTO: SCANPIX

tit rohkem. Muud seosed rasvumise ja magamatuse vahel on seotud hingamisprobleemide ja hormonaalse tasakaalu häiretega.

USA Riikliku Unefondi sõnul kannatab uneapnoe all umbes 18 miljonit ameeriklast ja see on tihti seotud ülekaalulisusega, sest kui inimene võtab kaalus juurde kere ja kaela piirkonnas, mõjub see halvasti hingamisele.

Vähene uni ja hormoonid

Teised uuringud on näidanud, et mitme päeva jooksul süvenev unevaegus võib kahjustada ainevahetust ja häirida hormoonitaset. Uuringud, milles piirati tervete täiskasvanud katsealuste uneaega mõne öö vältel, on näidanud, et organismi võime töödelda veres glükoosi väheneb mõnedel juhtudel diabeediga võrreldava tasemeni. Tervetel täiskasvanutel, kelle uneaja pikkus on keskmiselt 6,5 tundi või vähem, on tä-

heldatud hormonaalseid muutusi, mis võivad mõjutada nende kehakaalu ja pikaajalist tervislikku seisundit. Selleks, et nende inimeste veresuhkru tase normaliseeruks, peab nende organism suutma toota 30% rohkem insuliini kui normaalse une korral. Vaatamata asjaolule, et nad pole veel ülekaalulised, on profiili järgi neil eeldus ülekaalulisteks muutuda.

Teadlased ütleavad kokkuvõtteks: “Lühike uni on seotud pikema ajaga, mis kulub sekundaarsele söömisele ja eriti sekundaarsele joomisele. See viitab skeemile, mille kohaselt lühike uneaeg seondub suurema kaloritarbimisega joomise ja kõrvaltegevusena toimuva söömise kujul ning sellest tuleneva rasvumise riski suurenemisega, kuid täpsete järelduste tegemiseks on vaja täiendavaid uuringuid.”

Medical News Today
tõlkis Kalle Klein

Metforal®

Metformiin

Ülekaalulistel II tüüpi diabeediga patsientidel, kellel on metformiini kasutatud **esmaavaliku ravimina pärast dieetravi** ebaõnnestumist, on täheldatud diabeedi tüsistuste vähenemist.¹

Näidustused:¹

II tüüpi diabeedi ravi, eelkõige ülekaalulistel patsientidel, kui ainult dieedi ja füüsilise koormusega ei saavutata piisavat kontrolli vere suhkrusisalduse üle. Vt. Ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee (kinnitatud juunis 2014).

Annustamine:¹

Taaskasvanud: Monoteraapia ja kombinatsioon teiste suukaudsete diabeedivastaste toimeainetega:
Tavaliseks algannuseks on üks tablett 2...3 korda ööpäevas, võetuna toidukorra ajal või pärast sööki. 10...15 päeva järel tuleb annust kohandada vastavalt vere suhkrusisaldusele.
Annuse järkjärguline suurendamine võimaldab seedetrakti taluvust parandada. Maksimaalne soovitatav annus on 3 g metformiinväsinikkloriidi ööpäevas, võetakse jagatuna kolmes annuseks.

Vastunäidustused:¹

Ülitundlikkus toimeaine või abiainetes suhtes. Diabeetiline ketoatsidoos, diabeetiline prekooma. Neerupuudulikkus või neerufunktsiooni häirumine (kreatiniini kliirens < 60 ml/min). Ägedad haigusseisundid, mis võivad mõjutada neerufunktsiooni, näiteks: dehüdratsioon, raske infektsioon, šokk. Jodeeritud kontrastainete veenisise manustamine. Äge või krooniline haigus, mis võib põhjustada kudede hüpoksiat, näiteks: südame- või hingamispuudulikkus, hiljuti läbipõetud müokardiinfarkt, šokk. Maksapuudulikkus, äge alkoholimürgistus, alkoholism.

Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel:¹

Vt. Ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee (kinnitatud juunis 2014).
Retseptiravim.

EI SISALDA
LAKTOOSI¹



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Müügiloa hoidja: 500, 850mg: BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP)
Glienicker Weg 125 12489 Berlin Saksamaa 1000mg: Laboratori Guidotti S.p.A., Via Livornese,
897 56010 La Vettola (Pisa) Itaalia. Täiendav teave on saadaval müügiloa hoidja Eesti esindusest:
OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti Paldiski mnt. 27/29 Tallinn 10612

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

Akuutsete haavade ravi

Vigastus Ravietapid ja hooldus

Akuutne haav enne loputamist ja puhastamist.

Foto: Mikk Tarraste



Mikk Tarraste

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õpetool, õppejõud-õpetaja

Lily Parm

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õpetool, õppejõud-lektor

Haavaravi seisukohalt on võtmetähtsusega haava paranemise protsessi mõistmine.

Haavaks (*vulnus*) loetakse eksogeensest vigastusest tekkinud koekahjustust või kudede üksteisest eraldumist. Eristada saab akuutset või kroonilist haava. Kroonilist haava nimetatakse haavandiks (*ulcus*).

Üldiselt võib haavad ja haavandid liigitada järgmiste tunnuste põhjal: vanus, tekkepõhjus, paranemisfaas, puhtusaste, haavapõhja koe omadused ja paranemine kas esmas- või teisespingsalt.

Etioloogia ja sümptomatoloogia

Haav on akuutne, välise mõjutaja poolt tekkinud koekahjustus. Haavadeks loetakse trauma- ehk vigastushaavad ja põletus- ning külmumushaavad. Traumaatilised haavad on tüüpiliselt marrastus, löikehaav, torkehaav, rebimishaav, lõmastushaav, hammustushaav, läbistav haav, mulgustav haav jpm.

Traumaatiliste haavade alagrupi moodustavad veel ka erinevad operatsioonihaavad. Haavad võivad olla pindmised,

kus kahjustunud on marrasnahk ja osaliselt pärisnahk; osaliselt sügavad, kus vigastatud on nii marras- kui ka pärisnahk; sügavad, kus kahjustunud on täielikult pärisnahk ja ka pärisnaha all asetsevad koed.

Haava põhilisteks sümptomiteks on verejooks, valulikkus ja koedefekt. Haava veritsuse intensiivsus sõltub haava liigist, haava asukohast, haava sügavusest ja vereesoonte vigastuse olemasolust. Haava valulikkus erineb indiviiditi, samuti haava asukohast ja ka haava sügavusest.

Pindmised haavad valutavad tavaliselt rohkem, kui sügavad, sest sügavate haavade korral on närvilõpmed tihti hävinud. Koedefekti suurus on otseselt haava tüübist. Näiteks marrastuse korral on vigastatud ainult marrasnahk, aga rai-dehaava puhul võivad olla vigastatud kõik koed kuni luukoeni (kaasaarvatud).

Haava paranemisprotsess

Haavade paranemine on kompleksne füsioloogiline protsess. Üldjuhul seda protsessi kiirendada ei saa.

Haavade paranemine algab pärast vigastuse tekkimist väga kiiresti, pindmiste haavade puhul juba mõne tunni jooksul. Haavade loomuliku paranemise võib jagada nelja faasi: hemostaas, põletikufaas (*inflammatio*), kasvufaas (*proliferatio*) ja küpsemise faas (*maturation*).

Haava paranemise tulemiks võib ol-

PuuMedi
Tööjõuteenused tervishoiuvaldkonnas



HEA ARST!

SOOVID TULEVIKUS SOOMES TÖÖTADA,
AGA EI OSKA VEEL SOOME KEELT?
PUUMEDI AITAB SUL SEDA SOOVI TÄITA!

- Õppetöö toimub kaks korda nädalas ja kestab korraga kaks akadeemilist tundi.
- Kursuse tavapikkus on 120 akadeemilist tundi.
- Kellaajad kinnitatakse grupi ja õpetajate kokkuleppel.
- Õpetajad on pikaaegse õpetamiskogemusega.
- Väikses grupis omandad baaskeeleskuse, millega saad hakkama nii Soome tavaelus kui ka tööl.

Soome keele kursustele registreerumiseks saada e-kiri koos CVga personalijuht Aire Allpere e-posti aadressil aire.allpere@puumedi.com või helistada telefonil **+372 58416346**

TULE ÕPI SOOME KEELT TASUTA!

Lisainfo: Aire Allpere,
aire.allpere@puumedi.com, skype: aire.allpere

tel +372 5853 0452
www.puumedi.com

Puumedi OÜ
Liivalaia 45, Tallinn 10145

Uus meditsiinikeskus otsib koostööpartnereid ja rentnikke!

MyClinic on 2017. aastal loodav kaasaegne täiskompleksne tervise- ja ravikeskus Tallinna kesklinnas, mille eesmärgiks on saada suurimaks tõmbekeskuseks kohalikele inimestele ning ka meditsiinituristidele välismaalt.

Keskuses saavad olema esindatud väga lai spekter erialasid (k.a. kaasaegne kirurgia), tugisüsteeme ja diagnostikavõimalusi.

Otsime koostööpartnereid nii peremeditsiini kui ka erinevate kirurgiavaldkondade spetsialistide seast.

Lisainfo:
Sten Dubin
sten.dubin@myclinic.ee
Tel: 5228905



la regeneratsioon, kus haav paraneb uue koe moodustumisega või reparaatsioon, kus haav paraneb armkoe tekkimisega.

Hemostaasi faasis sulgub haavast verejooks. Selleks toimub haavas vere hüübitamiseks vajalik valkude, näiteks fibrini ja fibronektiini vastastikune toime ning tsütokiinid ja kasvufaktorid on ülereguleeritud. Kui haav jõuab hemostaasi seisundisse ja veritsemine peatub, siis algab paranemisprotsess.

Põletikufaasi peamiseks eesmärgiks on haava puhastamine. Samas põletiku ajal infiltreeruvad haava neutrofiilid, monotsüüdid ja makrofaagid.

Need fagotsüütsed rakud vabastavad kasvufaktoreid kasvufaasi jaoks, ensümaatilisi mediaatoreid, mis lagundavad valke ja fagotsütoosseid baktereid, hukkunud ja hukkuvaid rakke ning seega rüstavad haava.

Akuutse haava puhul kestab põletikufaas tavaliselt 3-4 päeva. Kroonilise haava puhul võib põletikufaas kesta aastaid. Ilma põletikufaasi lõppemiseta on haava paranemine võimatu.

Kasvufaas algab, kui haavapõhi on puhas. Kasvufaasis koguneb kollageen, mis moodustab armkoe. Fibroblastid sünteesivad proteoglükaane, mis seovad kollageenikiud omavahel kokku. Kasvufaasi eesmärk on puuduva koe asendamine ning seetõttu kestab kasvufaas kuni haava sulgumiseni.

Akuutse haavaga tegeledes tuleb kinni pidada aseptika ja antiseptika põhireeglitest.

Küpsemisfaas algab kui haav on sulgunud ja võib kesta isegi mitu aastat. Kypsemisfaasis lagundatakse proteaasid kollageeni ja see remodelleeritakse tugevaks armi struktuuriks. Ajapikku saavutab armkude umbes 80% terve koe tugevusest.

Paranemist takistavad tegurid

Eristatakse üldiseid ja lokaalseid takistavaid põhjuseid.

Haavade paranemise üldisteks põhjusteks võivad olla erinevad haigusseisundid, näiteks diabeet, immuunpuudulikkus, aneemia, samuti ka alatoitumus, kiiritusravi, suitsetamine ning kõrge vanus.

Haava paranemist takistavateks lo-

kaalseteks põhjusteks võib olla vere- ja närvivarustuse häired, haavaturse, nekrootiline kude ja võõrkehade haavas, kuiv haavapõhi, haava jahtumine, haavavalu, biofilm ning infektsioon haavas.

Haava hoolduse etapid

Haavaravi eesmärgiks on lühendada põletikufaasi ja vältida haava infitseerumist, samuti luua granulatsioonikoe tekkeks soodsad tingimused, hoida ära tüsistused ning seeläbi soodustada haava paranemist minimaalse ajaga.

Akuutse haavaga tegeledes tuleb kinni pidada aseptika ja antiseptika põhireeglitest. Kasutama peab tehasepuhtaid kindaid, kaitseprille ja võimalusel maski. Kindlasti tuleks arvestada, et veri võib olla nakkusohtlik.

Haavahoolduse etapid akuutse haava korral on haava loputamine, haavapõhja ülevaatus, haava puhastus, haava antiseptika ja haava sulgemine esmaspingsalt.

Haava loputamise eesmärk on võõrkehade, kahjustatud koe ja mikroobide välja-uhtmine haavast ning seeläbi haavapõhja nähtavaks muutmine haava ülevaatusse jaoks. Akuutse haava loputamiseks sobib füsioloogiline lahus või spetsiaalsed haavade loputamiseks mõeldud lahused. Mida põhjalikumalt haava loputada, seda väiksem on tõenäosus, et tekib bakteritest põhjustatud haavapõletik.

Haavade loputamiseks ei tohi mitte mingil juhul kasutada vesinikperoksiidi, kuna sellel lahusel on rakke ja kudesid kahjustav kõrvaltoime.

Haava ülevaatusel tuleb hinnata kudedes kahjustuse ulatust ja raskusastet. Samuti tuleb välja selgitada, kas haavas võib olla võõrkehaseid. Kui akuutse haavas leidub kahjustatud kudesid, mida tavaline loputamine ei eemalda, tuleb teostada haavapõhja puhastus. Haavapõhja puhastus jaguneb kaheks - kirurgiliseks ja mittekirurgiliseks.

Haava antiseptika eesmärk on vähendada infektsiooni riski. Akuutsetel haavadel ei tohiks kasutada alkoholi sisaldavaid antiseptikume sest need põhjustavad patsiendile valu. Samuti ei ole tänapäeval soovitatav kasutada antiseptikuna nii briljantrohelist, metüleensinist kui kloorheksidiini, sest nad ei oma piisavat toimet ning on tsütotoksilised.

Euroopa haavaravispetsialistide konsensus on hinnanud tõhusaimateks ja minimaalsete kõrvaltoimetega antiseptikumideks PVP-joodi, polüheksaniidi ja ioonilist hõbedat sisaldavad antiseptikumid.

Haava esmaspingsalt kinnikasvamine tähendab seda, et haava servad on juuba piisavalt koos või et haav on paranemise soodustamiseks suletud. Akuutne haav suletakse vajadusel õmblustega, haavastriippidega, haavaliimiga või haavaklambritega.



MEDIVERKKO ON NÜÜD MEHILÄINEN!

Mediverkko ja Mehiläinen ühinemine Soomes on lõpule jõudnud. Kasuta võimalust alustada tööd Soome vanimas ja mainekaimas tervishoiukontsernis.

Pakume:

- Valvetööd Lahti Keskhaigla akuutvalvetesse.
- Nädalavahetuse- ja õhtuvalvetööd Heinola ja Jorvi tervisekeskustesse.
- Päevatööd tervisekeskuses täis- või osakoormusel Pusula tervisekeskusesse.

Vajalik:

- Valvira loa olemasolu LL või EL.
- Varasem Soomes töötamise kogemus valvetööde puhul.

Helista või emaili ja küsi ka muid töövõimalusi üle kogu Soome. Oleme paindlikud ja leiame Sinu jaoks parima võimaluse!

NB! Jätkame ka keelekoolitusgruppidega ning individuaalõppega Tallinnas, Tartus ning Pärnus.

Küsi infot meilile!

MediPower OY on osa WorkPower kontsernist. MediPower on spetsialiseerunud tervishoiuala personalilahendustele.

MediPower
Henkilöstöpalvelut

Otsime oma klientidele Soome erinevatesse piirkondadesse tööle Valvira seaduslikustamist omavaid:

**HOOLDUSÕDESID
ÕENDUSTÖÖTAJAJD
ÜLDARSTE**

Töökohti on pakkuda nii era- kui ka avaliku sektori haiglatesse ja tervisekeskustesse. Soome keelt tuleb vallata tugeval suhtlustasemel ning erialaselt. Töö asukohtadeks on erinevad linnad 105 – 650 km kaugusel Helsingist. Aitame kolimisega seotud toimingutes ning toetame uude elukohta sisseelamisel.

Küsi lisa tero.nieminen@medipower.fi
Kliendisuhete juht Tero Nieminen +372 513 0161
MediPower Oy, Peterburi tee 2F, 11415 Tallinn




Erektsioonihäirete raviks meestele³

Kiire toime alguse ja kõrge
selektiivsusega PDE₅ inhibiitor.^{1,2,3,4,5}

Spedra[®]
avanafiil
kiire ja püsiv toime^{1,2,4}

Soovitatav annus on 100 mg, mis võetakse vajaduse korral ligikaudu 15...30 minutit enne suguühet

Retseptiravim. Spedra (avanafiil) 50 mg, 100 mg ja 200 mg tabletid. Iga tablett sisaldab 50 mg, 100 mg või 200 mg avanafiili. **Näidustus:** Erektsioonihäirete ravi täiskasvanud meestel. **Annustamine ja manustamisviis:** Suukaudne manustamine. **Kasutamine täiskasvanud meestel:** Soovitatav annus on 100 mg, mis võetakse vajaduse korral ligikaudu 15...30 minutit enne suguühet. Annust tohib suurendada maksimaalse annuseni 200 mg või vähendada 50 mg-ni. Maksimaalne annustamissagedus on üks kord ööpäevas. Spedra efektiivseks toimeks on vajalik seksuaalne stimulatsioon. Kui Spedrat võetakse koos toiduga, võib toime algus võrreldes tühja kõhuga olla hilisem. Eakatel patsientidel, kerge kuni mõõduka neerukahjustusega (kreatiniini kliirens $\geq$ 30 ml/min) patsientidel ja diabeetikutel ei ole vaja annust kohandada.

Vastunäidustused: Ülitundlikkus toimeaine või abiainete abiainete suhtes. Patsiendid, kes kasutavad mis tahes kujul nitraate või lämmastikoksiidi doonoreid. Enne Spedra määramist olemasoleva kardiovaskulaarse haigusega patsientidele peavad arstid kaaluma suguühet kui võimaliku riski südamele. Avanafiili kasutamine on vastunäidustatud patsientidele, kellel on: olnud müokardiinfarkt, insult või eluohtlik arütmia viimase 6 kuu jooksul; rahuolekus hüpotensioon (vererõhk < 90/50 mmHg) või hüpertensioon (vererõhk > 170/100 mmHg); ebastabiilne stenokardia, suguühte ajal esinev stenokardia või NYHA II klassi või suurema klassi südame paispuudulikkus. Raske maksakahjustusega patsiendid (Childi-Pugh' klass C) või raske neerukahjustusega patsiendid (kreatiniini kliirens < 30 ml/min). Patsiendid, kellel on ühes silmas nägemiskaotus mittearteriilise eesmise isheemilise optilise neuropaatia (NAION) tõttu. Teadaolevate pärilike degeneratiivsete silma võrkkesta haigustega patsiendid. Patsiendid, kes kasutavad tugevaid CYP3A4 inhibiitoreid. Fosfodiesteras V (PDE5) inhibiitorite, sealhulgas avanafiili, koosmanustamine guanülaattsüklaasi stimulaatoritega nagu riotsiguat on vastunäidustatud, sest see võib põhjustada sümptomaatilist hüpotensiooni.

Koostoimed teiste ravimitega ja muud koostoimed: Avanafiili manustamine on vastunäidustatud patsientidele, kes kasutavad mis tahes kujul nitraate või lämmastikoksiidi doonoreid (nt amüülnitrit). Kui Spedrat kasutatakse kombinatsioonis teise süsteemset vererõhku langetava ravimiga, võivad lisatoimed põhjustada sümptomaatilist hüpotensiooni. Kasutamisel koos alfablokaatorite, teiste vererõhku langetavate ravimitega, alkoholi ja mõõdukate CYP3A4 inhibiitoritega – maksimaalne soovituslik annus 100 mg üks kord 48 tunni jooksul. Prekliinilised uuringud näitasid PDE5 inhibiitoritel manustatuna kombinatsioonis riotsiguadiga täiendavat süsteemset vererõhku alandavat toimet. Kliinilised uuringud on näidanud, et

riotsiguat suurendab PDE5 inhibiitorite vererõhku alandavat toimet. Uuritud populatsioonis ei leitud tõendeid kombinatsiooni soodsa kliinilise toime kohta. Riotsiguadi samaaegne kasutamine PDE5 inhibiitoritega, sealhulgas avanafiiliga, on vastunäidustatud.

Kõrvaltoimed: Väga sage ($\geq$ 1/10): puuduvad. Sage ($\geq$ 1/100 kuni < 1/10): peavalu, nahapunetus, ninakinnisus. Aeg-ajalt ($\geq$ 1/1000 kuni < 1/100): pearinglus, unisus, ninakõrvalurgete valu, ähmane nägemine, südamepekslemine, kuumahood, ninakõrvalurgete kinnisus, pingutusdüsnoe, düspepsia, iiveldus, oksendamine, ebamugavustunne maos, seljavalu, lihaskrampid, kurnatus, maksaensüümide sisalduse suurenemine, patoloogiline elektrokardiogramm, südame löögisageduse kiirenemine. **Müügiloo hoidja:** Menarini International Operations Luxembourg S.A. 1, Avenue de la Gare L-1611 Luxembourg, Luksemburg. **Müügiloo numbrid:** Spedra 50 mg: EU/1/13/841/001-003; Spedra 100 mg: EU/1/13/841/004-007; Spedra 200 mg: EU/1/13/841/008-010. **Teksti ülevaatamise kuupäev:** november 2015. Ravim on saadaval ainult retseptiga ja ei oma haigekassa soodustust. Loe enne ravimi väljakirjutamist täielikku ravimi omaduste kokkuvõtet. **Täiendav teave:** OU Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 27/29, 10612 Tallinn, Eesti.

▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet. Patsientidel ja tervishoiutöötajatel on tungivalt soovitatav teavitada selle ravimi kõikidest võimalikest kõrvaltoimetest Ravimiametit. Täieliku info kõrvaltoimetest teatamise kohta leiab ravimi omaduste kokkuvõttest.

Vivus Inc. ja Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation litsentsiga.

1. Goldstein I et al. J Sex Med 2012; 9 (4): 1122-1133. **2.** Kedia GT et al. Ther Adv Urol 2013; 5(1):35-41. **3.** Spedra (avanafiil) ravimi omaduste kokkuvõte, viimati uuendatud 10.2015. **4.** Belkoff et al. Int J Clin Pract. 2013;67(4): 333-341. **5.** Hellstrom WJ et al. J Urol. 2015;194(2): 485-492. EE-SPE-03-2015, november 2015.