



Ravimid

Hulgimüüjatel tootjatega salakokkulepped

Eesti juhtivate ravimihulgimüüjate ja ravimitootjate salakokkulepete tõttu on ravimite hinnad kunstlikult üles puhutud nii, et kaotavad tervisekassa ja patsient. ▶6-7



MEDITSIINI- UUDISED



Tänase lehe vahel mahukas **kar-
dioloogia erileht.**

Kodade virvendusest kirjutab rahvusvahelise kogemusega kardioloog **Silver Heinsar.**

▶15-26

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 10 (487) 21. mai 2024

www.mu.ee

Koostöö sisukama tuleviku nimel

Perearstid jagavad kogemusi **mentorlus-
programmist.**

Tulemus üllatas neid positiivselt.

▶3, 8-9



Perearst Triinu-Mari Ots asus mentorirolli, kuna aja jooksul oli kogunenud väga mitmesuguseid töökogemusi, mida jagada.

FOTO: ERAKOGU

Üks küsimus

Patsiendiohutuse andmebaasist

KAS juhtumite andmebaas on valmis? Vastavad haiglate esindajad, teiste seas **Priit Tohver** (pildil) regionaalhaiglast. ▶4



Fookuses: valu

Krooniline valu on arstile väljakutse

PEREARST Marta Velgan kirjeldab läbi patsiendilugude väljakutseid kroonilise valu ravis. Vahel on vaja aastaid oodata, enne kui patsient abi vastu võtab. ▶10

Fookuses: vaim

Depressioonil on tihti kaashaigusi

ÜLEVAATE komorbiidest depressioonist annab Tartu ülikooli kliinikumi psühhiaater arst-õppejõud **Innar Tõru**. ▶12

Fookuses: süda

“Vaikne tapja” vajab püsivat ravi

HÜPERTENSIOONIST, esmase insuldi ennetusest ja ravisoostumusest kirjutab arst-resident **Karl Kuusik**. ▶16-18

Ühendamises on nii riske kui ka võimalusi

Roche Eesti tegevjuht, tööandjate keskliidu tervishoiu töörühma juht **Kadri Mägi-Lehtsi** arutleb kõikide Tallinna haiglate ühendamise idee üle, millel on nii häid kui ka halbu külgi. Viimaseid kipub siiski rohkem olema, sest konkurentsi vähenemine head ei too. ▶3



Amet täis dünaamikat

Pärnu haigla ämmaemand, aasta ämmaemand **Anneta Tamar** kirjutab oma tööst ja sellest, miks ta ämmaemanda ametist ära tüdineda ei saa: kogu aeg on uuendusi. ▶5



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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.



**MEDITSIINI-
UUDISED**

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

Tasub teada:

Iga aasta lõpus valime ka aasta meditsiinimõjutaja!

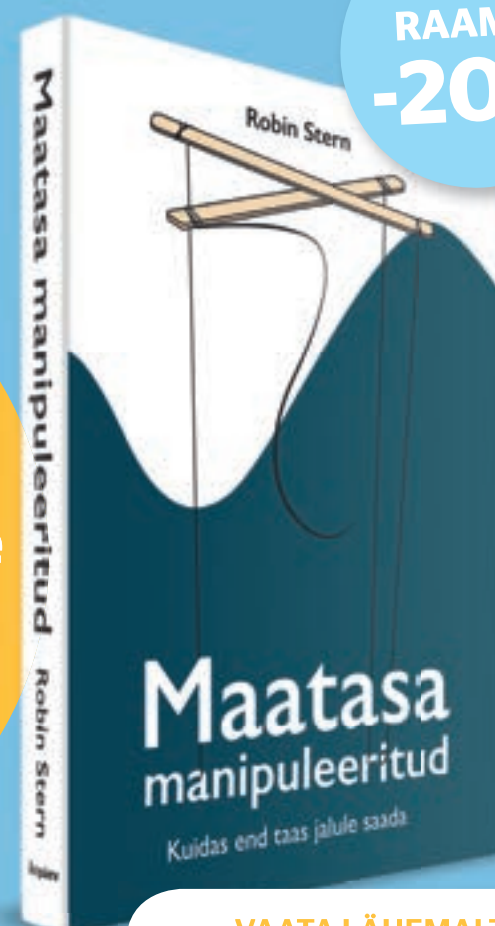
LIITU TERVISE RAAMATU- KLUBIGA



saad
kõikidele
terviseraamatutele
-10%
soodustust



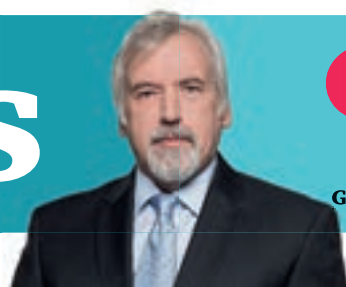
Tervise raamatuklubi
MÄLTA, SEPP, MÄLTA



KUU
RAAMAT
-20%

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuklubi.ee

arvamus



Probleemide allikas on asjatundmatus tervishoiu kui süsteemi juhtimisel.

Georg Männik, tervishoiuekspert, mu.ee 13. mai

Kommentaar:

Ühendhaigla idees nii riske kui ka võimalusi



Kadri Mägi-Lehtsi

Roche Eesti tegevjuht, tööandjate keskliidu tervishoiu töörühma juht

Vähemalt paberil peaks patsient ühendhaiglast pigem võitma.

Tallinna ühendhaiglagi võib pikas vaates kasvada süsteemi efektiivsus ja teoreetiliselt ka rahaline kokkuvõtte, aga idees on ka riske.

Aastaid on räägitud haiglate konkurentsis. Konkurents ei ole automaatselt halb, kuid patsientide rohkus toob küll haiglate rohkem raha, ent patsient võib sellest harva ja kannatada saab tervishoiusüsteemi efektiivsus. Haiglate ühendamise teoreetiline kokkuvõtte tuleks eelkõige dubleerimise vähendamisest, juhtimisstruktuuride ühendamisest ning võidurelvastumise kaost.

Tervisekassa puudujääk kasvab. Tervishoiusüsteemi tõhusamaks muutmine on vägagi tervitatav, sest jätkusuutlikkus vajab parandamist ja seda mitte raha juurde pumpamise, vaid protsesside muutmise kaudu.

On murettekitav, et tervisekassa eelarve puudujääk aina kasvab, küündides 2027. aastal 251,6 mln euron. Seekord on ajastus julgeolekulukorra tõttu varasemast kehvem – signaalid vajadusest tõsta kaitsekulutused 5%ni SKPst seab valitsuse niigi pingelise eelarve juures keeruliste valikute ette.

Kindlasti tuleb hoolikalt kaaluda ühendhaigla loomisega kaasnevaid riske, millest üks suuremaid on tervisekassa jaoks tekkiv uus partner, mille tegevusest sõltuks rohkem kui poolte Eesti patsientide ravi. Kui lepingumahtude läbirääkimistel on praegu kõie jämedam ots tervisekassa käes, siis nii suure haigla tekkimisel võib olukord muuta vastupidiseks isegi siis, kui poolte õigused jäävad formaalselt samaks.

Teiseks tuleb arvestada töökultuuri ning -stressi küsimusega. Kui näiteks praegu tunneb öde ühes Tallinna haiglas ebasõbralikku töökultuuri või -kiusu, saab ta valida kahe-kolme teise Tallinna tööandja vahel või siirduda erasektoris. Ühendhaigla tekkimisel jääks valikusse ainult viimane, aga ka seal on piirid ees, kuna enamiku erialade mahud ei ole kaugelki võrreldavad Tallinna haiglatega.

Patsiendid pigem võidavad. Vähemalt paberil peaks patsient ühendhaiglast pigem võitma, sest kõrgtehnoloogiliste erialade kompetents koondub ning eri haiglate vahel tuleb joosta vähem. Patsiendi võit ei tohiks poliitiliste ja ärihuvide ning kuluefektiivsuse tagaajamisel jääda pelgalt paberile. Sisuliselt võidakse kogu tervishoid, kui hiidhaigla arendaks digivõimekuse tasemale, mis võimaldab ravitulemusi mõõta patsientidekselt.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Mentorlus toetab uusi perearste

Terviseameti peadirektor Birgit Lao rääkis hiljutistel arstide päevadel peetud ettekandes, et Eestis on 1200 peremeditsiini lõpetanud arstist nimistu seitsmesajal ehk viiesajal seda ei ole. Varasematest vestlustest noorte perearstidega on jäänud mulje, et kardetakse liigset bürokraatiat ja töökoormat alla mattumist.

Meditsiiniuudiste toimetust tervitab iga algatust, mis noori perearstina ja nimistuga töötama motiveerib – üks selline on perearstide mentorlusprogramm, milles on kolme aasta jooksul osalenud 45 mentor-mentee paari ning mille eesmärk on toetada perearstide arengut ja parandada nende juhtimisalast kompetentsi.

Mitu kuud õpet. Programmi käigus saavad mentor-mentee paarid mitme kuu jooksul osaleda loengutel ja töötubades, aga ka regulaarsetel kohtumistel eesmärke läbi arutada. Tervisekassapoolse eestvedaja kinnitusel saavad seejuures kasu nii menteed kui ka mentorid: esimesed teadmisi eesmärkide seadmiseks, teised mentorlusest ja juhtimisest. Mentorprogrammis osalenute vastustest jäi

kõlama, et kui mentorid otsustasid osaleda enese arendamise ja teistele toeks olemise soovist, siis menteed lootsid kuulata teiste kogemusi ja saada tuge nimistu ja ettevõtlusega alustamisel, aga ka lihtsalt kolleegidega suhelda.

Mõlemapoolne kasu. Mentorid nägid kõige suuremat kasu juhtimiskoolitusest, võimalusest mentorioskusi igapäevatoosse rakendada ning teiste päriselt kuulama õppimisest. Menteed aga töid suurima kasuna välja iseseisva ja suunava töö mentoriga, rühmakohtumised ja näpunäited nimistu majandusliku poolega tegelemisel.

Perearstitöö väljakutsetena töid doktorid välja suure töömahtu, kasvavad nõudmised ja lisanduvad kohtustused, läbipõlemisohtu ning kogenematus töötajate rahulolu saavutamisel. 20 aastat perearstina töötanud mentoril sõnul programm küll piiramatut töövoogu ei kahanda, ent aitab tööd teha teadlikumalt ja muuta keskuse töökorraldust kvaliteetsemaks. Pea kõigi vastustest kumas läbi, et vahel on abi ka pelgast suhtlemisest ja kogemuste vahetamisest.

Loe samal teemal lk 8-9

Vahel on abi ka pelgast suhtlemisest ja kogemuste vahetamisest.

VÕITJA
Ago Kõrgvee

Prokuratuur otsustas mitte alustada Narva haigla endise juhi **Ago Kõrgvee** suhtes kriminaalmenetlust, nagu oli soovinud Kõrgvee ametist vabastanud SA Narva Haigla nõukogu esotsas riigikogu liikme Aleksei Jevgrafoviga.

VÕITJA
Ain Seimar

Regionaalhaigla 2024. aasta Grand Man on põletusraviarst Ain Seimar, kes on Eesti tänapäevase põletusravi käivitaja ja arendaja. Kolleegid kiidavad teda ka empaatia, rahulikkuse ja hea juhendamiskustade eest. Palju õnne!

Nädala foto:

Koostöökongverents “Meie” – aasta tegu



Õdede liit valis 2023. aasta teoks koostöökongverentsi “Meie”. Koos ühise eesmärgi nimel tegutsemine tõi mullu kevadel kaheks päevaks Alexela kontserdimajja täissaali: enam kui kuussada inimest. Vasakult organiseerijad Anneli Kannus, Ulvi Tasane, Aleksei Gaidajenko ja Gerli Liivet.

FOTO: KAIRI NAHA

mu.ee lugude TOP

- Raik imestab Narva haigla töökuulutuse üle
- Meditsiiniuudiste kevadsuvin koolituskalender
- Lähtetoetust on saanud üks eriarst ja neli apteekrit
- Raadios: Arstid tulevad Soomest tagasi Eestisse. Aga mitte sama palgaga
- Mitme patsiendi kaebus immunoloogi kohta andis Lätis tõuke seaduste ülevaatamiseks
- Ämari meditsiinikeskus ootab meeskonda ülemarsti
- Eesti õdede liit kuulutas välja aasta õe, aasta hooldustöötaja ja aasta teo
- Sea neeru saanu suri

Toimetaja repliik:

Haiglapinnal asuvatel apteekidel on hea elu

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Tuttav rääkis, et tal oli nädalavahetusel vaja ITK Ravi tänava haiglas olevale lähedasele apteegist osta paar asja. Seal on kaks apteeki: üks silmakliiniku ja teine lastepolikliiniku majas. Üllatuseks olid mõlemad kinni nii laupäeval kui ka pühapäeval. Ehkki silmakliiniku majas asuvat EMO külastavad

päevas sajad hädalised, ei näi apteekidel olevat vajadust ukse avada. Ju läheb nii hästi, et saab puhata! Kui nii magusas kohas apteek luua, võiks rendileandja tagada, et patsiendid saaksid vähemasti päevasel ajal kiiresti abi, olenemata nädalapäevast. Apteek on pealinnas palju. Võiks puhkepäevadeks kinni panna mõne kaubanduskeskuse apteegi ja sealt töötaja haigla juurde suunata.

Toimetus:
Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee
Kristiina Kait, tel 667 0455
Margot Vent, tel 667 0446

Reklaam: tel 667 0177
reklaam@aripaev.ee
Maarja Kõrv, tel 667 0245
maarja.korv@aripaev.ee
mobiil: 525 7708

Tellimine ja levi:
med@aripaev.ee
tel 667 0100

Tellimine internetis:
https://pood.aripaev.ee
Valida on täispakett koos paberlehega ja veebipakett

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

Üks küsimus:

Kas patsiendihutuse juhtumite andmebaasid on valmis seaduse täitmiseks?

Priit Tohver

regionaalhaigla kestliku arengu teenistuse juhataja

Regionaalhaigla patsiendihutusjuhtumite (POJUde) kogumise ja analüüsimise süsteem vastab kohustusliku vastutuskindlustuse seaduses välja toodud nõuetele. Küll aga ei ole meie patsiendihutusega seotud infosüsteemid veel liidestunud loodava riikliku patsiendihutuse andmekoguga POHAK. See tähendab, et haigla infosüsteemis registreeritud POJU ei liigu veel automaatselt riiklikku andmekogusse, vaid tuleb manuaalselt sisestada.

Aleksei Gaidajenko

LTKH juhatuse liige-õendusjuht

Haiglasiseselt on meil olemas toimiv süsteem, kuid endiselt valitseb teadmatus, kuidas hakata toimuma terviseameti teavitamine ohujuhtumitest. Vajame riigilt kindlaid juhiseid, et saaksime sellega edasi liikuda.

Ilona Pastarus

kliinikumi juhatuse liige, õendusjuht ja patsiendikogemuse juht

Mei patsiendihutusjuhtumite infosüsteem (POI) on käigus juba 12 aastat, seda on üle võtnud või võtmas kümme haiglat. Seoses riikliku patsiendihutuse andmekoguga vajab meie infosüsteem täiendamist lisaväljade ja loendite osas, mille saame ära teha käesoleval aastal. Andmevahetuseks patsiendihutuse andmekoguga on aga vajalikud suuremahulised arendused.

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

Patsiendikindlustus

Arstid edasilükkamise osas poliitikutega eri meelt

EESTI Eesti arstide liidu (EAL) teatel ei nõustu nad patsiendikindlustuse edasilükkamisega. “Riik plaanib novembrisse edasi lükata uue patsiendikindlustuse süsteemi jõustumist, mis loodi patsientide huvide paremaks kaitsmiseks, patsiendihutuse ja ravikvaliteedi parandamiseks. Arstidele annab uus seadus kauaoodatud võimaluse ohuolukordi ja ravivigu avatult käsitleda ning nendest õppida,” seisab avalduses. Liit lisab, et patsiendikindlustuse väljatöötamine kestis üle kümne aasta ning sellesse panustasid nii tervishoiutöötajad, haiglajuhid, patsientide kui ka kindlustusseltside esindajad. “Alates 2012. aastast on kõik terviseministrid uut patsiendikindlustust lubanud. Seadus võeti vastu rohkem kui kaks aastat tagasi ja peab kehtima hakkama käesoleva aasta 1. juulil,” jätkavad nad. Arstide liidu presidendil Neeme Tõnissoni hinnangul on ettevalmistusperiood olnud piisavalt pikk, edasilükkamine ei ole põhjendatud ja patsientide ootusi enam petta ei tohi.

Seadus

Võimalus osakoormusega varasemat palka saada

EESTI Pikal haiguslehel olles saab nüüd töötada sissetulekutes kaotamata. Jõustunud seadusemuudatus võimaldab rohkem kui kaheks kuuks haiguslehele jäänud inimestel osalise koormusega või kergemaid ülesandeid täites tööle naasta ning saada seejuures haigestumiseelset töötasu. Muutus rakendub alates 15. maist väljastatud haiguslehtedele.

Teaduse areng

Esimene sea neeru saanud inimene suri

USA Bostoni Massachusettsi üldhaigla teatas, et aasta alguses esimese inimesena geneetiliselt muundatud sea neeru saanud lõppstaadiumis neeruhaigusega mees suri. Haigla teatel ei oleval neil märke, et surm oleks seotud hiljutise siirdamisega, kirjutas Reuters. Weymouthist pärit 62aastane Rick Slayman sai märtsis uue neeru neljatunnise operatsiooni käigus. Haigla andmetel pärines märtsis siiratud neer sealt, kellelt olid eemaldatud retsiptiendile kahjulikud geenid ja lisatud ühilduvuse parandamiseks teatud inimgeene.

Vaktsiinid

Tootja tühistas Vaxzevria Euroopa müügiload

EUROOPA Ravimitootja Astra Zeneca teatas, et algatas oma COVID-19 vaktsiini Vaxzevria ülemaailmse tagasikutsumise ja tühistab selle müügiload Euroopas. Meedia andmetel on ravimitootja kohatudokumentides varem tunnistanud, et vaktsiin põhjustab kõrvaltoimeid, nagu verehüübed ja madal vereliistakute arv.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Lapsevanema teejuht kodurahuni

Lapsevanemate nõustaja Laura Linn Knight annab raamatus kätte tööriistad nii teile kui ka teie lastele, et saaksite koos sammhaaval rahulikumat kodukeskkonda kujundada ja kõrvaldada raskused, millega lapsed ja nende vanemad sageli silmitsi seisavad: kuulamisoskus, rutiinid, enesekontroll, võimuvõitlus, ekraaniaeg, enesehool jne. 272 lk, ilmus 1. mail, kirjastus "Äripäev". Info: <https://pood.aripeev.ee/raamatud-lapsevane-ma-teejuht-kodurahuni>



30.05

VEBINAR kõhukinnisusest ja toitumisest lastel ja täiskasvanutel. Lektoriteks doktorid Oivi Uibo, Susan Sündema, Thomas Zimmerer, Mari-Liis Kumm, Eneli Maranik. Annab 3 täiendkoolituspunkti. Tasuline. Info: <https://pood.aripeev.ee/konverentsid-kohukinnisus-ja-toit-lastel-ja-taiskasvanutel>

Seisukoht:

Kuni on armastust, on ämmaemandal tööd

Meditsiin on mind paelunud juba lapsest saadik ja tundus kõrvalt vaadates põnev. Teismelisena tegutsesin Punases Ristis ja üldse olen hinges alati teisi aidata tahtnud.

Ämmaemandana olen töötanud 16 aastat, enne seda olin õppimise ajal aasta abiämmaemand Ida-Tallinna keskhaigla sünnituseelses osakonnas. Seal tõi soov töötada just sünnitustoas mind Pärnu haiglasse.

Põhitööd jäänud samaks. Ämmaemandus on üks vanimaid meditsiinivaldkondi, mis on läbi aja arenenud, kuigi põhitööd on jäänud samaks. Minu ämmaemandana töötamise ajal on täiustunud nii kasutatav tehnoloogia kui muutunud ka hoiakud – patsienti võetakse kui meeskonna liiget. Tunnen heameelt, et Pärnu haiglat on korduvalt tituleeritud beebisõbralikuks haiglaks. Püüan ka oma töös jagada teaduspõhist infot, suunata ja toetada, ent otsused teeb lõpuks ikka naine või pere ise.



Annela Tamar

Pärnu haigla ämmaemand, aasta ämmaemand

Ameti populaarsemaks muutmiseks oleks kasu töökoormuse normaliseerimisest ja koolituste kättesaadavamaks muutmisest.

Ämmaemandal on väga suur vastutus nii ema kui ka lapse tervise tagamisel. Ta toetab naist läbi elukaare, tehes ennetustööd, jälgides rasedust, nõustades noori, abistades sünnitusjärgsel perioodil ja tegeledes ka söeluuringutega. Ka perearstikeskustes on väga tublid ämmaemandad, ent perearstid võiksid ämmaemandaid veel enam partneritena näha, et lapse jälgimise kõrval toetataks rohkem ka ema ja peret.

Ehkki Eesti ämmaemand on suhteliselt noor – keskmise vanusega 44 aastat – on tarvis noorte kolleegide pealekasvu. Ämmaemanda amet on dünaamiline, täis võimalusi ja väljakutseid ning tööpõldu oleks pakkuda üha enam (näiteks on noorte nõustamine/sekuaalkasvatus koolis ja sünnitusjärgne nõustamine esmatasandil ämmaemandate osas suhteliselt katmata). Ameti populaarsemaks muutmiseks oleks ehk kasu töökoormuse normaliseerimisest, koolituste kättesaadavamaks muutmisest ja personali iga liikme rolli suuremast väärtustami-

sest. Abi oleks ka riiklikult tehtavast erisusest töötasu osas: ämmaemanda erialal lõpetades omandab üliõpilane nii õe kui ka ämmaemand kutse, et ta oleks pärast motiveeritud töötama vastutusrikkal ämmaemanda ametil, kus tähelepanu vajavad tavaliselt korraga kaks inimest.

Iga laps on oluline. Ehkki Eestis sündide arv langeb ja sünnitaja keskmine vanus tõuseb, peab soov sünnitada tulema naise enda seest. Iibe tõstmise seisukohalt oleks ehk kasu noorte perede suuremast toetamisest, et lapsi julgetaks saada nooremas vanuses. Lapse kasvatamiseks peab pere tundma, et teda ümbritseb toetav ning turvaline keskkond – ka sellesse saame igaüks anda oma panuse.

Iga lapse sünn on usk ja lootus, et tulevik on helge ja lähed paremaks. Kuni maailmas on armastust, on ämmaemandal tööd...

Aasta ämmaemanda kandidaadid esitavad Eesti ämmaemandate ühingu osakonnad enne iga-aastast kevadist konverentsi.

MELAFERA

Ashwagandha rahustav vägi

- Toetab Sinu vastupanuvõimet stressile
- Vaimse tasakaalu ja heaolutunde säilitamiseks

Soodushinnaga mais BENU Apteek EURO APTEEK

JÕUD SINU SEES!



uudised



Eesti ravimiturg pole korras, sest mängus on väga suured majandushuvid.

Endine terviseala asekanstler Maris Jesse, mu.ee 8. mai

Ravimite hulgimüüjatel tootjatega salalepped



Ravimimüük Oma nimega rääkijaid sel teemal sisuliselt ei leidu

Eesti juhtivate ravimihulgimüüjate ja ravimitootjate salakokkulepete tõttu on ravimite hinnad kunstlikult üles puhutud nii, et kaotavad nii tervisekassa kui ka patsiendid.

Martin Johannes Teder, Koit Brinkmann
online@aripaev.ee

Kui patsient läheb apteeki ostma mõnd retseptiravimit, näiteks vererõhurohtu, küsib apteeker mõnikord, kas klient tahab saada originaali või koopiat. Patsient, kes valib koopiat, võib esmalt olla rahul selle madalama hinnaga. Tegelikult käib koopia ravimite hindadega Eestis suurem mäng, kus võitjad on ravimite hulgimüüjad, aga kaotajad kõik teised, kirjutab Äripäev.

Tootjad ja hulgifirmad on ravimihindadega manipuleerinud aastaid. Vastutavad ametnikud ja minister on salajastest kokkulepetest teadlikud, kuid pole midagi teinud, et diilidele lõpp panna.

“Elevant on toas, aga keegi justkui ei märka midagi,” kirjeldab üks allikatest ravimiäri avalikku saladust. “Kui hulgimüüjate skeem lõhkuda, vabaneks Eesti tervishoiusüsteemis metsik hulk raha,” lisab teine. Hulgimüüjad ise ütlevad, et varjatud kokkuleppeid ei ole.

Hulgifirmad kasutavad ravimihindadega manipuleerimiseks salajasi boonuseid, mida nimetatakse *kickback*-ideks. Olemuselt on see hästi lihtne: tootja müüb hulgimüüjale kindla hinnaga ravimid, aga hiljem maksab tootja osa saadud rahast tagasi – ise teenib vähem, hulgimüüja aga rohkem, kui alguses välja näidati.

Ühiskonna jaoks seisneb probleem selles, et hulgifirmade preemia maksab kin-

ni maksumaksja tervisekassa kaudu. Ravimiäris tegutsevate allikate hinnangul võib tervisekassa aastane kadu saladiilide tõttu olla lausa ligikaudu 30 miljonit eurot. “Need väidetavad tagasimaksed, kui need toimuvad, jäävad varjatuks kõigi eest ning riik ja patsient maksavad lõpuks kunstlikult üles puhutud hinna kinni,” kirjeldab Erki Laidmäe tervisekassast. “Varjatud kokkulepped jätavad raha hulgimüüjatele.”

Seaduse järgi võib ravimite hulgiäris juurdehindlus olla kuni kümme protsenti, praegu võtavad hulgimüüjad ametlikult ainult 3,5 protsenti, aga selle numbri tõepärasuse on isegi sotsiaalministeerium ise kahtluse alla seadnud.

Samal ajal maksavad suuremad ravimifirmad niinimetatud boonusena hulgimüüjatele tagasi 30 protsenti kogu oma aastastest müügist, räägivad Äripäevale allikad. See tähendab, et hulgimüüja saab tootjalt tänu varjatud kokkulepetele ravimid kätte pea kolmandiku võrra odavamalt, kui avalikkusele ja ametiasutustele näidatakse.

Riigil on info olemas

Konkurentsiamet on ainus riigiasutus, mis on *kickback*-ide praktikast ka oma silmaga näinud. 2020. aastal tehtud analüüsi koostamiseks vaatasid ameti töötajad läbi kolme hulgimüüja ja kümnekonna ravimitootja kolme kuu jooksul toimunud omavahelised arveldused. Mõne kuu ar-

vetest joonistus boonuste suuruseks konkurentsiameti hinnangul välja 40 protsenti ravimi hinnast, aga oli veelgi suuremaid numbreid.

Kuidas *kickback*-e tehakse

Ühe allika sõnul toimuvad ravimifirma ja hulgimüüja vahel läbirääkimised iga aasta alguses. Enamjaolt lepatakse siis kokku boonuste protsent vastavalt müügi mahule. Protsendid lepatakse kokku kogu ravimifirma portfelli peale.

Suuremate turuosaliste *kickback*-id jäävad vahemikku 20–40 protsenti kogu müügit. Selliseid allahindlusi tehakse Magnumile ja Tamrole, kuid Baltfarm on väiksem ning saab küsida vähem. “Need on keerulised läbirääkimised,” lausub allikas.

Boonuse protsent sõltub mitmesugustest teguritest: ravimitootja suurusest, positsioonist turul, portfelist. Boonuse suurus oleneb ka sellest, kui suur on konkurents vastavas kaubagrupis ja selle alusel on hulgimüüjal jõuolg allahindluse küsimiseks. Tavaliselt kasvab boonuste protsent astmeliselt, rusikareegel on, et mida suurem müük, seda suurema protsendi peab tootja tagasi maksma. Protsendid

kasvavad igal aastal kõigil, sest hulgimüüjad survestavad tootjaid.

“Kui sa ei ole nõus boonust suurendama või pakkuma seda, mida oodatakse, siis hakatakse blokeerima sinu ligipääsu apteekidesse,” ütleb allikas. “Hulgimüüja ostujuhid saavad suuniseid, millised firmad on eelistatud, millised mitte.”

Kui ravimitootja müüb kõikidele hulgimüüjatele iga ravimit sama hinnaga, siis *kickback*-i tingimused ja kokkulepe sõlmitakse iga hulgimüüjaga eraldi. Ravimitootja eesmärk on oma müügi mahut igal aastal kasvatada. Ühe allika sõnul on ravimifirmale kasumist kohati olulisem müük. Seetõttu ongi nad nõus boonuseid maksma, sest kokkulepe hulgifirmaga tagab tootjale kindlama käibenumbri.

Eesti hulgimüüjatel on suur võimalus apteekide kaudu mõjutada, millise ravimi müük läheb hästi.

Näiteks on ühe ravimiäris tegutseva allika sõnul Eestis väga oluline pääseda haiglate juures tegutsevatesse nn võtmeapteekidesse Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH) ja Maarjamõisa haigla juures. “Kui sa mingisuguse onkoloogilise ravimiga PERHi apteeki sisse ei saa, siis võid selle ravimi müügi sisuliselt maha kirjutada,” räägib ta. Patsiendid ostavad tavaliselt ravimid välja apteegist, mis asub nende haigla küljes.

Osa hulgifirmasid boonuseid ei saa

Üle 25 aasta tegutsenud ravimite hulgimüüja Loodustoodete OÜ juhatuse liige Raivo Kalve räägib, et nemad pole nii suured, et saaksid tagasimakseid küsida.

„Tagasi makstakse ainult väga suurtele hulgifirmadele. Ega need, kes tagasimakseid saavad, ei tule sellega uhkustama, aga sealt see täiendav kasum neile tuleb,“ lausub Kalve.

Need on keerulised läbirääkimised.

4+1

NELI apteekrit ja üks eriarst on saanud uut lähtetoetust, mis on loodud maale tööle meelitamiseks. Toetusega tegeleb terviseamet. Perearsti lähtetoetus on 45 000 eurot ja eriarsti oma 30 000 eurot. Apteekri lähtetoetus on 15 000–25 000 eurot.



Uus abivahend sünnitusmajale

SÜNNITUSMAJADE fondi ja heade annetajate abiga soetati LTKH Pelgulinna sünnitusmajale fiberoptiline larüngoskoop, mis on vajalik vastsündinute abistamiseks hingamisprobleemide korral.

Hulgimüüjad eitavad sellist praktikat

Ravimitootjate ja hulgimüüjate kokkulepped on konfidentsiaalsed, kuid mitu Äripäevaga rääkinud allikat lootsis, et avalikustamise järel hakkab midagi muutuma.

Ometi oli ka skeptikuid. "Ravimitoetus on rahvusvaheline ja seda, kuidas suured kontsernid lepivad omavahel asju kokku, pole võimalik tõestada. Keegi ei räägi mitte midagi," ütleb Äripäevale üks ravimiäris tegutsev ettevõtja.

"Need inimesed lüüakse risti, kes räägivad, ja neil ei ole mingit kaitset. Riik on hambutu ja võimetu midagi tegema," kirjeldab ta oma nägemust. "Kui Isamaa saab võimule, keeratakse kael kahekorra. Valdakond on niivõrd läbi põimunud poliitikast ja ambitsioonist. Nii nagu apteegireform tapeti ära, tapetakse ka see teema ära. Ei saa olla sinisilmne selles valdkonnas."

Danilov: sellist asja ei ole

Hulgimüüja Magnum Medical OÜ juhatuse liige Timo Danilov eitab kirjalikus vastuses *kickback*'ide ehk tagasimaksete küsi-



mist. "Magnum ei küsi ravimitootjalt tagasimakseid. Sellist mõistet ja praktikat nagu "tagasimakse" või "tagasimaksmine" Eesti ravimite hulgimüügiturul meie teadaolevalt ei eksisteeri, vähemalt mitte Magnumi äripraktikas," sõnab Danilov.

Teise suure hulgimüüja Tamro Eesti tegevjuht Tanel Kuusmann ütleb, et ravimitootjad teevad hulgifirmadele allahindlusi küll, seda kas müügihetkel või tagant-

Magnum ei küsi ravimitootjalt tagasimakseid. Sellist mõistet ja praktikat nagu "tagasimakse" või "tagasimaksmine" Eesti ravimite hulgimüügiturul meie teadaolevalt ei eksisteeri, vähemalt mitte Magnumi äripraktikas.

Timo Danilov

FOTO: ÄRIPÄEV

järele, aga need allahindlused ei ole varjatud. Tema jutu järgi ei manipuleeri hulgifirma ravimite hindu kõrgemaks, vaid jagab allahindlust ka apteegi, patsiendi ja tervisekassaga ehk lõpphinnaga.

Lahendus peitub apteekides

Ikka ja jälle kõlab vestlustes arvamus, et ravimite hindadega manipuleerimine ei lõpe Eestis enne, kui apteegid vabanevad ka tegelikult hulgimüüjate sõltuvusest ning see avaks võimaluse suuremaks konkurentsiks hulgimüügiturul. „Suuresti sellele oli suunatud ka apteegireform, et lõhkuda vertikaalset integratsiooni. Aga välja kukkus nagu ikka," sõnab Erki Laidmäe tervisekassast.

Hulgimüüjal, kel pole oma apteegiket- ti, on väga raske läbi lüüa. Näitena tuuakse Eesti rikkaimate ettevõtjate Ain Hanschmidt ja Enn Pandi suuromand, hiljuti börsile tulnud Infortari tütarfirma Farmatar. Ettevõtte tuli küll hooga ravimite hulgimüügiturule, kuid siiani neil väga mille- gagi kiidelda pole.

VEEBISEMINAR
06.06.2024

VALURAVI MÜÜDID

Kroonilist valu kannatab neljandik elanikkonnast ja arstide arvates on valu oluliselt paremini leevendatud kui haigete hinnangul. Selgitame välja, miks see nii on.

Lektor: **PILLE SILLASTE**
PERHi palliatiivravi keskuse
ülemarst-keskuse juhataja,
anestesioloog-valorst

Annab 1 täiend-
koolituspunkti
pärast e-testi edukat sooritamist.
Tunnistuse väljastab Medicum
koolitus- ja nõustamiskeskus.

25 € kuni
30. maini

pood.aripaev.ee/valuravi-muudid



VEEBISEMINAR
11.06.2024

PATSIENDI- KINDLUSTUSE STARDIPAKUL

Juulist jõustub seadus tervishoiutee- nuse osutaja vastutuskindlustusest ehk patsiendikindlustusest. Antakse ka pisut üleminekuaega kindlustuspartner leida. Veebiseminar annab kompaktselt edasi peamise, mida enne seaduse jõustumist teada on vaja.

Lektorid:
Ellex Raidla vandeadvokaat
ANTS NÕMPER
kindlustusseltsi esindaja
(kinnitamisel)

Annab
1 täiendkoolituspunkti

Korraldajad:

33 € kuni
4. juunini

pood.aripaev.ee/patsiendikindlustus



Mentori abil tugevaks

Peremeditsiin Programm on toeks

Perearstide mentorlusprogrammis on aastatel 2021-2024 kokku osalenud 45 mentori-mentee paari. Programmi eesmärk on toetada perearstide arengut ja parandada juhtimisalast kompetentsi. Osalejate kinnitusel oli saadud kasu mõlemapoolne ja kontakti jäädakse hoidma edaspidigi.

Margot Vent
margot.vent@aripaev.ee

Esimesel aastal ka ise mentor olnud toonase haigekassa esmatasandi teenuste juht Külli Friedemann märkis siis, et selline koostöö aitab nii programmis osalejaid kui annab ka võimaluse arendada tugevamaks kogu perearstisüsteemi. Programmis osalemiseks isiksusetestide analüüsile ja vestlusele tuginedes kokku pandud mentori-mentee paarid tegid nelja kuu jooksul küll oma tavapärase tööd, kuid kohtusid regulaarselt, et nii jooksvaid ülesandeid kui ka pikemaajalisi plaane omavahel läbi arutada. Lisaks kohtumistele toimusid loengud ja töötoad. Mentoril tuli keskenduda mentee toetamisele ning pöörata rõhku juhendatava sõnastatud eesmärkidele – kuidas muuta praktise töökorraldus efektiivsemaks, motiveerida meeskonda või korraldada tööjaotust nii, et patsiendid saaksid oma muredes abi võimalikult kiiresti. Programm võeti vastu positiivselt.

Tervisekassa partnersuhtluse osakonna peaspetsialisti ja programmi kassapoolse eestvedaja Mari Kalbini sõnul saavad programmis osalemisest kasu nii menteed kui ka mentorid: esimesed saavad lisaks mentorite toetusele uusi teadmisi muutust käivitavate vestluste pidamiseks ja eesmärkide seadmiseks, mentorid aga mentorluse olemusest ja arengutreenivast juhtimisest.

Kui teisel aastal kaasati programmi esimesel aastal programmis mentoritena osalenud *coach*id (enesearengutreeneri, toim), siis tänavu toimus uuendusega kolmepäevane juhtimiskoolitus, kas

räägiti muuhulgas organisatsiooni ja aja juhtimisest, delegerimisest, strateegilisest planeerimisest ja motiveerimisest.

Kalbin lisab, et programmis on osalenud perearstid üle kogu Eesti ning selle lõpetanud perearstidest menteed naasnud programmi lõppedes tööle oma perearstikeskusesse. „Esimesel aastal oli mentorite seas üheksa, teisel 14 ja kolmandal 15 perearsti, kes samuti jätkasid programmi lõppedes tööd oma perearstikeskuses. Teiste mentoritena on programmis osalenud tervisekassa, terviseameti ja sotsiaalministeeriumi spetsialistid,” räägib ta.

Tervisekassa esindaja sõnul läks mulle, juhtimiskoolitust ja mentorluskoolitust sisaldanud mentorlusprogramm maksma pisut üle 70 000 euro. „Kui perearst läheks sellist koolitust omal käel ostma, maksaks see talle üle kahe tuhande euro. Tervisekassa teeb koolituse saamiseks riigihanke, tänu millele saame selle osaleja kohta soodsamalt. Investeering taub end esmatasandi tugevdamist ja jätkusuutlikumaks muutmist silmas pidades igal juhul ära,” lisab Kalbin.

Küsisime kahe programmis osalenud perearstipaari esindajalt – Laura Prettilt (LP) Linnamõisa perearstikeskusest, Regle Adamsonilt (RA) Sõmeru perearstikeskusest, Katre Altmetsalt (KA) Tartu Raatuse perearstikeskusest ja Triinu-Mari Otsalt (T-MO) Laagri perearstikeskusest – miks nad programmis osaleda otsustasid ja mida see neile andis.

Kui pikalt perearstitööd teinud olete?

LP: Lõpetasin residentuuri 2016. aasta augustis ja nimistuga perearst olen alates 2017. aasta jaanuarist.

RA: Alustasin tööd perearstina 2013. aastal Soome tervisekeskuses ja jätkasin seda pärast residentuuri lõpetamist 2021. aastal.

KA: Perearstitööd olen nüüdseks teinud kuus aastat. Lõpetasin residentuuri 2014. aasta jaanuaris, sel ajal töötasin juha Medicumi perearstikeskuses ja alates 2020. aastast Tartu Raatuse perearstikeskuses. Vahepeal olin kolmanda lapsega kodune. Enne töötasin töötervishoiuarstina Tartu ülikooli kliinikumis, Medicumis ja Qvalitase arstikeskuses.

T-MO: Olen perearstitööd teinud üle 20 aasta, koos residentuuriga 25 aastat. Alguses olin seitse aastat maal üksikpraksises, siis hakkasin Tallinna külje all üles ehitama perearstikeskust, seega on mul nii maal kui ka linnas, nii üksik- kui ka suure prakses perearstina töötamise kogemus. Mentorina programmis osalemise otsuse tegemisel saigi määravaks just mitmesugune töökogemus.

Kellena ja millal programmis osalesite ning miks seda teha otsustasite?

LP: Osalesin aasta tagasi mentee ja tänavu mentorina. Mind veenis programmis osalema doktor Elle-Mall Sadrak (2021. aastal mentor ja 2022. aastal *coach*, toim). Alguses olin osalemise osas kahtlev, sest elu- ja töötempo on kiire, aga programmit kestab pikalt ja nõuab aega nii koolituspäevade näol kui ka aja pühendamist menteele. Lisaks kahtlesin, kas saan praksist mitte omavana menteele piisa-

valt abiks olla. Lõpuks otsustasin osaleda enda arendamiseks ja soovist kolleegidele toeks olla.

RA: Osalesin programmis menteena mullu augustist tänavu aprillini. Otsustasin osaleda, kuna võtsin nimistu ja alustasin ettevõtlusega. Tahan luua head perearstikeskust, kus on rahul nii töötajad kui ka patsiendid ning teiste kogemustest, toetusest ja suunamisest on suur abi.

KA: Osalesin programmis 2022. aastal menteena, kuna tahtsin teada, millena on tegu ning lootsin saada inspiratsiooni nimistuga tööle asumiseks, nippe oma töö oskuslikuks korraldamiseks ja ehk ka edaspidi iseseisva ettevõtjana töötamiseks. Igatsesin kolleegidega tihedalt suhelda ning näha perearstitöö seda poolt, mis jääb väljapoole meditsiinilist tegevust, millised on nende igapäevased murekohad ning kuidas nad ennast ja oma personali motiveerivad.

T-MO: Osalesin 2022. aastal programmis mentorina. Kui minu algne mõte oli programmis oma kogemusi jagada, siis tegelikkuses osutus programm hoopis õppeprotsessiks mulle endale.

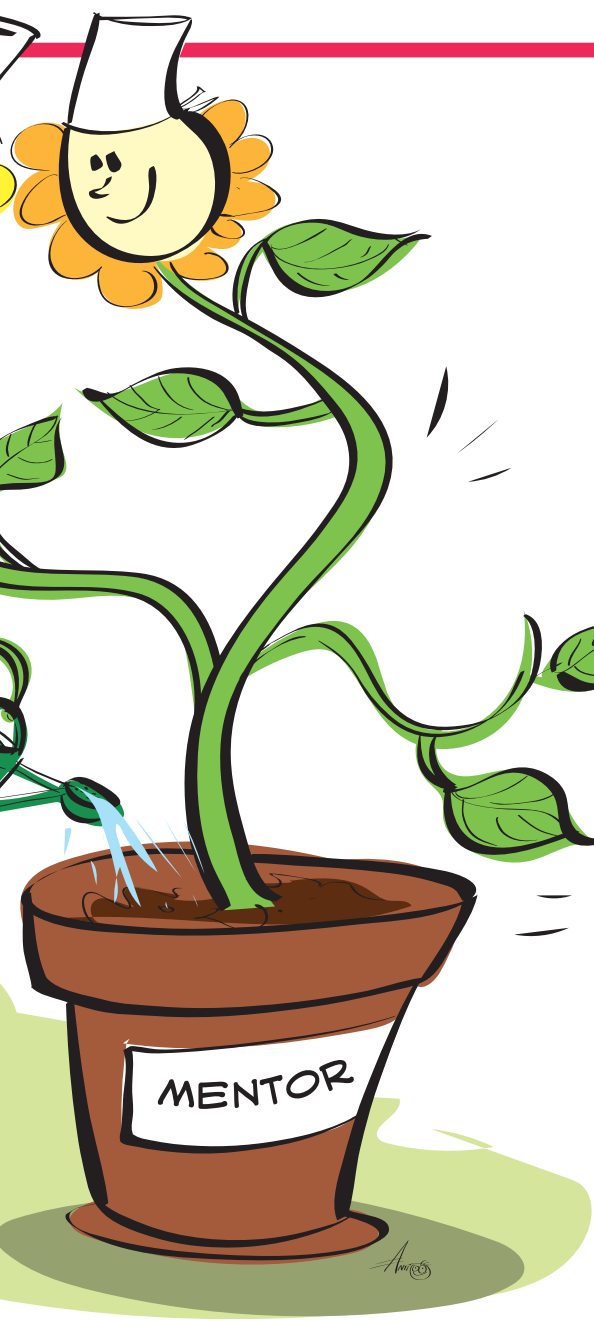
Millist osa programmist kõige kasulikumaks peate?

LP: Programm oli väga kasulik, näiteks



Katre Altmets,
Tartu Raatuse
perearstikeskuse perearst

Mentorlus on raamistiku loojana üks tänuväärne ettevõtmine!



vustsoonist välja astuma, mida toetas ka soov edasi areneda. Kõige kasulikumad olid silmast silma kokkusaamised mentoriga ning arutelu selle üle, kuidas minu eesmärgid saavutada. Samuti meeldisid mulle väga kohtumised kogu rühmaga, kus lahendasime õppest saadud teoreetilisi teadmisi kasutades mitmesuguseid praktilisi situatsioone, mis võivad töös ette tulla. Hea oli ka lihtsalt kolleegidega rääkida. Mulle oli toeks ka kohtumine *coach*'iga, kes tutvustas, milliseid asju nimistu majandusliku poolega tegeledes tähele panna. Armastan õppida praktikutelt: programmis osaledes nägin, kui tähtis on tulla oma keskusest välja ja näha ning kuulda, kuidas teised oma tööd korraldavad ja kriitiliselt hinnata ka enda tööd. Olen ka hiljem otsinud kontakte just heade oma ala praktikutega. Puhtalt ajapuudusel pole ma mentorluses seni rohkem osalenud, kuid edaspidi võtan selle ehk uuesti plaani.

T-MO: Muidugi oli mul võimalus ka oma kogemusi rakendada ja jagada, kuid kõige kasulikum oli õppida menteed päriselt kuulama, ennast tema kingadesse mõtlema ja otsima lahendusi tema enda seest, mitte pakkuda talle minule kunagi sobinud lahendusi. See oli ka paras õppimise koht endale – alati ei pea ise rääkima, et tarkust jagada. Programmi hindamatu väärtus oli ühine aeg kolleegidega ning ühiste mõtete ja kogemuste jagamine. Tunnen, et paar korda kuus kindla regulaarsusega koos olla, arutada ja supervisioone teha on luksus. Mentorlusprogramm muutis kindlasti mind inimese ja juhina ning küllap rakendan samu nippe ka perearstina: ka patsiendid ei taha iga kord “valmis lahendusi”, vaid vajavad suunamist, et ise õigete lahendusteni jõuda – nii on muutused kõige püsivamad.

Millised on perearsttöö suurimad väljakutsed ja kas programmis osalemine aitas tööd lihtsamaks muuta?

LP: Minu suurim väljakutse on töö maht. Kui soovid oma patsiente aidata, on vaja kuulata, süveneda, olla kursis uuringute- ja ravivõimalustega. Patsiente on palju, nii nende kui ka riigi ootused ja nõudmised järjest kasvavad ning lisandub palju uusi kohustusi. Selle kõige on vajalik, aga keeruline ennast kursis hoida. Lõpuks tahaks arstitööd teha hästi, et säiliks töörõõm ja patsientidel ikka oleks oma perearst. Tööd aitaks lihtsustada parem patsientide terviseharitus, usaldusväärsete infoallikate kättesaadavus ning selged raviteekonnad, kus kõik täidavad oma kokkulepitut rolli. Kindlasti oleks abi ka digilahendustest, mis aitaksid tulevikus haiguslugu automaatselt dokumenteerida ja kaotaksid kopeerimise ühest loost teise, tekitaksid tsentraalse raviplaani jne. Kokkuvõttes on peremeditsiini erialal palju väljakutseid, aga see on ka väga põnev ja arendav. Programmis sain palju tuge kolleegidelt, kellega käisime koos koolituspäevadel ning saime oma muresid ja rõõme jagada nii vabadel hetkedel kui ka koolituskoolitustelt ja tagasisidestatud. Palju abi ja teadmisi sain ka juhtimiskoolitustelt ja arengureeningult.

KA: Mulle meeldis, et pidin oma muga-

Tasub teada:

Peremeditsiin mullustes numbrites

- Mullu 1. septembri seisuga oli Eestis umbes 1,34 mln inimest, umbes 782 nimistut ja umbes 421 tervishoiuteenuse osutajat.
- Arste oli 1089, õdesid 1910 ja inimesi nimistus keskmiselt 1734.
- Asendusnimistuid oli umbes 70 ja nende arv oli kasvuteel.
- Noorte perearstide ja -õdede värbamisel tuleb arvestada, et nad tahavad rohkem töötada kaugel ja osalise koormusega, ei oska eriti vene keelt ja neil on suured palgasoovid.

Allikas: Perearstide seltsi juhi Elle-Mall Sadra eettekanne möödunud aasta lõpul toimunud Meditsiiniuudiste konverentsil Meditsiin 2024.

Juba töölaual minu lähendada olevat teen tänu programmis osalemisele kindlasti teadlikumalt.

Triinu-Mari Ots

suhtlust nii eraelus kui ka tööl, nii kolleegide kui ka patsientidega. Juhtimiskoolitustel saadud teadmised aitavad paremini mõista organisatsiooni ja selle protsesse ning töötajate motivatsiooni.

RA: Suurim väljakutse on mitte läbi põleda ning osata valida ennast ja öelda “ei”. Programmist sain konkreetseid juhtimisalaseid teadmisi, mida perearstikeskuse töö korraldamisel järgida ning tööriistu läbipõlemise/tööstressi ennetamiseks. Rühmatööd ja ühised arutelud tekitasid kuulumistunde ning kinnitasid, et olen õigel teel. Et midagi lihtsamaks muuta, peaks alustama algusest: juba lasteaias võiks õpetada tervise põhitõdesid ja kooliõpilastele juba täpsemaid juhiseid, näiteks valuvaigistite kasutamist. Samuti võiks eriarstisüsteemis mõelda inimese kui terviku peale, näiteks tuleks patsiendi endoproteesimisjärgse hooldusravi vajaduse hindamisel kirurgiliste tüsistuste kõrval arvestada ka kaasuvate haigustega jne. Näiteid võib tuua igast valdkonnast, aga koostöö eriarstidega peaks olema parem. Äkki aitaks kohustuslik peremeditsiini tsükkel residentuuri ajal? Ka tasustamine peaks olema õiglasem: kõigile ei saa anda ressursse ühe kulbiga, kui keskuste töökorraldus, teenused jne erinevad.

KA: Programm aitas mul jõuda arusamisele lühema- ja pikemaajalistest eesmärkidest oma töös. See motiveeris mind viima oma töö uuele tasemele, võtma nimistut, hakkama mõtlema tulevikus ettevõtte ning iseenda töökoha ja -tingimusi-

te loomisele. Sain vahetu ülevaate, kuidas tänapäevane hästi toimiv perearstikeskus võiks töötada ja mida on selleks vaja. Kui sul on inimene kõrval, toimub arenguhüpe palju kiiremini – selle kogemuse pinnalt näen, et enda arengus hoidmiseks aeg-ajalt mentori või *coach*'i kaasamine on juhtide ja ettevõtjate jaoks tavapärane ja täiesti vajalik. Oli võimalus vahetult suhelda teiste perearstidega ning näha, mis teemadega nad oma nimistu pidamisel igapäevaselt tegeleva peavad ja milliseid väljakutseid esitab meeskonna motiveerimine ja hoidmine. Mulle jäid programmis osalenutest eredalt meelde minu mentor Triinu-Mari Ots, arengupartner Tatjana Meister, *coach* Anu Valli ja tore inspireerija Kristel Uustamm – olen püüdnud nendega aeg-ajalt kas kokku saada või mõtteid pörgatada, mis on väga värskendav. Soovitan kõigil tervisekeskuste meeskondadel kaardistada tööd nii enda kui ka teistes keskustes, nägemaks, mis kuskil toimib või ei toimi, mida tasub üle võtta jne. Mentorlus on selleks raamistiku loojana üks tänuväärne ettevõtmine!

Minu arvates on perearsttöö üks suuremaid väljakutseid töötajate rahulolu ja motiveeritus, eriti just personalipuuduse tingimustes. Üle aasta oma nimistuga töötanuna olen üllatunud, kui palju energiat ja aega kulub oma nimistu töötajate üksmeele ja suhete hoidmiseks, töötajate leidmiseks jne – see on pea omaette töökoht. Näen, et töötajad soovivad teha tööd, kus tunnevad end hästi ja mis on nende jaoks mõtestatud. Tihti ei piisa enam ilusast kontorist ja parimatest töövahenditest ega isegi heast palgast, mida võib maksta iga konkurent. Peab oskama märgata iga inimese tugevusi. Selleks on juhil ühe asjana vaja inimestega rääkida ja aru saada, mida keegi oma maksimumi saavutamiseks vajab. Patsient on nii rahul, kui rahulolevana tunneb end töötaja.

Perearst on oma meeskonna juht, olgu ta ettevõtja või palgatöötaja. Kindlasti on arste, kes sobivad selleks rohkem ja seda naudivad. Mingis osas võiks siin appi tulla näiteks tervisekassa, mis kaasaks superviisorid/personalijuhid, et pakkuda tiimidele vajaduspõhist igapäevast ja koolituste vormis nõustamist. Sageli on töötajatel raske leida ühist aega vestlusteks, mis on samas ülioluline nn sotsiaalse kapitali tekkimiseks ja sealt omakorda hea meeskonnadünaamika kujunemiseks. Koormuse jaotamisel on üks võtmesõna rollide jaotus, kuid selleks on vaja inimesi, kes ülesandeid võtta soovivad, sest sisemised motivaatorid erinevad ja väikeses meeskonnas ei pruugi olla nii palju inimesi, kes need kõik välja kannaksid, ent töö on vaja ära teha.

T-MO: Perearsttöö suurimat väljakutset – piiramatut nõudmistepõhist töövoo- gu – programm küll ei lahendanud, kuid seda osa, mis juba töölaual minu lähendada on, teen tänu programmis osalemisele kindlasti teadlikumalt. Paraku nõuab selline lähenemine rohkem aega kui kiirete lahenduste pakkumine, seega lihtsamaks see perearsttööd just ei tee, kindlasti aga muudab juhi õpitu oma meeskonnas rakendamine keskuse töökorraldust kvaliteetsemaks ja sisulisemaks.

Krooniline valu ajab korduvalt arstiabi otsima

Kaebus Kolmandik inimesi kogeb pikaajalist valu

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Reumafoorumil tegi kroonilise valuga patsiendist perearstipraksises ülevaate Laagri perearstikeskuse perearst ja Tartu ülikooli doktorant Marta Velgan. Avaldame tema loengu kokkuvõtte.

Kui reumatoloog näeb kroonilise valuga patsiente võib-olla paar korda, siis üldiselt jälgib neid edasi perearst, eriti kuna kroonilise valuga patsiendid pöörduvad oma murega sageli korduvalt. Patsiendile abi andmisel on oluline võimalus saata ta kiirelt ja ilma takistusteta füsioteraapia- ja psühhoterapiasse. Paraku on see hetkel võimalik vaid hästi toimivates tervisekeskustes.

Me kõik kogeme valu ja see on üks sagedasemaid meditsiiniabi otsimise põhjuseid. Kuni 30% inimestest kogeb elus pikaajalist valu, mis kestab üle kolme kuu. Perearst on patsiendile enamasti esimene kontakt, kuid kroonilise valu väljaõpe on ülikoolis olnud seni tagasihoidlik. Ka minul tuli parem teadmine sellest teemast alles residentuuris, kuid kogemused alles perearstina töötades. Probleemiks on siin erinevad käsitlused nii perearstiabi kui ka eriarstiabi tasandil.

Esimene patsient

Esimene kroonilise valuga patsient pöördus minu poole kolm aastat tagasi. Tegu oli 24aastase naisega, kes kaebas valu eri piirkondades juba ligi aasta, kuid polnud varem abi otsinud. Pöördumise põhjus oli valu süvenemine viimase kahe nädalaga.

Valu süvenes öhtuks ja seoses füüsilise koormusega, öist valu oli harva ja liigutamine tõi veidi leevendust. Paratsetamool valu ei leevendanud. Varasemast anamneesist selgus, et patsiendil oli aastaid tagasi diagnoositud spondüloartriit, ta oli olnud sellega reumatoloogi jälgimisel ja saanud ka ravi. Patsiendi isal oli diagnoositud psoriaatiline artriit. Vereanalüüsid põletikku ei näidanud ja reumatoloogile sai koostatud e-konsultatsioon. Reumatoloog arvas, et tõenäoliselt ei ole tegemist spondüloartriidiga, kuid soovitas alustada ravi gabapentiini ja NSAIDga, mis andis patsiendile ka kiirelt praktiliselt valuvaba efekti. Ravi gabapentiiniga kestis



Tuleks otsida ka sügavamaid põhjuseid, miks krooniline valu on tekkinud.

Doktor Marta Velgan

FOTO: ERAKOGU

kokku seitse kuud. Patsient käis korduvalt ka füsioterapias, et säilitada liikumine ja füüsiline aktiivsus.

Kroonilise valu puhul tuleks otsida ka sügavamaid põhjuseid, miks selline valu on üldse tekkinud. Sageli on taustal vaimse tervise mured ja ka mainitud patsient pöördus hiljem vastuvõtule sooviga minna psühhoterapiasse. Samuti võib kroonilise valu taustal tekkida teisi terviseprobleeme, mis vajavad ravi – neid ei tohiks maha magada.

Teine näide 52aastasest mehest, kellele tehti 2020. aastal radikulopaatia (L5) ja spinaalstennoosi tõttu kirurgiline ravi. Operatsioonijärgselt oli tal jäänud püsima alaseljavalu, mis kiirgus puusadesse, reitesse ja säärtesse. Kaebused mõjuta-

sid oluliselt patsiendi elukvaliteeti ja igapäevaseid toiminguid. Alaseljavalu tekkis kohe püstiasendisse tõusmisel, süvenes raskuste kandmisel ja pikemal seismisel. Patsiendi liikumine oli oluliselt takistatud ja ta kasutas rulaatorit. Pikali ja istudes oli valu vähem ja öösel magamist see ei seganud. Patsiendil oli mitu kroonilise valu riskitegurit, nagu vähene liikumine, ülekaal ja suitsetamine. Suitsetamine on oluline kroonilise valu teket mõjutav tegur, mida võiks selgitada ka patsiendile ja soovi korral pakkuda talle tubakast loobumise nõustamist.

Patsiendil oli kaasuvalt ateroskleroos ja hüpertensioon. Peale operatsiooni hakkas patsient kaebama kõndimisel (20–30 m) vasakusse sääre tekkivat valu. Õnneks tekkis raviarstil selle asemel, et valu varasema probleemi kaela ajada, kahtlus, et selle taga võib olla mingi muu probleem. KT-angiograafia kinnitas arterite ahendamist. Patsiendile tehti plaaniliselt vasaku reiearteri endarterektomia ja operatsiooni järel valu vasakusse sääre enam ei tekkinud.

Keerulise anamneesi ja haiguse kulu tõttu on patsient olnud pigem teiste eriarstide jälgimisel ja ravil. Patsiendi valuravi juhivad valuarst ja -õde ning teda on korduvalt suunatud ka taastusravisse.

Kolmas näide on 30aastane naispatsient, kellel oli pöördumise hetkel üle kuue kuu esinenud alaseljavalu, millele lisandus viimase kuu jooksul ka valu paremas labajalas. Valu lokaliseerus päka piirkonda ja esines peamiselt koormusel. Alaseseljavalu vaevab patsienti peamiselt öösi ning ajas 2–3 tundi pärast uinumist üles või siis päeval, kui ta püsis pikalt ühes asendis. Öine valu leevenes üles tõustes ja liikudes. Päeval liikudes oli patsiendil päris hea olla. Probleem ägenes patsiendi raseduse ajal. Valu vastu oli ta võtnud ibuprofeeni ja paratsetamooli ning saanud selle foonil pikemalt magada.

Patsiendi varasemat lugu uurides selgus, et tal olid esinenud korduvad iridotsükliidi episoodid ja diagnoositud peanaha psoriaas. Seetõttu oli ta varem olnud ka reumatoloogide vaateväljas, kus diagnoositi mittediferentseerunud spondüloartropaatia ning hüpermobiilsuse sündroom. Esmane raviplaan nägi ette füsio-

terapiat ja valuraviks määrati NSAIDid. Tehti vereanalüüsid, kus põletikuleidu ei esinenud ning e-konsultatsioon reumatoloogile. Patsient kutsuti reumatoloogi vastuvõtule, tolle arvates võis tegemist olla HLA B27(+) psoriaatilise SpA ja ileumi osteiidiga. Pärast MRT-uuringut jäi lõplikuks diagnoosiks väheväljendunud psoriaatiline artriit. Esialgu sai patsient raviks valutavasse liigesesse glükokortikoidi süste. Kuna alaseljavalu püsis ja patsient samal ajal imetas, soovitas reumatoloog alustada bioloogilist ravi.

Mitmesugustel põhjustel patsient ravi ei alustanud, kuid seljavalu vahepeal ägenes. Mõne aja pärast pöördus ta uuesti vastuvõtule sooviga minna psühhoterapiasse, kuna süvenes meeleolu langus, energiapuudus, väsimus ja ärrituvus.

Vaimse tervise olukorra halvenemise üks põhjus oli pidev väsimus ja magamatus, mis olid omakorda tingitud öösel tekkinud alaseljavalust. Kuna patsient ei olnud nõus uuesti reumatoloogile pöörduma, pidime leidma koos lahenduse, kuidas öiseid valusid leevendada. Alustasime ravi amitriptüliiniga. Patsient alustas ka psühhoterapiaga, millest oli suur abi, ning jätkas füsioterapiat. Ravi amitriptüliiniga kestis pea aasta, kuid selle lõpetamise järel seljavalu taas ägenes. Sel korral oli patsient nõus uuesti reumatoloogile pöörduma ning praeguseks on ta eriarsti jälgimisel ja saab psoriaatrilise artriidi ravi.

Seega võib vahel juhtuda, et patsient ei ole nõus raviplaaniga, mis oleks antud olukorras kõige kasulikum ning tuleb leida ravivõimalus, millega ta on esmalt nõus ning olla olemas, kui patsient ümber mõtleb.

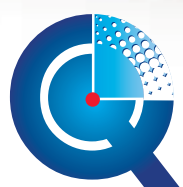
Vajalik meeskonnatöö

Kroonilise valuga patsienti ei saa aidata üks inimene, vaid selleks on vaja meeskonda nii perearstiabi kui ka eriarstiabi tasandil. Aitab ka see, kui tervishoiutöötajad oleksid sellisest probleemist teadlikumad ning teadmised ja käsitlused oleksid ühtlasemad – et me kõik räägiksime sama keelt. Kroonilise valu ravimine võib olla väga kulukas, mistõttu on oluline see võimalik vara ära tunda ning sellega võimalikult varakult tegelema hakata.

Nalgesin® forte

Naprokseennaatrium
Õhukese polümeerikattega tabletid
550mg N30

Alati kui valutab.



Nalgesin® forte.

Kiire ja pikk lahendus valule

seljavalu, hambavalu,
migreeni profülaktika,
düsmenorröa, äge
podagrahoog

reumatoidartriit,
osteoartroos,
anküloseeriv
spondüliit



Näidustus: Valu. Reumaatilised haigused.

Annustamine: Täiskasvanud. *Valu:* tavaline annus 550...1100 mg ööpäevas. Alagnusena manustatakse 550 mg, seejärel manustatakse iga 6...8 tunni möödumisel 275 mg. 550 mg tablette manustatakse 12-tunnise intervalliga, hommikuti ja õhtuti. Nendel patsientidel, kes taluvad väiksemaid annuseid hästi ning kellel ei ole esinenud seedetrakti haigusi, võib äärmiselt tugevate valude korral suurendada ravimi ööpäevast annust 1650 mg-ni, kuid sellist skeemi ei tohi rakendada kauem kui 2 nädala vältel. *Migreeni profülaktika:* soovitatav annus on 550 mg kaks korda ööpäevas. Kui 4...6 nädala jooksul migreenihoogude sagedus, intensiivsus ega kestus ei vähene, tuleb ravimi kasutamine lõpetada. Migreeni esmaste sümptomite ilmnemisel manustatakse 825 mg naprokseennaatriumi ning vajadusel 30 minuti möödumisel ka teine, 275...550 mg annus. *Düsmenorröa:* soovitatav algannus on 550 mg, seejärel manustatakse iga 6...8 tunni järel 275 mg. Äge podagrahoog: algannuseks on 825 mg, seejärel 8-tunniste intervallidega 275 mg kuni hoo vaibumiseni. *Reumatoidartriit, osteoartroos ja anküloseeriv spondüliit:* algannuseks on tavaliselt 550...1100 mg ööpäevas, mis jagatakse kaheks annuseks – hommikuseks ja õhtuseks. Tugevate öövalude, raske hommikuse jäikuse või mõlema sümptomiga patsientidel, suurtes annustes teisi mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid kasutanud patsientidel, kes lähevad üle ravile naprokseennaatriumiga ning osteoart-

Viide: Nalgesin forte ravimi omaduste kokkuvõte.

roosiga patsientidel, kellel juhtivaks on valusündroom, on soovitavaks algannuseks 825...1650 mg ööpäevas. Ööpäevane säilitusannus on tavaliselt vahemikus 550...1100 mg, mis manustatakse üldiselt kaheks annuseks jagatult. Hommikune ja õhtune annus ei pruugi olla ühesuured. Annuseid võib kohandada vastavalt prevaleerivatele sümptomitele – öiste valude ja/või hommikuse jäikuse esinemisele. Mõnedel patsientidel piisab ravimi manustamisest üks kord ööpäevas, kas hommikul või õhtul. *Lapsed ja noorukid kehakaaluga üle 13 kg.* Alla 16-aastastele lastele võib naprokseeni manustada ainult juveniilse artriidi raviks annuses 10 mg/kg päevas jagatuna 2 annuseks iga 12 tunni järel. *Eakad.* Eakatel patsientidel tuleb nii nagu teisigi ravimeid kasutada ka naprokseeni vähimas toimivas annuses. *Neerukahjustusega patsiendid.* Neerukahjustusega patsientidele tuleb ravimit manustada ettevaatusega. *Maksakahjustusega patsiendid.* Maksafunktsiooni häiretega patsientidele tuleb ravimit manustada ettevaatusega.

Körvaltoimeid saab vähendada, kasutades naprokseeni minimaalset efektiivset annust võimalikult lühikese aja jooksul, mis sümptomite kontrollimiseks vajalik.

Manustamisviis: Tabletid tuleb alla neelata tervelt, koos mõningase koguse vedelikuga. Samaaegne söömine võib aeglustada naprokseeni imendumist, kuid ei vähenda imenduvat kogust. Seega ei avalda toidu tarvitamine naprokseeni toimele kliiniliselt olulist mõju.

Komorbiidne depressioon raskendab kaasuvat haigust

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Vaimse tervise konverentsil tegi ülevaate komorbiidsest depressioonist Tartu ülikooli kliinikumi psühhiaater ja arst-õppejõud Innar Tõru.

Psüühikahäirete klassifikatsiooni järgi on depressioon seisund, mille põhilised tunnused on alanenud meeleolu, kurvameelsus, rusutus, masendus, huvitus, rõõmutus ja energia puudus. Esinema peaksid ka lisasümptomid, nagu halvenenud keskendumisvõime, alanenud enesehinnang, süü- ja väärtusetustunne, pessimistlik suhtumine tulevikku, elutüdimus, suitsiidimõtted, unehäired, isumuutused. Depressioon diagnoositakse, kui on olemas vähemalt kaks põhitunnust ja vähemalt kaks lisatunnust ning sümptomid on esinenud vähemalt kahe nädala vältel.

Kuna pilt ei ole siiski nii lihtne, kui esialgu tundub, noppis doktor Tõru klassifikatsioonist välja sellised psüühikahäired, mille puhul esineb ka depressioonile iseloomulikke tunnuseid. „Kui depressiivne episood ja korduv depressioon on klassikalised, siis depressiivseid sümptomeid näeme ka püsivate meeleoluhäirete puhul, samuti depressiooni sümptomitega ärevushäirete, kohanemishäirete ja noorukite puhul ka depressiooniga käitumishäire korral,“ rääkis ta.

Esmane kaebus võib olla valu

Depressioon võib tekkida ka orgaanilisel põhjusel, psühhoaktiivsete ainete tarvitamisel, skisofreenia ja bipolaarse häire korral.

Depressiooni esineb kuni veerandil esmatasandi patsientidest ja depressiivseid häireid kuni 55%. Veel üsna hiljuti diagnoositi depressiooni esmatasandil vaid 25-50% depressiooniga haigetest. „Kuna depressiooni ja depressiivseid häireid esineb niivõrd paljudel, on depressiivne seisund koos muude häiretega suhteliselt tõeäoline,“ juhtis Tõru tähelepanu.

Depressiooni diagnoosimisel on kerge ja mõõduka vormi korral välja toodud ka alamvariandid – somaatiliste sümptomitega ja ilma somaatiliste sümptomiteta, mis osutab, et depressioon ise võib luua teatud mõttes komorbiidsuse. Lisaks meeleolu sümptomitele võivad seega esineda ka kehalised sümptomid.

„Somaatilised sümptomid võivad tekitada veidi segadust, kuna siia alla kuulub ka anhedoonia, sõltumine ööpäeva rütmist (halvem hommikupoolikuti), süütunded, kuid ka varane insomni, märgatav kaalulangus, pidurdatus või rahutus ja liibido langus,“ rääkis Tõru. Kaasneda võivad ka kehalised vaevused ja valud, mida otseselt klassifikatsioonist ei leia.

Kas depressioon põhjustab kehalisi



Depressiooniga haigetel on pea kõikide psüühikahäirete esinemissagedus tunduvalt kõrgem.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kui valu-sümptomeid õnnestub leevendada, siis leeveneb ka depressioon.

Doktor Innar Tõru

vaevusi, kas kehalised vaevused põhjustavad depressiooni või esinevad depressioon ja kehalised vaevused teineteisest sõltumatult? Ligi 2/3 depressiooniga haigetest esitab arstile kehalisi kaebuseid, millest paljud on seotud erinevate valudega.

„Enamikul juhtudest ei tule depressiooniga inimene perearstile depressiooni kaebusega, vaid kurdab mingeid kehalisi vaevuseid,“ ütles Tõru. Uuringutes on leitud, et 56% depressiooniga haigetest kannatab mõõdukat või tugevat valu ja 70% neist ei ole valule orgaanilist seletust. Ühes teises uuringus on leitud, et vaid 16% somaatilistest kaebustest (mitte ainult valu) leiti orgaaniline põhjus. Selgus, et mi-

da rohkem kehalisi sümptomeid patsientidel oli, seda suurema tõenäosusega oli tal ka kas ärevushäire või depressioon. Enam kui viis aastat enne depressiooni diagnoosimist oli 30% neist inimestest kehalised vaevused.

Samas väärrib depressiooni ravidest tähelepanu, et tugevamad valusümptomid korreleeruvad halvema ravitulemusega ja kui valusümptomeid õnnestub leevendada, leeveneb ka depressioon. Valusümptomite leevenemine korreleerub kõrgema remissioonimääraga.

„Seega võib öelda, et esimene depressiooni komorbiidsus on depressiooni endaga – depressioon põhjustab kehalisi vaevuseid, millega koos esinevad meeleolu puudutavad muutused,“ võttis Tõru kokku.

Kas kehalised vaevused põhjustavad depressiooni? Depressiooni põhjustab terve rida kehalisi haiguseid (insult, infarkt, diabeet, Parkinson jne). Depressiooni sümptomeid võivad põhjustada ka teatud ravimid (digoksiin, L-DOPA, steroidid, beetablokaatorid, östrogeeniparaadid, neuroleptikumid jne). Depressiooni põeb 50% Parkinsoni tõvega haigetest, 20-50% insuldiga haigetest, 20-45% kasvajatega haigetest, 14-28% diabeediga haigetest jne. Mitu uuringut on näidanud, et kaasuv ravimata depressioon halvendab

põhihaiguse kulgu ja ravi tulemuslikkust. MI-järgselt esines depressioon 20-30% haigetest. 18 kuu möödudes suri 17% depressiooniga haigetest ja 3% ilma depressioonita haigetest.

Tugevaim seos ärevushäiretega

„Pea kõikide psüühikahäirete esinemissagedus oli depressiooniga haigetel vähemalt kaks korda kõrgem kui mittedepressiivsetel,“ jätkas Tõru.

Kõige tugevam seos oli ärevushäirete ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisega seotud häiretega. Umbes 45% (42-49%) depressioonipatsientidest kogeb ärevuse sümptomeid.

40-60% ärevushäirega patsientidest esineb elu jooksul lisaks depressioonile obsessiiv-kompulsiivne häire (67%), üldistunud ärevushäire (58%), paanikahäire (56%) jne.

Alkoholisõltuvusega meestest esines depressioon 24,3% ja naistest 48,5%.

Seega võib öelda, et komorbiidne depressioon on väga sage nii somaatiliste haiguste kui ka psüühikahäirete korral ja depressioon ise võib põhjustada tervet rida somaatilisi vaevuseid.

„Komorbiidne depressioon komplitseerib kaasuva haiguse kulgu, kuid komorbiidne depressioon on tuvastatav ja ravitav,“ lõpetas Tõru positiivsel noodil.



Salymbra

Tianeptiin



Näidustus

Depressioon täiskasvanutel.



Annustamine

12,5 mg **3 korda** ööpäevas enne sööki.

Eakad

Annust vähendada 12,5 mg-ni **2 korda** ööpäevas.

Lapsed ja noorukid

Ravimi kasutamine ei ole soovitatav, sest ei ole piisavalt andmeid ohutuse ja efektiivsuse kohta.

Neeru- või maksakahjustus

Raske neerukahjustuse (kreatiniini kliirens < 19 ml/min) ja raske maksatsirroosiga (Child-Pugh' skoori aste C) patsientidel tuleb annust vähendada 12,5 mg-ni **2 korda** ööpäevas.



Tianeptiini toime

1

Toime depressiooniga seotud ärevussümptomitele

2

Toime meeleoluhäiretele – on toime sedatiivsete ja stimuleerivate antidepressantide vahepeal

3

Oluline toime somaatiliste kaebuste, eriti foobiate ja meeleoluhäiretega seotud mao- ja soolestikukaebuste suhtes

4

Biotransformatsioon ei ole vahendatud tsütokroom P450 poolt – väiksem tõenäosus ravimite koostoimete tekkeks

5

Puudub toime unele ja ärkvelolekule

6

Puudub toime kolinergilisele süsteemile – ei esine antikolinergilisi sümptomeid

Salymbra tianeptiin 12,5 mg õhukese polümeerikattega tabletid.
Retseptiravim.

Näidustused: Depressioon täiskasvanutel.

Müügiloa hoidja: Sandoz d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana Sloveenia.

Täiendav info: Sandoz d.d. Eesti filiaal, Pärnu mnt 105, 11312 Tallinn. Tel 665 2400.

BS2309151818 15.09.2023

SANDOZ A Novartis
Division

Kaarin Tohter: operatsiooniõde peab kogu aeg järgmist käiku ette mõtlema

**Olete lastehaiglas üks olulisemaid
lülisid – operatsiooniploki vastu-
tav õde. Kuidas te lastehaiglasse
sattusite?**

Sattusin lastehaiglasse esimesele haigla-
praktikale 1999. aasta jõulude paiku. Töö-
tasin siin kooli kõrvalt abilisena, 2002.
aastast alustasin õetööd ja olin siin 2007.
aastani. Seejärel käisin enam kui 15 aastat
kogemust omandamas teistes haiglates.
Aga lastehaigla kutsus mind sisimas ta-
gasi. Eelmise aasta kevadel kandideerisin
kirurgiikliiniku vastutavaks õeks ja mind
valitigi.

Struktuurimuudatuste järel kuulub
operatsiooniplokk nüüd anestesioloogia ja
intensiivravi kliiniku alla.

**Kuidas on läinud taaskohanemine
lastehaiglas, mis teile meeldib?**

Meeldib väike haigla, ja lapsed meeldivad.
Sellega olen üli rahul. Uusi asju õppides on
aeg väga kiiresti läinud, iga päev saad mi-
dagi teada.

Tegelikult tahtsin juba 5aastasena operat-
siooniõeks saada, vaatasin dokumentaalfilmi
dr Sullingust ja tema läbi viidud südamelei-
kusest, see inspireeris mind õeks õppima.

**Mille poolest on lastehaigla erili-
ne, et siia opiplokki tööle tulla?**

Lastehaigla teevad eriliseks väikesed patsi-
endid. Meie töökeskkond on lapsesõbra-
lik ja perekeskne. Mulle meeldib suhelda
emade, isade, lastega – perekesksust, lapse-
sõbralikkust tahaks veelgi arendada. Eel-
misel aastal käivitus meil projekt “Emaga
operatsioonituppa”, kus vanem – ema või

isa või keegi lähedane – võib saata last
operatsioonitoani.

Oleme jaganud nädalad, kes võtab
vanema ja lapse vastu. Nüüd olin just
mina selles rollis – suhtlesin emade, isade-
ga, ka üks vanaema oli. Siin peab lapsega
olema lapsemeelne, teismelisega teistmoo-
di, samas mõistma vanemaid ja nende hir-
me, toetama neid. Peab olema empaatiline.
Paljud vanemad pingutavad nendel hetke-
del pelgalt lapse pärast ja saavad iseenda ja
emotsioonidega hakkama. Oleme alati õel-
nud, et see on vanema valik. Ja samas – juba
selle lühikese aja jooksul oleme näinud, kui
hästi selline vanemate kaasamine on pat-
sientidele mõjunud, olgu nad siis väikesed
või juba teismelised.

Meil on lastehaiglas asendusteenistuses
samuti abiline, kes laste ja vanematega ope-
ratsioonile minekul suhtleb ja neid aitab.
Temast on väga palju kasu olnud.

**Kuidas õetöö lastega käib,
mis tunne on imetillukeste
ja suurematega toimetada?**

Lapsi ja imikuid ei tohi karta.
Vastupidi, neid peab usaldama,
tajuma, tunnetama. Sa võid olla
mänguline, sa lood mingi väl-
ja nendega koos. Mõtlen, et ma
aitan neid edasi.

Milline on teie vastutusala?

Operatsioonitoa töö on meeskonnatöö
ja operatsiooniõde vastutusala on lai. Ope-
ratsioonitoa meeskonda kuulub anestesi-
oloog, anesteesiaõde, operatsiooniõde, ki-
rurg, koos assistendiga või ilma ja abiline.
Lisaks on meil sterilisatsiooniuksus, kellel

on samu-
ti suur osa-
tähtsus. Vastutava
operatsiooniõena pead
sa siin kogu aeg järgmist käiku
ette mõtlema. Minul on kõige pikem ope-
ratsioonikogemus 12 tundi. Me jälgime lap-
se asendit, kui ta operatsioonilauale tuleb
koos kogenud anesteesiabrigaadiga. Kogu
tehnikat peab korras olema. Peame teadma,
kas ja kuidas me tegeleme optikaga, ku-
hu ja mida ühendada, instrumentaariumi
peab valdama.

Operatsiooniõde peab oma mõtlemi-
sega kogu aeg üks lüli ees olema, instru-
mentaarium peab sujuvalt liikuma. Pat-
sient viibib narkoosis, seal toimivad omad
reeglid. Natukene peavad kuklas olema ka
riskid, ohud – kõigea peab arvestama. See
kõik põhineb pikal kogemusel. Tundide
kaupa operatsioonilaua taga seismine on
suur aastate kogemus ja töö.

 **Tahtsin juba 5aastasena
operatsiooniõeks saada,
vaatasin dokumentaalfilmi
dr Sullingust, see inspireeris
mind õeks õppima.**

**Mis teeb selle töö teie jaoks
tulemuslikuks?**

Aitamine. See teadmine, et aitan inimest ja
arstil raviga.

**Teid on valitud Eesti Operatsioo-
niõdede Ühingu juhatusse.
Millised on teie tegevuse põhilised
eesmärgid?**

Teeme kordamööda Tartu ja Tallinna õde-
dega koostööd. Olen saanud siin osaleda
ja aidata. Korraldame teemapäevi. Mõõdu-
nud sügisel oli esil laparoskoopia, hiljuti
traumapäev, kliinikumi arstid tulid rääki-
ma erinevate traumade teemal. Põnev on,
kui meditsiiniettevõtted tutvustavad uut
tehnikat ja selle kasutamist. On näitu-
si, kus saab tehnikat vaadata, puuduta-
da – iga uus asi tahab sisseelamist, aga ope-
ratsiooniõde peab end areneva meditsiini-
tehnikaga järjepidevalt kursis hoidma.
Häid teadmisi saame kirurgidelt, kes oma-
korda käivad end teistes riikides täienda-
mas. Operatsiooniõdede ühing seisabki uu-
te koolituste, teadmiste ja eriala arendami-
se eest.



Operatsiooniõed Kaarin Tohter (vasakul) ja
Aili Lääs Äripäeva raadiostudios.
FOTO: VIOLETTA RIIDAS

**Missuguste omadustega peab
olema operatsiooniõde?**

Ma isegi ei pea mõtlema – võin esimese-
na öelda, et rahulik. Rahulikkus on kõige
tähtsam igas olukorras. See tuleb mu seest
ja toimib ka kriisilukordades. Kindlasti
abivalmidus. Operatsiooniõel võiks ka uu-
dishimu olla. Soov õppida ja areneda peaks
olema lausa omadus.

**Operatsiooniõde töö on ülipingeline.
Kuidas on võimalik end maandada?**

Tööpingete maandamiseks on kõige pa-
rem vesi. Ujumine näiteks võtab kõik
lihasepinged, mis pideva seismise ja kõige
muu kõrval tekivad.

Aitab ka kepikõnd, pead käima oma pea
tühjaks ja kindlasti värsket õhku saada.
Olen kõike proovinud ja leian, et vesi on
siiski kõige parem. Lisaks üksteise toetus –
meie arstid hoiavad meid. Nad teavad, et
oleme neile väga tähtsad kolleegid ja part-
nerid. Meile on operatsiooniõdede päe-
vaks isegi kooki küpsetatud. See oli väga
armas üllatus, maitses ülihea ja jäi hinge.

**Kui keegi soovib operatsiooniõeks
õppida, mida ütleksite talle?**

See ei ole lihtne eriala, aga see-eest väga hu-
vitav. Saab olla kursis kõrgtehnikaga,
näha tippkirurgiat. Aga peab arvestama, et
see on füüsiliselt ja vaimselt raske eriala.

Küsitles Svea Talving

**Kuula ka Terviseuudiste raadiosaadet
“Kuidas last operatsiooniks ette valmis-
tada?”**

<https://www.aripaev.ee/raadio/episood/kuidas-last-operatsiooni-ette-valmistada>



Terviseuudiste raadiosaates
rääkisid lastehaigla operatsiooniõed Kaarin Tohter ja Aili Lääs laste operatsioonidest ja sellest, mida lapsevanem teada võiks, kuidas last ette valmistada ning ise olla. Saatejuht oli Violetta Riidas.

SA TALLINNA LASTEHAIGLA 



Operatsiooniploki meeskonna kaasabil valmis lastehaiglas ka näidisvideo “Emaga operatsioonituppa”, patsientide parema juhendamise eesmärgil. FOTO: PEETER SÄRG



Kõrge vererõhk on üks olulisemaid kardioloogiliste haiguste riskifaktoreid.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kõik saab alguse vererõhu kontrollist

Kardioloogiliste haiguste ühised märksõnad on kõrgenenud vererõhk, ülekaal ja kehv eluviis. Sõltumata sellest, kas rääkida insuldist, KVast, KATEst või metaboolsest-renokardiaalsest sündroomist, on oluline saada alla vererõhk. Suur roll on seejuures aga patsiendil endal.



Doktor Karl Kuusik rõhutab, et insuldiennetuses mängib olulist rolli eluviis ja koostöö meedikutega.

FOTO: RAUL MEE

Hüpertensioon, esmase insuldi ennetus ja ravisoostumus

Hüpertensioon ehk kõrgvererõhutõbi on üks sagedasematest terviseprobleemidest, mõjutades enam kui miljardit inimest ja on südameveresoonekonna haiguste oluline riskitegur.

Karl Kuusik

regionaalhaigla kardioloogiakeskuse kardioloogia arst-resident, doktorant

Hüpertensioon ei põhjusta tavaliselt ise sümptomeid, mistõttu seda nimetatakse nn vaikselt tapjaks. Hüpertooniatõve diagnoosimine ja pidev ravi on vajalikud, et vältida südame, aju ja teiste organite pikaajalist kahjustust. Patsientidel, kelle vererõhu kontroll on puudulik, esineb rohkem hüpertensioonist tingitud tüsistusi ja nad vajavad sagedamini haiglaraavi, mistõttu on tõhus ravi ja ravisoostumuse parandamine oluline.

Hüpertensioon

Hüpertensiooni diagnoosimiseks peab süstoolse ehk ülemise vererõhu näit korduval mõotmisel ületama 140 millimeetrit elavhõbedasammast (mmHg) või alumise ehk diastoolse vererõhu näit 90 mmHg.

Hüpertooniatõve diagnoosimisel ja ravi juhtimisel on oluline abivahend 24tunnine ambulatoorne vererõhu jälgimine, mis annab üksikasjaliku ülevaate vererõhu kõikumistest ööpäeva jooksul, ja 4-7 päeva vererõhupäevik, mille täitmiseks mõõdab ja paneb patsient ise kirja kindlate vaheaegadega hommikul ja õhtul rahulekus mõõdetud vererõhu. Lisaks ge-

Peamine esmase ajusisese hemorraagia ennetatav riskitegur on hüpertensioon.

neetilistele riskiteguritele ja vanusele on kõrgvererõhutõve riskifaktorid ülekaal, vähenenud füüsiline aktiivsus, kõrge soolasisaldusega toit ja alkoholi tarbimine. See tõttu on eluviisi muudatused esmasdammud hüpertensiooni raviks.

Kui sellest jääb väheks, võib osutuda vajalikuks medikamentöosne ravi, eesmärgiga saavutada vererõhk, mis vähendab edasiste terviseriskide tõenäosust. Individuaalse riski ja ravist saadava kasu paremaks hindamiseks on soovitatav kasutada riskikalkulaatoreid (nt U-prevent.com).

Insuldi esmane ennetus

Hüpertensioon on üks peamisi insuldi riskitegureid. Insult tekib äkiliselt, kui aju verevarustus osaliselt häirub, kas ajuveresoone sulguse ehk ajuinfarkti või lõhkemise ehk ajusisese hemorraagia tõttu. On näidatud, et igakordne süstoolse vererõhu langetamine 10 mmHg ja diastoolse vererõhu langetamine 5 mmHg võrra vähendab ajuinfarkti riski kuni 41%. Seejuures ei esine enamiku vererõhukontrolliks kasutatavate ravimite vahel ajuinfarkti riski vähendamise seisukohast olulist erinevust. Lisaks hüpertensioonile on ajuinfarkti peamised ennetatavad riskitegurid, mis selgitavad kokku ligikaudu 90% riskist, suitsetamine, füüsilise aktiivsuse puudumine, ebatervislik toitumine, alkoholi liigtarvitamine, rasvumus, düslipideemia, diabeet, mitu südamehaigust ning psühhosotsiaalsed tegurid, nagu stress ja depressioon. Peamine esmase ajusisese hemorraagia ennetatav riskitegur on hüpertensioon, kuid samuti on oluline vähendada alkoholi tarbimist ja hinnata antitrombootiliste ravi kasutamise kaanevat veritsusriski. Esmase insuldi riski vähendamise seisukohalt on oluline hea patsientide ja meedikute koostöö.

Jätkub lk 18



PRENESSA®
perindopriil

Roxiper®

rosuvastatiin / perindopriil /
indapamiid



CO-DALNESSA®
perindopriil / amlodipiin / indapamiid



CO-PRENESSA®
perindopriil / indapamiid



DALNESSA®
perindopriil / amlodipiin

KRKA PERINDOPRIILIDE PEREKOND

Lahendus igale hüpertensiooniga patsiendile

Prenessa (perindopriil) 4 mg tabletid N30 ja 8 mg tabletid N30. Näidustus: Arteriaalne hüpertensioon. Sümptomaatiline südamepuudulikkus. Stabiilne südame isheemiatõbi: südamehaiguste tüsistuste riski vähendamine patsientidel, kellel on anamneesis müokardiinfarkt ja/või revaskularisatsiooni protseduur. **Co-Prenessa** (perindopriil/indapamiid) tabletid 2 mg/0,625 mg N30; 4 mg/1,25 mg N30; 8 mg/2,5 mg N30. 2 mg/0,625 mg näidustus: essentsiaalne hüpertensioon. 4 mg/1,25 mg näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriili monoterapia ei taga piisavat vererõhu langust. 8 mg/2,5 mg näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel kombinatsioonravi samas annuses perindopriili ja indapamiidiga on taganud piisava vererõhu languse. **Dalnessa** (perindopriil/amlodipiin) tabletid 4 mg/5 mg N30; 4 mg/10 mg N30; 8 mg/5 mg N30; 8 mg/10 mg N30. Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ja/või stabiilse südame isheemiatõve raviks patsientidel, kellel perindopriili ja amlodipiini samade annuste samaaegne manustamine on taganud piisava vererõhu languse. **Co-Dalnessa** (perindopriil/amlodipiin/indapamiid) tabletid 4 mg/5 mg/1,25 mg N30 ja N60; 4 mg/10 mg/1,25 mg N30 ja N60; 8 mg/5 mg/2,5 mg N30 ja N60; 8 mg/10 mg/2,5 mg N30 ja N60. Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil/indapamiidi ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse. **Roxiper** (rosuvastatiin/perindopriil/indapamiid) 10 mg/4 mg/1,25 mg N30; 10 mg/8 mg/2,5 mg N30; 20 mg/4 mg/1,25 mg N30; 20 mg/8 mg/2,5 mg N30. Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ravi täiskasvanud patsientidel, kui kaasneb üks järgmistest seisunditest: primaarne hüperkolesteroleemia (tüüp IIa, sealhulgas heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia), segatüüpi düslipideemia (tüüp IIb) või homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia.



Insuldi ennetamiseks on oluline vererõhk normis hoida.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Ravisoostumus on krooniliste haiguste ravi keskne osa

● Ravisoostumus on hüpertensiooni ja teiste krooniliste haiguste eduka ravi keskne osa. See tähistab ulatust, mil määral patsiendi ravimikäitumine, ravimite hankimine ja tarvitamine vastab kokkulepitud raviplaanile. Hinnanguliselt on ligikaudu 27–40% hüpertensiooniga patsientidest piiratud ravisoostumusega.

Piiratud ravisoostumus võib põhjustada ravimite ebaefektiivsust, kuna need ei toimi patsientidel, kes neid ei võta. Ravisoostumusega seotud probleemid hõlmavad mitu tegurit, nagu sotsiaalmajanduslikud aspektid, patsiendi tajutud vajadus ja tõhusus ravi suhtes, ravi keerukus ja ravikulud.

Need probleemid on eriti teravad madala ja keskmise sissetulekuga riikides. Ravisoostumuse parandamiseks on oluline arvestada patsiendi individuaalsete vajadustega, pakkudes isikustatud lähenemist, mis võtab arvesse patsiendi võimeid, võimalusi ja motivatsiooni.

Ravisoostumuse parandamine

Hüpertooniatõve ravisoostumust parandavad sekkumisi on uuritud palju. Metaanalüüsis, kus võrreldi ühe kombineeritud tableti mõju tavapärase raviga, leiti, et kombineeritud ravimi kasutamine parandas märkimisväärselt ravisoostumust ja alandas oluliselt nii süstoolset kui ka diastoolset vererõhku.

Lisaks on leitud, et tehnoloogilised lahendused, nagu digitaalsed meeldetule-

tused ja mobiilirakendused, mis aitavad patsientidel meenutada ravimite võtmist ja jälgida nende ravikäitumist, on samuti tõhusad võimalused ravisoostumuse parandamisel.

Perekonna ja sõprade toetuse kaasamine raviplaani võib oluliselt aidata, pakkudes patsiendile emotsionaalset tuge ja julgustust. Haridusprogrammid, mis teavitavad patsiente hüpertensiooni ohtudest ja ravisoostumuse tähtsusest, kasutades interaktiivseid õppevahendeid ja isikliku nõustamist, on vererõhu kontrollimisel ja elustiili muutmisele pühendumise suurendamisel tõhusaks osutunud.

Sellised programmid pakuvad olulist toetust, aidates patsientidel mõista nende tervise seisundit ja parandada ravisoostumust läbi pideva hariduse ja käitumuslike muutuste. Tervishoiutöötajate regulaarne kaasatus aitab tuvastada ja lahendada ravisoostumuse takistusi, aidates patsientidel paremini mõista ja järgida ravirežiimi.

Kokkuvõte

Hüpertensioon on ülemaailmne tervise probleem, mis tõstab südame-veresoonkonna haiguste ja insuldi riski.

Insuldi ennetamiseks on oluline varajane riskifaktorite tuvastamine ja nende efektiivne juhtimine.

Selleks et maandada terviseriske ja parandada patsientide elukvaliteeti, tuleb erilist tähelepanu pöörata ravisoostumuse tõstmisele.

Hinnanguliselt on ligikaudu 27–40% hüpertensiooniga patsientidest piiratud ravisoostumusega.

Karl Kuusik



Head lugejad!

Julia Reinmets
regionaalhaigla
kardioloogiakeskuse juhataja

Regionaalhaigla kardioloogiakeskus on kardioloogiliste haigete ravi peamine keskus Põhja-Eestis. Keskus on varustatud kõige kaasaegsema tehnoloogiaga ja meditsiiniseadmetega nii südamehaiguste diagnoosimiseks kui ka raviks. Keskuses on kuus osakonda, kus töötab üle 200 töötaja, nende seas 41 arsti, 135 õde ja 70 hooldajat.

Kardioloogiakeskuse päev on jagatud viieks valveringiks. Keskmiselt saab siin ravi kuni 4000 haiget aastas. Lõviosa patsientidest on ägeda müokardiinfarktiga – aastas saabub selle diagnoosiga haiglasse umbes tuhat haiget. Patsiente võtavad vastu kardiointensiivravi osakonna arstid, kes on koolitatud mitte ainult kardioloogideks, vaid ka intensiivravi arstideks. Iga voodikoht on varustatud kaasaegse aparatuuriga kardiogeenses šokis patsientide raviks ja reanimatsiooni-meetmete rakendamiseks.

Võrreldes teiste haigla keskustega kasutatakse kardioloogiakeskuses patsientide ravimisel väga suurel hulgal invasiivseid meetodeid. Interventsionaalkardioloogia osakonnas on kaks operatsioonituba, kus tehakse angioplastikat ja stentimist ning ka struktuuraalsete südamehaiguste ravi.

Uued protseduurid. Viimase kolme aasta jooksul on kasutusele võetud üheksa uut protseduuri, millest mõni on Eestis ainulaadne – neid tehakse ainult regionaalhaiglas. Rütmihäirete ravi (südamestimulatsioon ja kateeterablatsioon) toimub elektrofüsioloogia osakonnas, kus on ka kaks kaasaegse aparatuuriga varustatud operatsioonituba. Regionaalhaigla on kardiostimulaatorite ja ka-

teeterablatsiooni liider Eestis. Kaks kardioloogia osakonda kokku kuni 62 voodikohaga tegelevad nii levinud kui ka haruldaste südamehaiguste diagnostika ja raviga. Igal osakonnal on oma subspetsialiteet: südamepuudulikkuse ravi, LVAD ja transplantatsioon, kardiomiopaatiaid, pulmonaalne hüpertensioon, klapihaigused, onkokardioloogia, düslipideemia, harvikaigused, kaasasündinud südamerikked, rütmihäired.

Ambulatoorne ravi. Ka kardioloogiline ambulatoorne ravi on viimase kahe aasta jooksul kiirelt arenenud. Avatud on lipiidikabinet, KVA kabinet, kaasasündinud südamerikkete kabinet, müokardiinfarkti järgse jälgimise kabinet, südame klapi-rikete kabinet – patsiente saavad konsultatsioonile saata kõik Põhja- ja Kesk-Eesti raviasutused. Eriti populaarsed on e-konsultatsioonid, mille arv kasvab iga aastaga.

Südamehaiguste mitteinvasiivset diagnostikat teevad funktsionaaldiagnostika osakonna arstid. Just nemad annavad patsientidele lõpliku diagnoosi keerulistes kliinilistes olukordades. Oluliseks peame ka ühist tööd kardiokirurgidega, mis võimaldab planeerida patsientide ravi terviklikult ja mitme meetodi kombinatsioonis. Kasvanud on ka õdede osatähtsus diagnostika- ja ravi protsessis. Viimase kahe aasta jooksul on õdedel avanenud suurepärased võimalused patsientide iseseisvaks vastuvõtuks ja nõustamiseks. Eriõdede tööd on planeeritud laiendada ka edaspidi.

Seekord on artiklid kirjutanud kardioloogiakeskuse noored arstid. Kõik nad spetsialiseeruvad meie keskuses ja nendega on seotud meie tuleviku plaanid. Täna kolleegi abi eest erilehe ettevalmistamisest!



KOMBINATSIOONRAVIM ESSENTSIAALSE KÕRGVERERÕHKTÕVE RAVIKS!

Üks Sanoral 40 mg / 5 mg tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaan-medoksomiili
- 5 mg amlodipiini

SOODUSTUSEGA²
75-90%
DIAGNOOSIKOODID I10-I13, I15

Üks Sanoral 40 mg / 10 mg tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaan-medoksomiili
- 10 mg amlodipiini



Näidustus¹: Essentsiaalne hüpertensioon. Kombineeritud ravim on näidustatud täiskasvanutel patsientidel, kellel olmesartaanmedoksomiili või amlodipiini monoteeraapia ei taga piisavat vererõhu langust.

Pakend. 28 tabletti pakendis. **Retseptiravim.**

Annustamine¹: Täiskasvanud: Sanorali soovitatav annus on 1 tablett ööpäevas. Enne fikseeritud kombinatsioonile üleminekut on soovitatav ravimi individuaalsete komponentide annuseid järk-järgult kohandada. Kliinilise näidustuse korral võib kaaluda ka kohest üleminekut monoteeraapialt fikseeritud kombinatsioonile. Kasutamise hõlbustamiseks võib olmesartaanmedoksomiili ja amlodipiini monoteeraapiana saavatele patsientidele määrata samade annustega Sanorali kombineeritud ravimit. Sanorali võib võtta koos toiduga või ilma.

Enne ravimi väljakirjutamist palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttega (kinnitatud augustis 2022).

Vastunäidustused¹: Ülitundlikkus toimeainete, dihüdropüridiini derivaatide või abiainetes suhtes. Raseduse teine ja kolmas trimester. Raske maksapuudulikkus ja sapipais. Sanorali samaaegne kasutamine aliskireeni sisaldavate ravimitega on vastunäidustatud suhkurtõve või neerukahjustusega (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) patsientidele. Ravimis sisalduva amlodipiini tõttu on Sanoral vastunäidustatud veel järgmistel juhtudel: raske hüpotensioon, šokk (sh kardiogeenne šokk), vasaku vatsakese väljavoolu takistus (nt kõrgema astme aordi stenoos), hemodünaamiliselt ebastabiilne südamepuudulikkus pärast ägedat müokardiinfarkti.

Kõrvaltoimed¹: Kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimed ravi ajal Sanoraliga on perifeersed tursed (11,3%), peavalu (5,3%) ja pearinglus (4,5%).

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud augustis 2022).

Reklaam on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele.
Kood EE-SAN-05-2023-V1-Print. Koostatud oktoobris 2023.



1. Sanoral (olmesartaan, amlodipiin) 40 mg/5 mg ja 40 mg/10 mg tablettide ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee (kinnitatud augustis 2022).

2. Tervisekassa kodulehekül. Kokkuvõtlik tabel ravimisoodustustest 01.10.2023 seisuga: [https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid\(vaadatud 04.10.2023\)](https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid(vaadatud%2004.10.2023)).

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

Kodade virvendusarütmia esinemissagedus on tõusutrendis

Silver Heinsar

regionaalhaigla kardioloogiakeskuse nooremärst

Kodade virvendusarütmia (KVA) on kõige sagedasem rütmihäire läänერიikes ning selle levimusmääraks maailmas on ligikaudu 2%. Tegu on arste, patsiente ning meditsiinisüsteemi tervikuna oluliselt koormava haigusega.

Eestis on diagnoositud KVAg patsientide ligikaudu 26 000, ent tõenäoliselt on haiguse tegelik levik laiem. KVA levimus on tõusutrendis, ent kaasaegse ravi ning teadlikkuse foonil on täheldatud patsientide suremusnäitajate langust.

KVA patogenees on südame remodelleerumine, mis kujutab endast südame struktuurset ja elektrilist muutusi, mis viivad ebakorrapärase rütmile levikuni kodades. Olulisemateks KVA riskifaktoriteks on patsientide vanus, kõrge vererõhk, kaasnevad südame- ja kopsuhaigused, kaasasündinud südamerikked, ülekaal, vähene füüsiline aktiivsus, tasakaalustamata toitumine, liigne stress ning alkoholi kuritarvitamine. Siit tulenevalt ei saa alahinnata teadlikkuse tõstmist ning KVA skriinimise (näiteks pulsi katsumise teel) tõhustamist, sest riskifaktorite mõjutamisega on haigete prognoosi võimalik oluliselt parandada. Digiajastule iseloomulikult on kasvamas ka nutiseadmete roll haiguse skriiningus.

Millised on sümptomid?

KVA levinumad sümptomid on südamepekslemine ning ebamugavuse või värisemise tunne rindkeres. Mõni haige ei oska sümptomeid muud meeleolu väljendada, kui et saavad lihtsalt aru, et süda on rütmist väljas. Siiski, KVA võib põhjustada ka õhupuudust, koormustaluvuse langust, väsimust, pearinglust ja uimasust ning misestustunnet.

Eesti kodade virvendusarütmia ravijuhendi definitsiooni kohaselt on tegu supraventrikulaarse rütmihäirega, mida iseloomustab ebaregulaarne südame töö. Elektrokardiogramm (EKG) võib näha P-sakkide puudumist ning ebaregulaarset R-R intervalli. See tähendab, et korrapäratu kodade aktiivsuse tõttu juhitakse ka vatsakestele elektriimpulsid ebaregulaarselt. Diagnostiliselt loetakse üle 30sekundilise EKG salvestuse.

Rütmihäire KVA klassifikatsioon

KVA klassifikatsioonis on olulisim haiguse püsivus, mille alusel võib rütmihäiret jaotada paroksüsmaalseks, persisteruvaks, pikalt persisteruvaks ning permanentseks. Paroksüsmaalse KVA puhul kestab rütmihäire kuni seitse päeva ning möödub kas iseseisvalt või kardioversiooni tõttu. Persisteruva vormi korral on KVA kestnud üle seitsme päeva, ent rütm taastatakse kas ravimite või kardiover-



Doktor Silver Heinsar on võtnud fookusesse KVA ravi.

FOTO: RAUL MEE

siooniga. Eraldi eristatakse ka pikalt persisteruvat KVAd, mille korral rütmihäire on kestnud üle aasta, ent rütmikontrolli strateegiaga püütakse siiski taastada normaalset siinusrütmi. Eelnevalt mainitud vormid erinevad permanentsest KVast, mille korral rütmikontrolli strateegiast ja seega ka siinusrütmist taastamisest loobutakse. Nende haigete sümptomite leevendamiseks rakendatakse sageduskontrolli strateegiat, kus peamiselt beeta-blokaatorite manustamisega piiratakse vatsakeste vastust kiirele kodade sagedusele.

Ravimeetodid

KVA haigete ravimise olulised hemodünaamilise stabiliseerimine ning trombemboolia riski hindamine. Kui kiire kodade sageduse ning hea atrioventrikulaarse ülejunkte tulemusena kiireneb liigselt ka vatsakeste sagedus (see tähendab, et pulss on üle 110 löögi minutis), tuleb kasutada pulssi aeglustavaid ravimeid. Selleks sobivad eelkõige beeta-blokaatorid, ent raviarst valib ka kaalduvust arvestades ka teisi ravimeid. Kui kaalduvust arvestades ka teisi ravimeid.

Sageduskontrolli strateegiaga haigetele, kellel ravimite abil pulssi alla 110 ei suudeta langetada, võib viimase abinõuna rakendada atrioventrikulaarsõlme ablatsiooni. Sellisel juhul vajab haige tekkinud täieliku atrioventrikulaarse blokaadi tõttu ka südamestimulaatorit.

Ebakorrapärase kodade aktiivsuse tõttu on verevool südame kodades KVA ajal

Täht	Vastav riskitegur	Punkte	Selgitus
C	Südamepuudulikkus	1	Parema, vasaku või mõlema vatsakese puudulikkuse sümptomid, mida kinnitavad südame düsfunktsiooni näitavad uuringute tulemused
H	Hüpertensioon	1	Arteriaalne vererõhk üle 140/90 mmHg vähemalt kahel mõõtmisel või antihüpertensiivne ravi
A2	Vanus ≥ 75 a	2	
D	Diabeet	1	Paastuglukoos üle 7 mmol/l või diabeediravi
S2	Ajuinfarkt, TIA, trombembol	2	
V	Vaskulaarhaigus	1	Varasem müokardiinfarkt, stenokardia, perkutaanne koronaarinterventsioon või aortokoronaarne šuntimine Klaudikatsioon, kõhuaordi või alajäsearterite perkutaanne interventsioon või operatsioon, kõhu- või rindkereoperatsioon, arteri- või veenitromboos
A	Vanus 65-74 a	1	
Sc	Naissugu	1	

● CHA₂DS₂VASc riskiskoor kodade virvendusarütmia haigetel trombemboolia riski hindamiseks. Kohandatud Eesti kodade virvendusarütmia ravijuhendilt (<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/203/kodade-virvendusarutmia-kva-ravi-ja-kasitusjuhend>).

TIA - transitoorne isheemiline atakk

turbulentne, mistõttu suureneb risk trombide tekkeks. Veresoontesse paisatuna võivad trombide viia insuldi, südameinfarkti või teiste veresoonte umbumiste tekkele.

KVA haigetel on võrreldes üldpopulatsiooniga viis korda kõrgem risk insuldi tekkeks, ent see risk ei ole kõigil patsientidel ühtlane, vaid sõltub trombemboolia riskifaktoritest. Kaasaegsed ravijuhendid soovivad riski hindamiseks CHA₂DS₂VASc skoori (vaata tabelit täpsustamiseks), mille kohaselt suukaudse antikoagulatsiooniga peaks alustama patsientidel, kellel on kõrgendatud trombemboolia risk (meestel skoor ≥ 1 , naistel ≥ 2). Tulenevalt suhteliselt paremast efektiivsusest, ohutusprofiilist ning mugavusest patsiendile võrreldes varfariiniga, on tänapäeval esmavalik uued suukaudsed antikoagulandid.

Eraldi soovib ravijuhend ka veritsusrisi hindamist HAS-BLED skoori abil, sest see võimaldab tuvastada mõjutatavat veritsuse riskifaktoreid, nagu näiteks kontrollimata hüpertensioon, mit-testeroidsete põletikuvastaste ravimite või aspiriini tarvitamine ja liigne alkoholi tarvitamine.

Rütmikontrolli strateegiaga haigetel peaks hindama esmalt trombemboolia riski. Kohe võib kardioversiooni teha, kui rütmihäire kestab on selgelt alla kahe ööpäeva. Vastasel juhul on siiski võimalik teha kardioversioon, kui haige on võtnud

vähemalt kolm nädalat antikoagulantravi või kui söögitoru kaudse südame ultraheliuuringu abil on välistatud trombide olemasolu südame vasakus kajas.

Kardioversiooni tegemiseks kasutatakse kas ravimeid - nn medikamentoosne kardioversioon - või taastatakse südamerütm anesteetikumite mõju all elektrilise kardioversiooni teel. Kardioversiooni tegemine ei enneta uue KVA episoodi teket.

Kateeterablatsioon fookuses

Ehkki antiarütmikumide tarvitamine võib olla uue episoodi pärssimisel kasulik, on kaasaegses käsitluses üha rohkem esiplaanil kateeterablatsioon, mille korral isoleeritakse rütmihäiret tekitav kude (sageli on selleks kopsuveenide suue) ülejäänud kodade lihaskoest. Peamine kliiniline kasu tuleb rütmihäiretega seotud sümptomite vähendamisest ja on seega seotud elukvaliteedi paranemisega.

Siiski, pea kolme tuhande patsiendiga tehtud randomiseeritud kontrollitud uuringus AFNET-4 leiti, et varane rütmikontrolli strateegia vähendab kardiovaskulaarsete sündmuste riski võrreldes sümptomaatilise raviga.

Mida lühem on aeg diagnoosist ablatsioonini, seda väiksem tõenäosus on KVA taastekkeks, kordusprotseduuri vajalikkuseks ning kardiovaskulaarseks hospitaliseerimiseks. Püsiva KVAg haigetel on ablatsioonravi rakendamine siiski küsitav.

ELIQUIS®
(apiksabaan):
EFEKTIIVSUS
JA OHUTUS,
MILLE VALIN^α



ENDA

ISA

SÕBRANNA

PATSIENDI JAOKS

^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



Paremus insultide ennetamisel ↓**21% RRR**^{1*}



Vähem suuri verejookse ↓**31% RRR**^{1*}



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011;365:981-992. 2. Frost et al. Br J Clin Pharmacol 2013; 76: 776–786.

Eliquis® (apiksabaan) 2,5 mg või 5 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN. *Apixabanum*. Näidustused: insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia (*nonvalvular 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). Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) ravi ning korduva SVT ja KATE ennetamine täiskasvanutel. Retseptiravim. Müügiloo hoidja: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Iirimaa. Täiendav teave saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. SPC 05/2023. Materjal kinnitatud: august 2023.

Antikoagulantide kasutamisel on oluline patsientide harimine

Polina Piskoppel

regionaalhaigla kardioloogia arst-resident

Tromboos on üks juhtivaid surma põhjuseid maailmas. Tromb põhjustab vesoone oklusiooni, mis kliiniliselt väljendub näiteks müokardiinfarkti, insuldi ja venoosse trombemboolia (VTE).

Trombembooliliste sündmuste ennetamiseks ja raviks on alates 20. sajandist kasutatud mitmesuguseid antikoagulan- te: fraktsioneerimata hepariin (UFH, *unfractionated heparin*), vitamiin K antagonistid (dikumarool, varfariin), madalmolekulaarne hepariin (LMWH, *low-molecular-weight heparin*) ja otseste toimega suukaudsed antikoagulandid (DOAC, *direct oral anticoagulants*) ehk OSAKid. Tänapäeval kasutatakse trombembooliliste sündmuste raviks ja preventsiiooniks eelkõige vitamiin K antagonistide (varfariin) ja otseste toimega suukaudseid antikoagulan- te.

Ravijuhiste alusel on antikoagulatsiooni näidustused kodade virvendusarütmia ja venoosne trombemboolia (VTE). Ravijuhised soovivad kasutada eelkõige otseste toimega suukaudseid antikoagulan- te või vitamiin K antagonistide varfariini. OSAKid seostuvad otseselt ja spetsiifiliselt kas trombiini (faktor IIa) või faktor Xa-ga.

Tänapäeval kuuluvad otseste suukaudsete antikoagulantide hulka rivaroksabaan, apiksabaan, edoksabaan ja dabigatraan. Kui esimese kolme eelnimetatud OSAKi sihtmärk on faktor Xa, siis dabigatraani sihtmärk on erandlikult faktor IIa ehk trombiin. Nii 2018. kui 2021. aasta kodade virvendusarütmia ravijuhiste alusel soovitatakse kõiki eelnimetatud OSAKe kasutada insuldi preventsiiooniks. Lisaks on OSAKid kasutusel VTE ravis ning selle primaarses ja sekundaarses preventsiioonis.

Antikoagulantide efektiivsus

Antikoagulantide efektiivsust ja ohutust on uuritud mitmes uuringus. Näiteks randomiseeritud topeltpimedas uuringus ARISTOTLE (*Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thrombotic Events in Atrial Fibrillation*) võrreldi apiksabaani varfariiniga mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia patsientidel, kellel oli lisaks veel vähemalt üks riskifaktor trombemboolia. Selle uuringu alusel esines apiksabaani grupis võrreldes varfariini grupiga vähem insul- te, süsteemset trombembooliat, veritsusi ja suremust.

NAXOSE (*Evaluation of Apixaban in Stroke and Systemic Embolism Prevention in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation*) uuringus võrreldi apiksabaani varfariini, rivaroksabaani ja dabigatraaniga. Uuringus leiti, et apiksabaan on varfariinist efek-



Doktor Polina Piskoppel rõhutab, et patsientide harimine parandab ravisoostumust.

FOTO: RAUL MEE

Antikoagulan- te soovitatakse kasutada ka hapratel patsientidel.

tiivsem ja ohutum, niisamuti oli apiksabaani grupis võrreldes varfariini grupiga madalam suremus.

NAXOSE uuringus olid kõik OSAKid võrdväärse efektiivsusega. Ohutuse aspektist joonistus välja apiksabaani eelis rivaroksabaani ees, ent dabigatraaniga erinevust ei tuvastatud.

Insuldi ennetamine

Insuldi ennetamises on OSAKid võrreldes varfariiniga efektiivsemad ja ohutumat. Varfariinil on kitsas terapeutiline vahemik ning seetõttu vajab INRi (*international normalised ratio*) jälgimist. Pidev vajadus jälgida INRi halvendab patsiendi ravisoostumust ja seeläbi ka preparaadide efektiivsust. Lisaks eeldab varfariin vitamiin K sisaldusega toitude ja alkoholi vältimist, kuna need mõjutavad varfariini efektiivsust.

Põhilised varfariini kõrvaltoimed on mitmesugused veritsused (nt epistaksis, intrakraniaalsed hemorraagiad), nahalööve ja juuksekadu. Varfariin omab ka mitut koostoimet teiste ravimitega, mis omakorda suurendab kõrvaltoimete tekkemiski.

OSAKid ei vaja pidevat INRi jälgimist ning neil on ka vähem koostoimeid teiste ravimitega. OSAKid on võrreldes varfariiniga kallimad, ent efektiivsemad. OSAKide efektiivsus väljendub muu hulgas patsientide paremas soostumuses neid preparaate tarvitada, mistõttu võib järelda-

da, et OSAKid on ka kuluefektiivsemad. Venoosse trombemboolia primaarses preventsiioonis ei ole OSAKid madalmolekulaarsest hepariinist efektiivsemad ja ohutumat, kuid eelis on OSAKide suukaudne manustamine. VTE ravis ja sekundaarses preventsiioonis on varfariin sama efektiivne kui OSAKid, kui viimased on ohutumat (vähem kliiniliselt olulisi veritsusi) ning patsientide jaoks mugavamad (ei vaja pidevat INRi jälgimist ning neil on kindlad annused).

Antikoagulan- te soovitatakse kasutada ka hapratel patsientidel (*frail patients*), kellel on teada kodade virvendusarütmia. Sellistel patsientidel soovitatakse rakendada ravi OSAKitega, sest nendega esineb vähem insul- te, veritsusi ja suremust võrreldes varfariiniga. OSAKide kasutamine hapratel patsientidel ei tõstnud veritsuste esinemise riski. Selles grupis oli ka vähem isheemilisi insul- te ja kardiovaskulaarset suremust võrreldes nendega, kes OSAKe ei kasutanud.

Antikoagulantide kasutamisel on oluline patsientide harimine. Peab selgitama, mis eesmärgil antikoagulan- te kasutatakse ning millised on kaasnevad ohud. Varfariini tarvitavaid patsiente tuleb regulaarselt jälgida (INRi analüüs) ja nõustada.

Patsientide koolitamine ja jälgimine tõstab ravisoostumust, antikoagulatsiooni ohutust ja efektiivsust. See ülesanne ei ole vaid eriarstide tähta, oluline roll on ka esmatasandil.

LIXIANA® (edoksabaan), efektiivne insuldi ennetus, mis sobitub patsiendi elustiiliga

Tõendatud ohutus ja efektiivsus keerulistel patsientidel ^{1,2}

- Suurte verejooksude riski oluline vähenemine **-20%** ^{2*}
- Kindel insuldi/süsteemse emboolia preventatsioon, riski langus **-23%** ^{2,3*}
- Kardiovaskulaarse suremuse riski oluline langus **-24%** ^{2*}
- Kindel ohutus ja efektiivsus olenemata kaasuvatest haigustest ^{2*}



Veenev ja aina suurenev reaaleelu andmestik ⁴

Igapäevane kindlustunne ja mugavus ¹

- Madal koostoimete risk teiste ravimitega. Ei oma kliiniliselt olulisi CYP3A4 koostoimeid
- Vähe dieediga seotud piiranguid. Laktoosivaba ja manustatav koos toiduga või ilma
- Kerge annustamine



60 mg

LIXIANA® (edoksabaan) 60 mg

Üks kord ööpäevas standardannus

30 mg

LIXIANA® (edoksabaan) 30 mg

Üks kord ööpäevas vähendatud annus

Vähendatud annus

Soovitav LIXIANA® (edoksabaan) annus 30 mg üks kord ööpäevas patsientidel, kellel on üks või mitu järgmist kliinilist tegurit:¹



Möödukas või raske
neerukahjustus (CrCl
15–50 ml/min)



Väike kehakaal
(≤ 60 kg)



Tugevate P-glükoproteiini inhibiitorite
samaaegne kasutamine (tsüklosporiin,
dronedaron, erütromütsiin või ketokonasool)

LIXIANA® (edoksabaan) on üks kord ööpäevas manustatav suukadune antikoagulant, mis on näidustatud:

- **Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamiseks täiskasvanud patsientidel**, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia (KVA) koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on südame paispuudulikkus, hüpertensioon, vanus ≥ 75 aastat, diabeet, eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA).¹
- **Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) raviks ning korduva SVT ja KATE ennetamiseks täiskasvanutel.**¹
VTE raviks peavad patsiendid enne ravi alustamist edoksabaaniga saama eelnevalt vähemalt 5-päevase hepariini ravikuuri.¹
Eelnev hepariiniravi ei ole vajalik KVA patsientidele, kelle on ravi näidustuseks insuldi ja süsteemse emboolia ennetus.¹



Retseptiravim. Täiendava teabe saamiseks lugege ravimi omaduste kokkuvõtet. Müügiloa hoidja: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 Munich, Saksamaa. Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest Servier Laboratories OÜ, Roseni 7C, 10111 TALLINN, tel 6645040 või www.servier.ee

Viited: 1. LIXIANA (edoksabaan) Ravimi omaduste kokkuvõte. 2. Giugliano RP et al. N Eng J Med 2013;369(22):2093–2014. 3. Kato ET et al. J Am Heart Assoc 2016;5(5). pii: e003432.

4. De Caterina et al. BMC Cardiovascular Disorders (2019) 19:165

*versus varfariin

Kopsuarteri trombemboolia

Uku Kruusamägi
regionaalhaigla kardioloogiakeskuse arst-resident

Venoosne trombemboolia (VTE), mis avaldub kliiniliselt süvaveenitromboosi (SVT) või kopsuarteri trombembooliana (KATE), on müokardi infarkti ja insuldi järel kolmas kõige sagedasem äge kardiovaskulaarhaigus. Arvatakse, et suur hulk VTE juhte jääb diagnoosimata.

KATE korral on häiritud gaasivahetus kopsudes ja organismi vereringe. Koos mehaanilise kopsuarteri harude obstruktsiooniga kaasneb vasoaktiivsete mediaatorite vahendatud vasokonstriksioon, mis suurendab kopsuringe vaskulaarset resistentsust ja seeläbi kopsuringe rõhku. Kopsuringe rõhu tõusu ulatusest sõltub haiguse kliiniline kulg ja seisundi raskusaste. Liigse kopsuringe rõhu tõusuga ei suuda õhukese seinaga parem vatsake kiirelt kohaneda, langeb kontraktiilsus ja vatsake laieneb, seeläbi langeb vasaku vatsakese minutimaht ning võib tekkida obstruktiivne šokk ja surm.

VTE riski tõstavad oluliselt varasem VTE, alajäseme luumurd või liigete protteesimine, suur trauma, hospitaliseerimine südamepuudulikkuse, kodade virvendusarütmia või müokardi infarkti tõttu viimase kolme kuu jooksul, seljaaju vigastus. Mõõdukalt suurendavad VTE riski muuhulgas intravenoossed võõrkehad (tsentraalveenikateetrid, südamestimulaatorid jm), suukaudsete kontratseptiivide kasutus, keemiaravi, pahaloomulised kasvaja, paralüütiline insult, infektsioon või südamepuudulikkus.

Sümptomid sõltuvad raskusastmest

KATE sümptomid on mittespetsiifilised ja sõltuvad haiguse raskusastmest, ulatudes asümptomaatilisusest äkksurmani. Sagedasemad kaebused on alajäseme turse, düspnoe, sünnkoop või verikõha. Tervishoiuressursside ebavajaliku kulutamise vältimiseks tuleks enne kuvauuringute planeerimist hinnata haiguse tõenäosust riskitegurite ja kliinilise leiul alusel. KATE tõenäosust suurendavad näiteks alajäseme unilateraalne turse ja palpatoorne valulikkus, südamelöögisagedus üle 95 korra minutis ning hapniku saturatsiooni langus.

Vereanalüüsides aitab haiguse diagnostikas d-dimeeride määramine plasmas, mille kontsentratsioon tõuseb tromboosiga kaasneva fibrinolüüsi aktiveerumisel.

Referentsväärtus on kuni 50 aastastel patsientidel 0,5 mg/L ning üle 50 aastastel 0,01 x vanus mg/L. Madala ja keskmise riskiga patsientidel välis- tab referentspiirides d-dimeeride tase KATE suure tõenäosusega. Kuna d-dimeeride kontsentratsioon veres ei ole spetsiifiline tromboosile, siis ei ole seda mõtet määrata sõeluuringuna patsientidel, kellel puudub kliiniline kahtlus tromboosile. Kuvauuringutest on valikmeetod kom-



Uku Kruusamägi
juhib tähelepanu,
et ilmselt jääb
palju VTE juhte
diagnoosimata.

FOTO: RAUL MEE

10%

● on trombolüüsiga kaasnev veritsusrisk.

KATE varajase surma risk		Riski indikaatorid			
		Hemodünaamiline ebastabiilsus	PESI III-IV või sPESI >1	Parema vatsakese düsfunktsioon kuvauuringutel	Tõusnud troponiini tase
Kõrge		+	(+)	+	+
Mõõdukas	Mõõdukas-kõrge	-	+	+	+
	Mõõdukas-madal	-	+	Üks tunnustest või ei kumbki	
Madal		-	-	-	(kui on määratud)

● KATE varajase surma risk. ESC 2019 kopsuarteri trombemboolia ravijuhis.

puutertomograafilise angiograafia, millel on hea tundlikkus ja spetsiifilisus, kuid mille head kättesaadavust on lihtne kuritarvitada. Noortel naistel kaasneb uuringuga oluline kiirguskoormus rinnanäärmele. Madala tundlikkuse ja spetsiifilisusega ehokardiograafia sobib hea kättesaadavuse tõttu esmaseks diagnostikameetodiks hemodünaamiliselt ebastabiilse patsiendi puhul, andes infot parema vatsakese ülekoormuse tunnuste osas.

Ravikäsitus

KATE ravikäsitus sõltub patsiendi kliinilisest seisundist ja hinnangulisest varajase suremuse riskist, mis jagatakse kõrgeks, vahepealseks ja madalaks (tabel 1). Ravi alustala on adekvaatne antikoagulantravi madalamolekulaarse hepariini või suukaudse ravi korral eelistatult otses- te suukaudsete antikoagulantidega. Antifosfolipiidsündroomi korral on eelistatud antikoagulant varfariin.

Riskiskoori sPESI vähemalt ühe tunnuse (vanus > 80 aasta, vähkkasvaja, krooniline südamepuudulikkus või kopsuhaigus, pulsiaeg >= 110 lööki minutis, süstoolne vererõhk <100 mmHg, hapnikusaturatsioon <90%) esinemine tähendab vahepealse või kõrge riskiga KATE,

mille korral on soovitatud hospitaliseerimine. Kõrge riskiga KATE tunnuseks on oluline hemodünaamika häire (äkksurm, obstruktiivne šokk või persisteruv hüpotensioon), mis vajab reperfusioonravi ja hemodünaamika toetust.

Trombolüüsiravi on soovitatud kõrge riskiga KATE või antikoagulantravi foonil tekkiva hemodünaamika halvenemise korral, kuid kuna põhilised trombolüüsi efektiivsust toetavad uuringud on hinnatud halva kvaliteediga uuringuteks koos kõrge tüsistuste riskiga, siis nii Euroopa kui ka Ameerika juhistes on trombolüüsi soovitus toodud välja nõrga soovitusena madala tõendus põhiseusega.

Trombolüüs on vastunäidustatud kõrge veritsusriskiga patsientidel, ning isegi nende kõrvalejätisel ulatub raviga kaasnev veritsusrisk ligi 10%ni.

Interventsionaalsete meetodite arenguga on kõrge riski KATE korral muutunud sagedasemaks kateetrikaused ravimeetodid, nagu aspiratsioonitrombektoomia.

Suurte uuringute puudumisel on praegustes ravijuhistes interventsionaalset ravi soovitatud kaaluda kõrge riskiga KATE või antikoagulantravi foonil tekkiva hemodünaamika halvenemise korral,

juhul kui trombolüüs on vastunäidustatud või on ebaefektiivne.

Ägeda KATE korral on valitud patsientidel, kelle riski ja kasu suhe on hinnatud sobivaks, tehtud Põhja-Eesti regionaalhaiglas ja Tartu ülikooli kliinikumis aspiratsioonitrombektoomiat.

Madala riskiga KATE korral ei esine kõrgema riski tunnuseid, nagu hemodünaamika häire, parema vatsakese düsfunktsioon, tõusnud troponiin või tõusnud sPESI skoor ning sel juhul piisab üldiselt ambulatoorsest antikoagulantravist.

Vahepealse riskiga KATE, mis nimetusele kohaselt on ilma madala ja kõrge riski tunnusteta, vajab hospitaliseerimist, antikoagulantravi ja jälgimist seisundi halvenemise suhtes.

Retsidiivide ärahoidmiseks on oluline antikoagulantravi adekvaatne kestus. Pöörduvast riskifaktorist (suur operatsioon, immobilisatsioon vms) tingitud esmase VTE korral on soovitatud antikoagulantravi kolm kuud. Eluaegne antikoagulantravi on soovitatud korduva VTE korral, mis ei ole tingitud pöörduvast riskitegurist, ning antifosfolipiidsündroomi korral. Teistel juhtudel peaks kaaluma pikaajalist antikoagulantravi, võttes arvesse patsiendi veritsusriski.



Traditsiooniliselt on haiglaõe töö olnud pigem osakonnas patsientidele protseduure teha.

FOTO: AIVAR KULLAMAA

Kardioloogiakeskuses teevad õed ka iseseisvaid vastuvõtte

Kirsti Reissar

regionaalhaigla kardioloogiakeskuse õendusjuht

Põhja-Eesti regionaalhaigla kardioloogiakeskuses on lisandunud mitu uut kardioloogia alaerialade õdede iseseisvat vastuvõttu. Õendusnõustamine on saanud tervishoiuteenuse lahutamatuks osaks ning on oluline lüli õendusabis.

Kardioloogia kiire areng on loonud vajaduse edasi arendada kardioloogiaõendust, et patsientide raviteekond oleks turvaline ja senisest sujuvam. Õigeaegne nõustamine ja vajaliku info saamine mõjutab otseselt patsiendi positiivseid ravitulemusi ning edasist käekäiku.

2021. aastal alustas tööd PAHi (pulmonaalse arteriaalse hüpertensiooni) õde-nõustaja, kelle töö on patsiendile selgitada tema haiguse olemust ning tõsta teadlikkust.

Nõustab patsienti ning on lüli patsiendi ja muu personali vahel

Kui patsient on saanud diagnoosiks pulmonaalse arteriaalse hüpertensiooni ja esmase raviga on alustatud, annab õde patsiendile edasised juhiseid. Patsient saab ravipumba kasutamise ja ravimi an-



Õde-nõustaja on lüli patsiendi, arsti ja personali vahel, pakkudes kliinilist nõustamist nii patsientidele kui ka nende perele.

Kirsti Reissar

nuse tiitrimise õpetuse, et kodus ise toime tulla. Samuti selgitatakse talle põhjalikult haigusest tulenevat ravivajadust, et tõsta ravisoostumust. Kuna nimetatud patsiendid kogevad ravi ajal mitut nahaprobleemi, on olulisel kohal õe õpetus, kuidas eri murede korral toimida ja mida teha.

PAHi patsientidel on potentsiaalselt eluohtlik seisund, mis võib neile põhjustada suurt ärevust, mistõttu on patsiendi jaoks oluline oma hirme ööle kirjeldada. Nõustamisse on võimalik kaasata ka patsiendi lähedasi ning soodustada tugiühmades osalemist.

Õde-nõustaja on lüli patsiendi, arsti ja personali vahel, pakkudes kliinilist nõustamist nii patsientidele kui ka nende perele. PAHi ravi nõuab patsiendilt teadlikku pühendumist.

Selle eluohtliku seisundi ulatusliku ravi tõttu peab patsiente õpetama, et vältida võimalikke kahjulikke olukordi.

TAVI õe iseseisev vastuvõtt - esimesena Baltimaades

Uue teenusena on regionaalhaiglas alustatud struktuursete südamehaiguste valdkonda kuuluva Transcatheter Aortic Valve Implantation ehk TAVI õe ise-

seisvate vastuvõttudega. Tegemist on esimese omataolise teenusega Baltimaades.

Kardioloog suunab patsiendi TAVI-eelsele õe iseseisvale vastuvõtule. Kuna TAVI protseduuridele suunatud patsiendid on eakad, oodatakse õe vastuvõtule patsiente koos sugulaste ja lähedastega. Õe nõustamine on mitmekülgne: ta selgitab protseduuri olemust, tehnilist teostust, vajalikkust ning teavitab protseduurielset ja -järgset režiimist. Just siin on oluline tõsta patsiendi lähedaste teadlikkust, et nad oskaksid olla toeks TAVI-järgsel perioodil.

Õde-nõustaja selgitab välja terviseriskid, nõustab toitumise ja liikumise osas. Samuti hindab ta ravisoostumust ja sotsiaalseid mõjusid ning vajadusel suunab õde-spetsialisti vastuvõtule (nt diabeediõe juurde). Aasta peale TAVI protseduuri toimub TAVI õe järelvisiit, mille käigus hinnatakse uuesti terviseriske ja toimetulekut, vajadusel suunab õde patsiendi edasi spetsialisti vastuvõtule.

Õe iseseisev vastuvõtt annab patsientidele esimese kontakti ja pidepunkti, kelle poole eri kaebuste korral pöörduda, et saada soovitusi ja infot edasise käsitluse kohta.

Kõike mõjutav metaboolne ja renokardiaalne sündroom

Anna Maria Punab

regionaalhaigla kardioloogia arst-resident

Järjest enam on kogunenud tõendust metaboolse sündroomi, II tüüpi diabeedi, kroonilise neeruhaiguse ja kardiovaskulaarsete (KV) haiguste omavahelistest tihedatest ning patogeneetiliste mehhanismide kaudu äärmiselt läbipõimunud seostest.

Sellest tulenevalt on hiljuti välja pakutud kardiovaskulaarse-renaalse-metaboolse sündroomi definitsioon ning interdistsiplinaarsed käsitluse soovitusel vastavalt ainult riskitegurite, asümptomaatilise või sümptomaatilise organkahjustuse olemasolule.

Rasvumine, metaboolne sündroom, II tüüpi diabeet, krooniline neeruhaigus ja KV haigused on arenenud riikide levinuimad terviseprobleemid ning nende haiguste koosesinemisel on tugev negatiivne prognostiline tähendus. Nimetatud sümbioos mõjutab sisuliselt kõiki organsüsteeme, olles lisaks südame- ja neerukahjustusele seotud maksakahjustuse (mittealkohoolne rasvmaks), varajase kognitiivse düsfunktsiooni, obstruktiivse uneapnoe ja suurenenud kasvaja-riskiga. Suurim lisanduvat haigestumust ja suremust põhjustav mõju avaldub siiski üle KV sündmuste sagenemise: suureneb nii koronaarhaiguse, insuldi, südamepuudulikkuse, perifeersete arterite haiguse, KVA kui ka kardialse äkksurma teke tõenäosus. Kardiovaskulaarse-renaalse-metaboolse sündroomi ja selle riskitegurite äratundmine ning adekvaatse ravi alustamine on oluline nii patsientide elu pikendamise kui ka meditsiinisüsteemi ressursside mõistliku kasutamise aspektist. Viimaste aastate jooksul on laiendunud ravimivalik, millel on prognostiliselt oluline toime sündroomi mitmele komponendile – lisandunud on SGLT2 inhibiitorid, GLP-1 retseptori agonistid ja mittesteroidne mineralokortikoidretseptori antagonist (MRA).

Metaboolne sündroom

Metaboolse sündroomi (MS) mõiste on olnud kasutusel alates 1923. aastast ja kuigi diagnostilised kriteeriumid on ajas varieerunud, ei ole MSi sisu oluliselt muutunud. Tegemist on sageli koos esinevate ainevahetuslike düsregulatiivsete protsesside kogumiga, mille komponendid on abdominaalne rasvumine, insuliiniresistentsus, aterogeenne düslipideemia ja kõrgeenenud vererõhk. MS on tugev riskitegur II tüüpi diabeedi ja KV haiguste kujunemiseks ja sellel on ka roll kroonilise neeruhaiguse kujunemisel. MS on sage ja selle esinemissagedus tõuseb kaasuva rasvumise epideemia tõttu. 2011. aastal avaldatud andmete alusel on MSi levimus Eesti täiskasvanute seas umbes 28%.



Nimetatud sümbioos mõjutab sisuliselt kõiki organsüsteeme.

Doktor Anna Maria Punab

FOTO: ERAKOGU

MSi patogenees ei ole täielikult selge, kuid selle kujunemise esimeseks sammuks peetakse vistseraalset rasvumist. Ebatervislike eluviiside ja geneetilise eelsoodumuse tagajärjel kujunev liigne vistseraalne rasvkude on endokriinselt aktiivne ja käivitab suurema osa MSiga seotud negatiivsetest mehhanismidest – süsteemse kroonilise põletikureaktsiooni, oksüdatiivse stressi, neurohumoraalse aktivatsiooni ja insuliini resistentsuse. Nende mehhanismide käivitumine soodustab ülejäänud MSi komponentide kujunemist ning edasi suureneb risk II tüüpi diabeedi, atreoskleroosilise koronaarhaiguse ja teiste tüsistuste tekkeks. Ei ole selge, kas MS on tugevam KV riskitegur kui selle komponendid eraldi võetuna, kuid risk KV tüsistuste kujunemiseks on seda kõrgem, mida enam MSi komponente indiviidil esineb.

MSi diagnostilised kriteeriumid on 2009. aasta ühtlustatud definitsiooni alusel:

- abdominaalne rasvumine: vööümbermõõt meestel ≥ 94 cm, naistel ≥ 80 cm;
- triglütseriidide tase $\geq 1,7$ mmol/l või ravimite kasutamine lipiidide taseme korrigeerimiseks;

- HDL-kolesterooli väärtus meestel $< 1,0$ mmol/l ja naistel $< 1,3$ mmol/l või ravimite kasutamine lipiidide taseme korrigeerimiseks;

- arteriaalne hüpertensioon või kõrge normaalse arteriaalse vererõhku süstoolse vererõhu väärtusega ≥ 130 mmHg ja/või diastoolse väärtusega ≥ 85 mmHg;

- paastuglukoosi tase $\geq 5,6$ mmol/l või veresuhkrut alandav ravi eelnevalt diagnoositud diabeedi tõttu.

MSi saab diagnoosida, kui esineb vähemalt kolm kõrvalekallet viiest.

Renokardiaalne sündroom

Neerude ja kardiovaskulaarse süsteemi füsioloogia on omavahel tugevalt seotud ning on selge, et ühe organsüsteemi häire on võimalik kutsuma esile teise düsfunktsiooni. Arvestades selgeid kahepoolseid toimeid, on defineeritud kardiorenaalse sündroomi alatüübid vastavalt primaarsele organkahjustusele (südame või neerude funktsioonihäire) ja ajalisele kriteeriumile (äge või krooniline düsfunktsioon). Renokardiaalseks sündroomiks nimetatakse kardiorenaalse sündroomi alatüüpe, mis kujutavad endast ägedale neerupuudulikkusele või kroonilisele neerukahjustusele sekundaarselt tekkivat südame funktsioonihäiret. Kuna mitu riskitegurit on nii KV haiguste kui ka neerukahjustuse tekkeks ühised (sh düslipideemia, hüpertensioon, suitsetamine, diabeet, rasvumine), on sageli raske eristada, milline kardiorenaalse sündroomi variant on juhtiv.

Krooniline neeruhaigus on sõltumatu KV riskitegur. Normaalse neerufunktsiooniga võrreldes suureneb KV suremus juba eGFRi langemisel < 60 ml/min/1,73m², tõustes ligi kahekordseks eGFRi langusel G3b staadiumisse ja ligi kolmekordseks G4 staadiumis. Lõppstaadiumi neeruhaiguse puhul on rohkem kui pooled surmajuhud põhjustatud KV sündmustest. Püsiv albuminuuria on lisanduv iseseisev KV riskitegur, mille esinemisel on KV suremus oluliselt tõusnud ka normaalsete eGFRi väärtuste juures. EGFRi langusel alla < 60 ml/min/1,73m² kahekordistub südamepuudulikkuse kujunemise risk ning tõuseb oluliselt ka insuldi, perifeersete arterite haiguse, koronaarhaiguse ja KVA esinemine.

Mehhanisme, mille kaudu krooniline neeruhaigus põhjustab KV süsteemi kahjustust, on mitu. Neerufunktsiooni langedes toimub reniin-angiotensiin-aldosteemi aktivatsioon, millega kaasub naatriumi ja vee retentsioon, vasokonstriksioon, proinflammatoorne seisund ning endoteeli düsfunktsioon.

Neist muutustest tulenevalt süveneb hüpertensioon, kudedes isheemia, intertitsiaalne fibroos, maladaptiivne müokar-

di remodelleerumine ning arterite jäigastumine. Neerufunktsiooni langedes kujuneb kaltsiumi ja fosfaadi metabolismi häire, mis süvendab nii veresoonte kui ka südameklappide kaltsifitseerumist. Halveneva neerufunktsiooni foonil kujuneva ureemia, Na, K, Ca ja fosfaadi tasakaaluhäirete ning all oleva müokardi remodelleerumise tulemusena sageneb rütmihäirete esinemine nii kodade kui ka vatsakeste tasemel.

Kirjelatud mehhanismide tulemusel kujuneb müokardi hüpertroofia, südame kambrite dilatatsioon ning südame diastoolse ja/või süstoolse funktsiooni häire. Valvulaarsete ja arteriaalsete kaltsifikatsioonide süvenemisel kujuneb sümptomaatiline koronaarhaigus ning kiireneb aordiklapistenoosi progressioon.

Ennetuse ja ravi põhimõtetest

Arvestades, et metaboolse sündroomi komponendid on ühine riskitegur nii KV haigustele kui ka kroonilisele neeruhaigusele ning fakti, et metaboolset sündroomi, kroonilist neeruhaigust ja paljusid KV haigusi põhjustavad osaliselt sarnased patogeneetilised mehhanismid, on oluline nende varajane äratundmine ja õigeaegne sekkumine, alustades elustiilimuutusest ning lõpetades medikamentoose raviga.

Rasvumise, düslipideemia, prediabeedi ja kõrge-normaalse vererõhuga patsientidele on oluline rõhutada elustiili muutuse ja kaalulanguse rolli, et edasi lükata või ära hoida organkahjustuste arengut.

Medikamentoose ravi alustamisel on mõistlik valida ravimgrupid/preparaadid, millel on tõestatud soodne prognostiline toime võimalikult mitmel patsiendil samaaegselt esinevale organkahjustusele. Näiteks on AKEI esimene valik arteriaalse hüpertensiooni ravis langenud vasaku vatsakese süstoolse funktsiooni, diabeedi ja kroonilise neeruhaiguse korral. SGLT2 inhibiitorid on näidustatud nii II tüüpi diabeedi, südamepuudulikkuse kui ka kroonilise neeruhaiguse raviks.

GLP-1 retseptori agoniste on soovitatav kasutada II tüüpi diabeedi, rasvumise ja ateroskleroosilise koronaarhaiguse esinemisel. Mittesteroidne MRA finereenoon on näidustatud kasutamiseks II tüüpi diabeedi ja kroonilise neeruhaiguse koosseisumisel neerufunktsiooni languse pidurdamiseks ning langetab ka KV tüsistuste riski.

Metaboolne sündroom, neerufunktsioonihäire ja kardiovaskulaarsed haigused on seega omavahel tihedalt seotud ühiste riskitegurite ja sarnaste patogeneetiliste mehhanismide kaudu. Nende ühisosade mõistmine ja kõrvalekallete võimalikult varajane äratundmine võimaldab optimaalse ravi korral hoida ära püsivaid organkahjustusi või pidurdada haiguse progressiooni.

LDL-C **MACE** LANGUS?^{1,2*} RISKI VÄHENEMINE?^{1,2†}

SUREMUSE VÄHENEMINE?^{1,2‡}

Patsiendisõbralik?^{2,3}

VÕI KÕIK KORRAGA?^{1,2}

Praluent
alirokumab



PRALUENT (alirokumab) patsientidele, kes vajavad LDL-C langust >60%²

Alirokumabi tavaline algannus on 75 mg subkutaanselt üks kord iga 2 nädala järel. Patsientidel, kes vajavad madala tihedusega lipoproteiini kolesterooli (LDL-C) taseme suuremat (>60%) langust, võib ravi alustada annusega 150 mg üks kord iga 2 nädala järel või 300 mg üks kord iga 4 nädala järel (üks kord kuus), subkutaanselt.²

It's Praluent (alirokumab), of course.

Näidustus²

Esmase hüperkolesteroleemia (heterosügootne pärilik ja mittepärilik) või segatüüpi düslipideemia raviks täiskasvanutel ja heterosügootse päriliku hüperkolesteroleemiaga (*heterozygous familial hypercholesterolaemia*, HeFH) 8-aastastel ja vanematel lastel koos dieediga

- kombinatsioonis statiini või statiini ja teiste vere lipiidisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kellel statiini maksimaalse talutava annusega ei saavutata LDL-kolesterooli sihtväärtust või;
- ainsa ravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud.

Südame-veresoonkonna väljakujunenud aterosklerootiline haigus täiskasvanutel

- kombinatsioonis statiiniga maksimaalses talutavas annuses koos teiste vere lipiidisaldust langetavate ravimitega või ilma;
- ainsa ravina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiiniga või kellele statiin on vastunäidustatud.

CI = usaldusintervall; KV = kardiovaskulaarne; HR = riskisuhe; **LDL-C** = madala tihedusega lipoproteiinid; **MACE** = raske kardiovaskulaarne sündmus; **MI** = müokardiinfarkt; **PCSK9i** = subtiliini ja keksiini sarnase prooteiini konverteas 9 inhibiitor.

*4. kuul oli ODYSSEY OUTCOMES uuringus LDL-kolesterooli lähteväärtuse keskmine langus alirokumabiga ravitud patsientidel 62,7%.

†MACE: esmane kombineeritud tulemusnäitaja: surm isheemiatõve tõttu, mittefataalne müokardiinfarkt, fataalne ja mittefataalne isheemiline insult või ebastabiilne stenokardia, mis nõuab hospitaliseerimist HR 0,85 (95% CI 0,78, 0,93), P=0,0003,^{1,2} ‡ Ainult nominaalse statistilise olulisusega testimine; HR 0,85 (95% CI 0,73, 0,98), P=0,0261^{1,2}.

Viited: 1. Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, et al. Alirocumab and cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome. N Engl J Med. 2018;379(22):2097-2107. 2. PRALUENT (alirokumab) Ravimi omaduste kokkuvõte: www.ravimiregister.ee. 3. Banach

M, Lopez-Sendon JL, Aversa M, et al. Treatment adherence and effort of concurrent statin intensity on the efficacy and safety of alirocumab in a real-life setting: results from ODYSSEY APPRISE. Arch Med Sci.2021;18(2): 285-292.

Praluent (alirokumab) on retseptiravim.

Müügiloa hoidja: Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Prantsusmaa. **Täiendav informatsioon:** www.ravimiamet.ee või müügiloa hoidja esindajalt Eestis: Swixx Biopharma OÜ, Pärnu mnt, 139 E/2, 11317 Tallinn.

Ravimi
omaduste
kokkuvõtte
leid siit:



sanofi

Swixx BioPharma



**SÜDA
VAJAB KAITSET?**



Jardiance®
(empaglifloosiin)



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

NÄIDUSTUSED:

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

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

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

Südamepuudulikkus. Näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

Krooniline neeruhaigus. Näidustatud täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

ANNUSTAMINE:

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

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

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

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

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

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



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

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

Tähelestatud kõrvaltoimete kohta palume saata teade:
PV_Local_Estonia@boehringer-ingelheim.com