



Hange

Värvilised süstlad toovad kasu ühele ettevõtjale

Alates 2017. aastast, kui tervise arengu instituudi riigi suurima süstlahanke tingimustes on värvilise kolvi nõue, on hankel ainsana ligi miljoni euro ulatuses võidutsenud Margus Linnamäele kuuluv Magnum Medical. ▶6



MEDITSIINI- UUDISED



Psoriaasi tek-
kemehhanis-
mist ja kaas-
aegsest ravist
annab ülevaate
PERHi derma-
toveneroloog
Maigi Eisen.

▶18

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 13 (495) 22. oktoober 2024

www.mu.ee

Mõnuainete virrvarr

Uudised

Soome arst Eesti väikehaiglas

ORTOPEED ja kirurg **Antti Launonen** võrdleb inimesi, palka ja tööolusid Eestis ning Soomes ja selgitab, miks talle Elvas töötada meeldib. ▶7



Fookuses: vähk

Kasvajaid esineb üha rohkem noorematel

EUROOPA suurimal onkoloogia-alasel üritusel tutvustati uusimaid kliinilisi ja teadus-saavutusi vähiravis. ▶10-12

Fookuses: silmad

Iga kolmas laps on lühinägelik

ÄSJA valminud rahvusvahelise uuringu kohaselt on iga kolmas maailma laps lühinägelik. Eesti seisu kommenteerib silmaarst **Delis Linntam**. ▶14

Fookuses: silmad

Suur miinus kujutab eraldi riski silmale

MÜOOPIA arenemist selgitab optometrist **Laura Tõnov**. Kõrge müopia kujuneb enamasti lapseas ja sellega kaasneb muude silmahaiguste risk. ▶16

Kliiniline toksiko-
loog **Raido Paasma**
annab ülevaate
sellest, mida meie
noored tarvitavad.

▶3, 8-9



Tänapäeval sünteesitakse aineid nii, et need muutuvad väga sarnasteks, mis teeb diagnostika ja käsitluse keeruliseks.

FOTO: LTKH

Kindlustusjuhtumeid võib lisanduda palju

Kohe jõustuv tervishoiuteenuse osutaja vastutuskindlustuse seadus võib tekitada hüppelise patsientide kahjunõuete kasvu. Seetõttu on oluline, et igal tervishoiuteenuse osutajal see kindlustus olemas oleks, kirjutab kindlustusseltside liidu juht **Mart Jesse**. ▶3



Ukrainalt peab õppima

Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna juht **Nikita Panjuškin** käis Ukrainas ja jagab nüüd Eesti jaoks saadud õppetunde. ▶5



Märka
TMA-d!

aHUS

TERE SÜGIS!

Iga-aastane viirusinfektsioonide hooaeg on käes!

Kas teadsid, et KUNI POOLTEL juhtudel on
aHUS-i* vallandajaks INFEKTSIOON?¹

TMA ehk trombootiline mikroangiopaatia on harvaesinev,
aga tõsine seisund, mida iseloomustab trombide teke keha
kõige väiksemates veresoontes.²

TMA tunnuste kohta saab täpsemalt lugeda
skaneerides allolev QR kood oma nutiseadmega.



STEC-
HUS

TTP

IGA SEKUND LOEB!

TMA puhul on väga oluline
kiire diagnoosimine ja ravi.²

arvamus



Baaspõhimõtete alusel üldhaigla miinimumpakett on kokku leppimisel.

Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvõrgu ekspert Heli Paluste

Kommentaar:

Kindlustunne suureneb



Mart Jesse

Kindlustusseltside liidu juhatuse esimees

Kui jagada makse ära kõigi patsientide peale, on tegemist vaid sümboolse summaga.

Praeguste plaanide kohaselt tänavu 1. detsembrist jõustuv tervishoiuteenuse osutaja vastutuskindlustuse seadus lihtsustab patsiendi võimalusi taotleda tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud kahju hüvitamist, sest piisab pöördumisest sellesama tervishoiuteenuse osutaja või sellele vastutuskindlustust pakkuva kindlustusseltsi poole. Eeldada võib hüvitisetaotluste arvu hüppelist kasvu, nagu seda on olnud näha Soomes.

Lisaks patsiendile annab vastutuskindlustus suurema kindlustunde tervishoiutöötajatele, sest edaspidi tuleb tasuda ainult regulaarseid kindlustusmaksid. Nii ei tähenda ravivea ilmumine ja kahjunõude realiseerumine tervishoiuteenuse osutajale ühekorraga suurt rahalist väljaminekut, mis võib tõsise ravivea korral kergesti ulatuda kümnetesse tuhandetesse eurodesse

Makse võib näida suur. Vastutuskindlustuse tulek on mõne eriala tervishoiutöötajates, eriti just nendes, kes tegutsevad ettevõtjatena, tekitanud tugevat vastuseisu, sest aastased kindlustusmaksed võivad näida väga suured. Samas kui jagada see makse ära kõigi ravitud isikute ehk patsientide peale, on tegemist vaid sümboolse summaga kindlustunde eest, et kui midagi läheb valesti, katab kulud kindlustus.

Eriti just väikestel tervishoiuteenuse osutajatel tuleb pidada meeles, et ka väike eksimus võib kaasa tuua makseraskuseid või lausa maksejõuetuse põhjustava kahjunõude. Suuri kahjunõudeid ei saa kunagi välistada ja vastutuskindlustuse olemasolu pakub kaitset ka sellise ootamatuse korral.

Kaitseb mõlemat poolt. Uut vastutuskindlustust on asjakohane võrrelda liikluskindlustusega, mis on samuti kohustuslik ja mõeldud lisaks kannatanule kaitsma kindlustusvõtjat selle eest, et õnnetuse põhjustamise korral ei ähvardaks teda suur kahjunõue. Peab lootma, et esialgu kõrgena näivad kindlustusmaksed hakkavad langema, kui praktikas saab selgeks, kui palju kahjujuhtumeid aasta jooksul ette tuleb ja millised on hüvitised. Kohaliku statistika puudumine on oluline tegur, mis tekitab teenuse hinnastamises ebakindlust ja pannud enamiku kindlustusandjaid riski määramatuse tõttu teenuse pakkumisest loobuma.

On vaja pingutada selle nimel, et turule tuleksid lisaks PZU kindlustusele teisedki kindlustusandjad. On ilmne, et kui teenust jääb pakkuma üksnes üks kindlustusandja, ei saa me rääkida hinnakonkurentist ja teenuse püsijäämine sellisel kujul on küsitav.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Tuleb tähele panna ja rääkida

Lääne-Tallinna keskhaigla (LTKH) anestesioloogia-intensiivravi kliiniku ülemarst-juhataja, üle 20 aasta kliinilise toksikoloogiaga tegeleunud doktor Raido Paasma sõnul teame sellest, mida teismelised tegelikult tarvitavad, vaid jäämäe tippu.

Meditisiiniuudiste toimetuse arvab, et eri ainete kasutamisest ja sellega kaasnevast ei ole võimalik rääkida liiga palju: kuigi ka näiteks suitsetamise, alkoholitartvitamise või kaitsmata vahekordade kahjulikkusest on räägitud aastakümneid, on ikka veel noori, kes oma kopse ja maksa rikuvad või kogemata rasedaks jäävad, ehkki vähem.

Kasutatakse kõike. Doktor Paasma sõnul saab noorte ainete tarvitamisest mingi pildi, panes kokku kogutud infokillud, kliinilise tausta, trendid ja kohetuekspektiivi instituudi andmed. Kasutatakse kõike: nii klassikalisi narkootikume (stimulandid, hallutsinogeenid ja depressandid) kui ka nn kaasaegseid psühhotropseid aineid, mida sünteesitakse ja toodetakse suurtes kogustes.

Kui esimeste puhul on grupiirid selged, siis teised on sünteesimise käigus muutunud väga sarnasteks, mis muudab diagnostika ja käsitluse keeruliseks.

teesimise käigus muutunud väga sarnasteks, mis muudab diagnostika ja käsitluse keeruliseks.

Ained kergesti kättesaadavad. Noorte seas on levinuim ja kergesti kättesaadavaim aine kanep.

Näiteks selgus justiitsministeeriumi tellitud värskemast reoveeuuringust, et enamikus uuritud 13 linnast tarbiti augusti keskel kanepit märksa rohkem kui aasta varem.

Ehkki üledoosi võib saada ka kofeiinist ja näiteks energiajookide vanusepiirang tõsteti osa kauplustes sügisest 16-lt 18-le, on kõvasti rohkem kofeiini sisaldavad toidulisandid hõlpsasti kättesaadavad.

Eestis on viimasel paaril-kolmel aastal nn põhitegijad sünteetilised opioidid nitaseenid, mille toime on morfiinist sadu kordi tugevam ja mida kasutatakse tugevama toime saamiseks sageli koos teiste ainetega.

Sisse hingatakse nii välgumihkli gaasi, kummiliimi kui ka naerugaasi.

Et ainete müüjad ja ostjad ja näivad meist ikka sammu võrra ees olevat, peaksime olema veel tähelepanelikumad ja märkama.

Loe samal teemal lk 8-9

Et ainete müüjad ja ostjad näivad meist ikka sammu võrra ees olevat, peaksime olema veel tähelepanelikumad ja märkama.

VÕITJA
Marika Väli

Tartu ülikooli arstiteaduskonna aastapäeval anti valdkonnale osutatud teenete eest arstiteaduskonna medal anestesioloogia ja intensiivravi professor **Joel Starkopile** ning kohtuarstiteaduse professor **Marika Välike**.

VÕITJA
Mart Saarma

Eesti teaduste akadeemia üldkogu istungil valisid akadeemia liikmed uueks akadeemia presidendiks **Mart Saarma**. Saarma on Helsingi ülikooli biotehnoloogia instituudi teadusdirektor. Eesti teaduste akadeemia liikmeks valiti ta juba 1990. aastal.

Nädala foto:

Elurõõmu täis praktikagrupp



Oktoobri alguses viibis regionaalhaiglas grupp IV kursuse arstitudengeid, kes läbis kaks nädalat kestnud üldkirurgia praktikumi. Praktika peajuhendaja oli erakorralise kirurgia keskuse juhataja professor Peep Talving, õppejõud haigla eriarstid, kes on juba doktorikraadiga või praegu doktorandid. Uus grupp saabub kevadsemestril.

FOTO: PERH

mu.ee lugude TOP

- GALERII: Elvas opereeriv Soome tipparst väikeste haiglate sulgemisest: see kurvas tab
- Eriõdedel on nüüd õigus vormistada saatekirja
- Riigikontroll leidis, et nõudlikkust tervishoiutöötajate pädevuse hindamisel tuleb tõsta
- Rootsi tööle minnes šoki saanud öde Soome naasta ei plaani
- GALERII: Unemeditsiini konverents 2024
- 15 aastat rasedate tiipitsemel ravi ja jälgimist Lääne-Tallinna keskhaiglas
- Järelevaatamine: arstiteaduskonna aastapäev

Toimetaja repliik:

Keeleõpe võiks laieneda ka pealinna

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Kiiduväärt uudisena hakkasid 70 Narva haigla tervishoiutöötajat õppima eesti keelt. Selle praktiseerimiseks on neil küll võimalusi väheviitu, aga siiski – kunagi ei tea, millal keel kasuks tuleb. Soovitame sarnaseid keelekursusi ka pealinna tervishoiutöötajatele. Nimelt räägivad

praktikandid meile, et haiglas kohtab veel tihti ainult vene keelt oskavaid ödesid-hooldajaid, kellelt vajalikul hetkel abi ei saa. Ka patsientidel on raske: kui Eesti vanema generatsiooni inimesed oskavad veel mingil tasemel vene keelt, siis 50ndatele lähenevate puhul on selle keele oskus juba kehv. Samas inimesed vananevad ja järjest enam satutakse haiglasse juba alates sellest vanusest.

Üks küsimus:

Kuidas võiks Eesti koolides reguleerida laste nutiseadmete kasutamist?

Ragne Läheb, Eve Viilma

SA Tallinna Koolitervishoid
vaimse tervise öed

ga kooli vajadused on erinevad, seetõttu on tähts paindlik lähenemine ja oluline, et koolid saaksid ise otsustada, kuidas nutiseadmete kasutust oma keskkonnas kõige paremini reguleerida. Samas tasub mees pidada, et nutiseadmeid saab kasutada hariduse rikastamiseks ja nende kasutamine võiks olla lubatud ainult õppetööks vajalikel eesmärkidel, näiteks õppimist toetavate interaktiivsete õppevahendite, õppevideote ja viktoriinide läbi. Oluline on koolide võimalus korraldada õpilastele ja vanematele digisõltuvuse, une ja ekraaniaja mõjuteemalisi teavituskampaaniaid, kuna teadlikkuse tõstmine aitab kaasa tervislike digiharjumuste kujunemisele juba varases eas.

Marit Kannelmäe-Geerts

peaasi.ee haridusvaldkonna juht

Telefonide kasutamine on praegu kindlasti üks oluline keskendumist, silmast silma suhtlemist, õppimist ja puhkamist segav tegur. Nii lastel kui ka täiskasvanutel on vaja tahet telefoni kõrvalepanekuks. Palju on räägitud, et nutiseadmed peaksid olema keelatud – see võib tunduda hea lahendus, kuid pikaajaliselt mitte nii tõhus. Isegi kui keelame nende kasutuse koolis, on need pärast kooli ikka meiega. Toetame mõtet panustada koolis sotsiaal-emotsionaalsete oskuste omandamisele, mis aitavad õpilastel nende heaolu toetavaid otsuseid teha.

HVA arengukava

Valmis haiglavõrgu arengukava aastani 2040

EESTI Sotsiaalministeeriumil on valminud haiglavõrgu arengukava aastani 2040, mille alusel vaadatakse üle senised maakonnahaiglate ülesanded. Kui Tallinnas toob see kaasa suurhaiglate liitmise, siis nii mõnigi maakonnahaigla peab oma tööd koomale tõmbama. Kui rootslaste 25 aasta tagune analüüs soovitas Eestis haiglate arvu kärpida 13ni, siis praegu on neid 19. Uus haiglavõrgu arengukava jätkaks Eestisse 17 haiglat, kirjutas ERR. Uue arengukava järgi muudetakse seadusi nii, et riik saaks suurema rolli maakonnahaiglate juhtimises ja haiglatel tekiks kohustus lähtuda riiklikest tervishoiupoliitika otsustest.

Palgad

Meedikute mediaanpalk riigi keskmisest kõrgem

EESTI Tervishoiutöötajate keskmine palk suurenes 2024. aastal kõikides suuremates ametigruppides, selgus tervise arengu instituudi (TAI) tehtud tervishoiutöötajate palgauuringust. Arstide mediaanpalk koos kõigi lisatasudega oli 2024. aasta märtsis 4557 eurot, ödedel ja ämmaemandatel 2409 eurot ning hooldajatel 1598 eurot, kasvades aastaga vastavalt 21%, 17% ja 13%. Mediaanpalka aastakasv kiirenes oluliselt ja seda enim arstidel. Mediaanpõhikuupalk oli arstidel 3598 eurot, ödedel ja ämmaemandatel 1920 eurot ning hooldajatel 1160 eurot, kasvades aastaga vastavalt 16%, 10% ja 5%. Kogu Eesti mediaanpalk oli 2024. aasta I kvartalis 1553 eurot ja see kasvas aastaga 9%. Arstide, ödede ja ämmaemandate ning hooldajate mediaanpalk kasvas seega Eesti mediaanpalkast kiiremini. Arstide mediaanpalk on Eesti mediaanpalkast 2,9 ja ödede-ämmaemandate mediaanpalk 1,5 korda kõrgem. Hooldajate mediaanpalk on Eesti mediaanpalkast 45 euro võrra suurem. Arstide keskmine brutotunnipalk koos regulaarsete lisatasudega oli 28,69, ödede ja ämmaemandate oma 14,96 ning hooldajatel 9,46 eurot.

Pädevus

Liiga vähesed meedikud läbivad pädevushindamisi

EESTI Riigikontroll leidis, et nõudlikkust tervishoiutöötajate pädevuse hindamisel tuleb tõsta. Pädevushindamine on vabatahtlik ja hindamise läbib vaid väike osa tervishoiutöötajast. Töötavatest eriarstidest oli 1. jaanuari seisuga kehtiv pädevushindamise tõend vähem kui veerandil, hambaarstidest ca 60%, ödedest ja ämmaemandatest alla 10%. „Ehkki selgus, et lõviosa tervishoiutöötajatest tegeleb süsteemselt täiendamisega, viitasid erialaühendused, et ebapiisavate teadmistega töötajad võivad tegutseda aastaid ilma, et keegi nende ebapiisavale pädevusele tähelepanu pööraks,“ leidis riigikontrolör Janar Holm.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

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 veebipakettTrükk: AS Printall
Väljaandja: AS Äripäev

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

Nartsissisti hüljates

Raamat sellest, kuidas pärast väärkohtlevat ja toksilist suhet eluga edasi minna. Psühholoog ja traumaterapeut dr Sarah Davies on taastumisteedekonna ise läbi teinud ja oskab lugejat varustada tehnikatega, mille abil nartsissisti võluväärt alt pääseda, saada selgeks, kuidas end kaitsta ja edaspidi nartsissistliku väärkohtlemise negatiivset mõju vältida. Ilmus 1. oktoobril, kirjastus Äripäev, 304 lk. Info: <https://pood.aripaev.ee/raamatud-nartsissisti-huljates>



27.11

TASUTA veebiseminar tervishoiutöötajatele kopsuvähi temaatikast ja vähiliidu unikaalsest, septembris valminud mobiilsest kompuutertomograafi treilerist. Lektorid dr Kersti Oselin ja dr Andrus Aavik. Annab 1 täiendkoolituspunkti. Info: <https://pood.aripaev.ee/kopsuvahi-ennetus>

Ülevaade:

Rahuaajal Ukraina õppetundidele mõeldes

Hiljuti õppevisiidilt Ukrainasse naasnuna soovin jagada tähelepanekuid ja kogemusi, millele meil Eestis rahuajal mõelda.

Kui rääkida vabastatud aladele tööle naasjatest, tuleb arvestada, et sõjalise ohu tõttu töölt lahkunud ja hiljem naasev personal võib töökohta vahetada ja töönaoliselt jäävad tööle lastetud või juba täiskasvanud laste vanemad. Tšernigivis naasis enamik töötajatest pärast piirkonna vabastamist küll tööle, ent haiglate juhtkonnad pidid selleks pakuma näiteks uusi karjäärivõimalusi või kõrgemat palka.

Logistika paika. Et töötajad saaksid keskenduda põhitööle, tuleb neile tagada võimalus tööle pääsemiseks, pakku-des näiteks autot või autojuhti, juhul kui ühistransport ei tööta. Samuti tuleks olukorras, kus emad ei nõustu lapsi lastaeda või -hoidu viima, töötajate vahetuse ajaks võimaldada laste töökohas viibimine.



Nikita Panjuškin

sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna juhataja

Ravimipuuduses võib ette tulla jaeapteekide röövimisi.

Ukraina praktika näitab, et töötajad peavad juba rahuajal teadma oma kriisirolli ehk kuhu peab kriisiolukorras tulema ja kuidas muutub töökorraldus. Samuti peavad tehtud olema kokkulepped sõjaväeliste organisatsiooniga, et tervishoiutöötajaid ja meditsiinitudengeid sõjaajal tsiviil- ja militaarsüsteemide vahel jagada.

Kriisiplaanid. Eestis on võimalused abiarstide ja -õdede tööleasumiseks juba loodud ning kõikidele tulevastele tervishoiutöötajatele õpetatakse sõja- ja katastroofimeditsiini baasteadmisi. Kui võrrelda Eesti ja Ukraina valmisolekut, võib nentida, et kuigi tervishoiutöötajatest reservväelaste kriisirolli ei ole veel lõplikult otsustatud, on teatud kokkulepped sõlmitud ja haiglateski ajakohased kriisiplaanid olemas.

Ravimite kättesaadavuse korraldamisel tuleb arvestada, et kriisiolukorras osletakse käsimüügiravimid jaeapteekidest ära rutem kui tavaliselt ja võib ette

tulla isegi röövimisi. Raviminappus aga toob kaasa väljakutseid haiglatele.

Ukrainas parandavad ravimite kättesaadavust mobiilsed apteegid, mis viivad teenuse raskelt ligipääsetavatesse piirkondadesse. Vaenlase eesmärgiga ravimite logistikat häirida ja ravimiladusid hävitada saab võidelda ravimite logistilist ketti detsentraliseerides.

Ravi järjepidevuse tagamiseks olukorras, kui ravimid ei ole kättesaadavad ja inimesed vahetavad olude sunnil sageli elupaika, jagatakse teatud ravimeid korraga välja suuremas koguses. Ravimite kättesaadavuse parandamiseks leevendati Ukrainas ka mõningaid regulatiivseid nõudeid.

Lisaks on vaja sõjatingimustes läbi mõelda katkematu logistika ja ladude toimepidevus, ravimite kasutamise statistika, riigiasutuste ja IT-süsteemide toimepidevuse tagamine, võltsitud ravimite avastamise ja kõrvaldamise viisid ning apteekrite vaimse tervise esmaabi koolituste korraldus.

05.12.2024

Swisotel Tallinn ja WorksUp keskkond veebis

Meditsiini UPDATE 2024

10 VALDKONNA
KIIRÜLEVADE

Kümme eriarsti annavad lühikese ülevaate oma valdkonna uudistest, mis aitavad kolleege teha õigeid diagnostika- ja raviotsuseid.

HAMBARAVI, dr Krista Vapper
KARDIOLOOGIA, dr Henri Kaljumäe
ESMATASANDI MEDITSIIN, dr Diana Ingerainen
ONKOLOOGIA, dr Elen Vettus
ENDOKRINOLOOGIA, prof Vallo Volke
NEUROKIRURGIA, dr Jaan Eelmäe
LABORIMEDITSIIN, dr Anneli Raave-Sepp
PATOLOOGIA, dr Joosep Seppet
PSÜHHIAATRIA, dr Viljar Veede
SOODÜSFOORIA, dr Veronika Elmet ja dr Pille Pärnakivi

Korraldajad

Peatoetaja



110,4 €

kuni novembri lõpuni
tavahind 127,08 €

Info ja piletid:

pood.aripaev.ee/update2024

Järelvaatamine 30 päeva
kõigile registreerunutele!

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

**Konverents annab
7 täiendkoolituspunkti**
pärast e-testi edukat
sooritamist, e-tunnistused
väljastab Medicumi
Koolitus- ja Nõustamis-
keskus.



IDA-VIRU KESKHAIGLA

Ootame oma meeskonda

JUHATUSE LIIGET/ÕENDUSE JA PATSIENDIKOGEMUSE JUHTI

Peamiseks tööülesandeks on õendusvaldkonna ja patsiendikogemuse alase tegevuse korraldamine.

Nõudmised kandidaadile:

- tervishoiualane kõrgharidus ning omandatud vähemalt magistrikraad või sellega võrdsustatud kvalifikatsioon;
- tervishoiuasutuse või meditsiinilise struktuuriüksuse juhtimise kogemus;
- hea avaliku esinemise oskus ja suhtlemisoskus, meeskonnatööle orienteeritus, väga hea eesti keele oskus kõnes ja kirjas ning vene keele oskus ja soovitatavalt inglise keele oskus vähemalt suhtlustasemel.

Konkursil osalemiseks esitada järgmised dokumendid:

- avaldus nõukogule ja elulookirjeldus;
- haridust tõendavate dokumentide koopiad ja kandidaadi poolt oluliseks peetavad muud dokumendid;
- lühivisioon (kuni 2 lk A4 formaadis) Ida-Viru Keskhaigla õenduse ja patsiendikogemuse valdkonna arengust järgneva 5 aasta jooksul.

Kandideerimisdokumente ootame hiljemalt **31.10.2024 kell 12.00**
e-postile Mia.Mogilnikova@ivkh.ee märksõnaga "Juhatus liige/õenduse ja patsiendikogemuse juht"
Info: Mia Mogilnikova, tel 3311 186, e-post: Mia.Mogilnikova@ivkh.ee

uudised



Riigi kontrolli all olev veterinaarravimite varu lisab meie toidujulgeolekule täiendava kaitsekihi.

Varude keskuse tervishoiuvaru valdkonnajuht Kaarel Parts, mu.ee 14. okt

Raha Suurhange süstib sadu tuhandeid eurosid ühte firmasse

Valus torge maksumaksjale

Koit Brinkmann

koit.brinkmann@aripaev.ee

Sotsiaalministeeriumi allasutuse, tervise arengu instituudi (TAI) sadadesse tuhandetesse eurodesse ulatuvatele süstlahangetele on seatud piirav nõue, mille tulemusena riisub juba aastaid hangetel koore ainult üks pakkuja, suurärimees Margus Linnamäe firma.

Seetõttu pole võimalik kõrvale võtta võimalikke odavamaid pakkumisi. Alates 2017. aastast, kui hanketingimuses on värviline kolb, on Magnum Medical hankel võidutsenud riigihangete registrist kokku arvatud andmetel ligi miljoni euro ulatuses.

„Seda süstalt väga ei taheta, anname neid poolvägisi kaasa,“ valib Tallinnas Magasini tänaval narkosõltlasi nõustava MTÜ Pealinna Abikeskus juhataja Ene Villak laual olevast neljast süstlast välja ühe. Süstlal on lillat värvi kolb.

Ometi nõuab tervise arengu instituut riigi suurimal süstlahankel juba aastaid just nimelt värvilist kolbi. Piirava nõude tõttu on viimastel aastatel tulnud hanketele ainult üks pakkuja, Magnum Medical.

TAI selgitab, et kontrastset värvi kolb ja läbipaistev silinder on nõutud, sest need võimaldavad narkootikumide tarvitaval inimesel näha kogu süstimisprotsessi ja märgata vigu süstimisel, näiteks õhu sisse tõmbamist süstlasse, mis võib põhjustada tõsiseid tagajärgi.

Samal ajal kinnitab narkosõltlasi nõustav Villak, et lõppkasutajad neid hankes nõutud tingimusega süstlaid eriti ei hindagi, ning mitte värv ei peleta abikeskuse kliente, vaid nende süstalde kolb ei liigu süstija jaoks piisavalt sujuvalt. Villak ütleb, et ta on andnud mure kohta TAI-le ka tagasisidet.

Tingimused on piiravad teiste jaoks

„Ma ilmselt juba aiman. Kas te räägite sellest suurest riigihankest?“ lausub One-Med OÜ tootejuht Piret Ahonen küsimuse peale, kas nende ettevõtte tootevalikus on teist värvi kolviga süstlaid.

Tema sõnul pole nad piirava tingimuse tõttu saanud TAI süstlahangetel varem pakkumust esitada ning ka praegu käimas oleva hanke puhul vaatasid nad, et sama tingimus on endiselt sees ja hanketele neil asja pole. „Paraku on väga piiratud võimalus osaleda sellel TAI hankel juba pea kümme aastat. See on kestnud päris pikalt,“ ütleb Ahonen.

Äripäev rääkis veel mitme meditsiinitarbeid müüva ettevõtjaga, kes kinnitasid



Tallinnas Magasini tänaval narkosõltlasi nõustava MTÜ Pealinna Abikeskus juhataja Ene Villak näitab tervise arengu instituudi kaudu saadetud süstlaid. Lilla kolviga süstlaid (pildil ülemine) nende kliendid väga võtta ei taha. Küll lähevad hästi kaubaks oranži korgiga insuliinisüstlad, millel aga värvilise kolvi nõuet hanketingimustes ei ole.

FOTO: LIIS TREIMANN

sama probleemi. Neil oleks kaupa ja huvi süstlaid pakkuda, aga Eesti üks suurim ja magusaim süstalde-nõelte hange on teist värvi kolvi nõude tõttu enamiku süstlahanketootjate jaoks suletud. TAI hankes peab koguseliselt umbes pooltel süstaldel olema kontrastset värvi kolb.

Äripäeva allikad ütlevad, et teisel süstalde ostmise hankel Eestis sellist tingimust pole esitatud. Nõutakse lihtsalt hästi jälgitavat mõõtskaalat ning seda, et silindri osa oleks hea läbipaistvusega, aga mitte kontrastset kolbi. TAI aga viitab, et Ida-Tallinna keskhaigla läinud kevadel toimunud hankel oli samuti sees kontrastset värvi kolvi nõue.

Värvilisi kolbe on kahel tootjal

Esimest korda ilmus kontrastse värviga kolvi tingimus TAI hangetesse 2017. aasta lõpus. Ühe allika sõnul on värvilise kolvi puhul tegemist paari tootja disainielemendiga. „Mina saan aru, et see on paari tootja disainieelis ja seda kasutatakse müügiargumendina. Kuid see ei tähenda, et sellise suure hanke puhul peaks tea-

Ükski ettevõtte pole varem esitanud küsimust süstlahankel kolvi värvi kohta.

TAI vastus

tud tootjaid eelistama,“ arwab allikas. Euroopa suurtest tootjatest on värvilise kolviga süstlad sortimendis Saksamaa kontsernil B. Braun ning Slovakkia ettevõttel Chirana Medical. Mõlemal tootjal on Eestis ka esindajad.

Siin jõuame aga huvitava anomaaliani. Kui väiksematel süstlahangetel osalevad aktiivselt nii B. Braun Medical OÜ kui ka Chirana tooteid vahendav Mediq Eesti

OÜ, siis TAI hangetel pole nad juba aastaid pakkumisi teinud. Neil hangetel osaleb konkurentsivabalt suurärimees Margus Linnamäe kuuluv hulgimüüja Magnum Medical OÜ, mis eelmisel hankel pakkus Chirana süstlaid.

Asjad on lukus

Äripäeva üks allikatest räägib, et meditsiinisektor on suhteliselt suletud süsteem. Neid hanketeid on küll, kus aastaid on ühed ja samad ettevõtted võitnud ja see turublokk on juba tootjate ja ostjate peale pandud.

„Ma olen olnud hangetes, kus sa ei saagi tootjate käest hinda, kuna eelnevalt on juba kellegagi kokkulepped olemas ja kuigi sa oleksid võimeline tegema oluliselt parema hinna, siis asjad on lukus,“ kirjeldab sama allikas.

Kuigi Euroopa direktiivi järgi ei tohiks kellelegi anda eksklusiivõigusi, siis kahjuks või paraku toimivad allika sõnul pärismaailmas vaikivad kokkulepped.

B. Braun Medical OÜ juhatuse esimees Jüri Proosa ütleb, et nende ettevõtte ei ole pikemat aega osalenud TAI süstalde hangetel, sest kutsedokumentides toodud hanke tingimused ei kattu nende tegevuse põhisuundadega. Nimelt on tarnekohti palju ja see on neile logistiliselt keeruline, lisaks peaksid nad tervikhanke tõttu hakama ostma ka tooteid, mis ei ole B. Brauni portfellis – lisaks süstaldele ja nõeltele ostab TAI sama hankega ka naha desinfitseerimise patju.

TAI kinnitusel on kahjude vähendamise keskustes alates 2017. aastast jagatud Chirana, Unisharpi ja Neojecti tootjate süstlaid. „Rõhutame veel kord, et vastava riigihanke tehnilistele tingimustele vastavaid süstlaid toodab mitu ettevõtet ning iga maaletooja saab neid tarnida, mistõttu ei ole tegemist kuidagi konkurentsi piirava tingimusega,“ kommenteeritakse tervise arengu instituudist.

TAI tunnistab samas, et ühe pakkuja osalemine on tekitanud küsimusi. Vähe- ne konkurents mõjutab hinna kujunemist ning TAI soov on hankida võimalikult säästlikult, kuid samas tagada sihtrühma vajadustele vastava toodete olemasolu.

Pärast Äripäeva loo ilmumist teatas asutus, et muutis kõnealuse hanke tingimusi, kuna ilmnas, et osa pakkujaid peavad neid piiravaks. Aega kandideerimiseks anti juurde oktoobri lõpuni ja tingimustest eemaldati värvilise kolvi nõue. Kuna vaja on palju eri süstlaid ja oluline on ka logistika, on TAI soov siiski te- gutseda ühe hankepartneriga ja seetõttu ei ole hange osadeks jaotatud, vaid tervik.

4989

EUROT oli tänavu märtsis arsti keskmine kuupalk koos lisatasudega. Lisatasud moodustasid pea neli jandiku palgast, ilma selleta oli keskmine põhikuu-
palk 3819 eurot. Arst-juhtide palk koos lisatasudega oli 6818 eurot, ilma lisata 5000 eurot.



Delegaadiks arstitudeng-abiartst

EESTI arstiteadusüliõpilaste selts koostöös sotsiaalministeeriumi ning noorteühenduste liiduga valis Eesti esimeseks maailma terviseorganisatsiooni noordelegaadiks **Karl-Sten Kõrgmaa**.

Elvas töötav Soome kirurg: töövahendid on meil juba samad

Tampere ülikooli haigla ortopeediaosakonna juhataja ja kirurg Antti Launonen opereerib juba rohkem kui aasta Elva haiglas eestlaste käsi.

Hoolimata ligi 500 kilomeetri ja kaheksa tunni pikkusest reisist astub Tampere ülikooli kaasprofessor, ortopeedia, traumatoloogia ja käekirurgia eriarst Antti Launonen aeg-ajalt Elva haigla operatsioonisaali. Ta kuulub paarikümne Eesti ameeristrite kantsud Soome arsti hulka.

Soome tipparsti tööampsud Eestis ja väikeses kohas nagu Elva näivad ebatalalised. Miks Te võtate ette nii pika teekonna?

Lõpetasin Tartu ülikooli arstiteaduskonna 2002. aastal. Minu arstist elukaaslane on Eestist ja ostsime Võru lähedale maamaja, kus veedame palju oma vabast ajast. Sellepärast pendeldamegi kahe riigi vahel.

Minu teadustöö Tampere ülikooli haiglas võimaldab töötamist kodukontoris ning haiglatööst vabal või puhkuse ajal tegutsemist Elva haiglas. Teadustöö kõrval kulub suur osa minu tööajast opereerimisele Tampere ülikooli haiglas. Minu teadustöö käsitleb ülajäsemeid, täpsemalt nii öla- kui randmemurdusid.



Elva haiglas opereeriv ortopeedia, traumatoloogia ja käekirurgia eriarst Antti Launonen.

FOTO: LIIS MARKVARDT

Opereerimine maksab Soomes kolmeli korda rohkem. Millised arsti- ja teadustöö argumendid teid Lõuna-Eestisse sõitma innustavad?

Elva haiglas töötan Eesti hinnakirja alusel. Mõistan, et Soome arstile Eestis Soome arsti palka maksta ei saa, küll aga head Eesti arsti palka. Kurtmiseks pole põhjust. Pealegi kehtib Soomes progressiivne tulumaks, mis mõjutab kõvasti kätte jäävat raha.

Kuidas erinevad arsti töötingimused Soomes ja Eestis: operatsioonisaalid, aparaadid, töövahendid, tugipersonal?

Minul isiklikult on kahe riigi arstide töötingimusi keeruline võrrelda. Soomes töötan suure ülikoolihaiglas. Eestis olen suhteliselt vähe aega praktiseerinud väikeses Elva haiglas. Seetõttu puutun kokku erinevustega, mis tulenevad üksuste suurusest. Näiteks Elvas toimib väga efektiivselt patsientide vahetamine lõikuste va-

hel, sest operatsioonijärgne ärkamisruum asub vaid mõne sammu kaugusel. Soomes kulub rohkem aega. Kuigi ma arvan, et kui võrrelda sama suurusega haiglaid Eestis ja Soomes, siis erinevust enam ei ole.

Töövahendid ja -riistad on enam-vähem samad. Eestis kasutatakse suhtlemises rohkem ametlikku tooni kui Soomes, see on vist kõige suurem erinevus töö sisu osas.

Kas haigused avastatakse Eestis õigeaegselt või näeb palju hilinevad diagnoose, mida on keerulisem ravida?

Mulle tundub, et mõlemas riigis tuleb osa patsiente hilise diagnoosiga. Täpseid numbreid ei oska anda, kuid tunne on, et on suhteliselt sarnased probleemid ja sama kaaluga, olenemata riigist.

Olenevalt diagnoosist see kas aeglustab paranemist või mõnel korral teeb asja keerulisemaks. Eesti probleemiks võib nimetada käekirurgide vähesust.

Kui ooteajad on väga pikad, siis mõned käekirurgiliste probleemidega patsiendid diagnoosid hilinevad.

mu.ee

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

21.11.2024

RAVIMI-KONVERENTS 2024

Kai kunstikeskus ja
WorksUp
veebikeskkonnas



Apteekritele erihind!

tervishoiutöötaja koodiga

Registreerimine ja piletiinfo:
pood.aripaev.ee/ravimikonverents2024

Info: Kadi Heinsalu, Meditsiinuudiste peatoimetaja
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Farmaatsiaõppe ümberkorraldus

TÜ Farmaatsia Instituudi juhataja professor **KARIN KOGERMANN**

Proviisorõppe tudengid õppes ja tulevikust

V kursuse tudengid **LOTTA-LEE SUITS JA HANNA MARTA NELLIS**

Andmekaitse apteekides

Andmekaitse inspeksiooni jurist **GEILI KEPPI**

Sotsiaalministeerium: esmatasandi tervishoiu ja ravimipoliitika arengud

Esmatasandi tervishoiupoliitika juht **LAURA VIIDIK**

Ravimi- ja meditsiiniseadmete poliitikajuht **KÄRT VELISTE**

EL-kliiniliste uuringute määruse uus peatükk

Ravimiameti kliinilise hindamise büroo juhataja **KEIU HEINLA**

Ravimimürgistuste väljakutsed

Terviseameti mürgistusteabe osakonna juht **MARE ODER**

EUHTA rakendamisele 2025. aastast

Ravimitootjate liidu esindaja ja töögrupi juht **MARIKA LEPASTE**

Kaks vestlusringi!

Apteegireform – kas laip magamistoas?

Apteekrite liidu juht **KAIDI SARV**

Proviisorapteekide liidu juht **LY ROOTSLANE**

riigikogu sotsiaalkomisjoni liige perearst **EERO MERILIND**

Eesti Farmaatsia Seltsi juhatuse liige proviisor **JAAK KOPPEL**

Konkurentsiameti esindaja kinnitamisel

Tarneraskused ja kriisiravimid

Proviisorite koja juht ja Tallinna Kiirabi apteegi juht **KARIN ALAMAA-AAS**

Ravimite hulgimüüjate liidu juht **TEET TORGO**

Amgen Baltimaade äriüksuse juht **HANNO PÜTTSEPP**

luubi all

Noored Mõnuaineid tuleb juurdeRiskikäitumise
jäämäe tipp

Lääne-Tallinna keskhaigla (LTKH) anestesioloogia-intensiivravi kliiniku ülemarst-juhataja, üle 20 aasta kliinilise toksikoloogiaga tegelenud doktor Raido Paasma annab ülevaate noorte riskikäitumisest, sealhulgas eri ainete tarvitamisest.

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

“Kui keegi küsiks, kust me teame, mida meie teismelised tegelikult tarvitavad, on vastus, et me ei teagi – teame vaid pisike si kokkukorjatud infokilde, kliinilist tausta, trende ja kohtuekspertiisi instituudi andmeid,” sõnab Paasma sissejuhatuses.

Noorte seas enim levinud psühhotroopsed või narkootilised preparaadid on teadaolevalt kanep, stimulandid ja LSD.

Noorte seas on enim levinud kanep

Looduslikke kanepitooteid saadakse *cannabis sativa*-nimelisest taimest, millest on eraldatud 61 narkootilist kannabinoidi, neist psühhoaktiivseim THC. Suitsetades saabub selle toime 6–12 minuti jooksul ja kestab 2–3 tundi, suukaudsel manustamisel vastavalt 30–60 minutit ja 4–6 tundi. Kannabinoidide eliminatsiooni poolesusaeg on 15–40 tundi. Kanepitoodete kasutamisel on kirjeldatud väsimust, keskendumisprobleeme, meeleolumuutuseid, pupillide laienemist ja tahhükardiati. Raske mürgistuse korral võib esineda teadvusekaotust, lihastõmbulisi ja hingamise aeglustumist.

Võõrutusnähtudena on kirjeldatud ärritust, rahutust, painajalikkust und, higistamist, värinaid, lihasvalusid, söömishäireid, iiveldust ja kõhuvalu, need kestavad nädalaid, olles väljendunud kui alkoholi võõrutusnähud.

“Muide, Suurbritannias, USAs ja mõnes Euroopa riigis on hakatud kroonilise alkoholismi võõrutusravis kasutama

etanooli ehk patsiendid saavad päev-päevalt väiksema koguse alkoholi. Kanepi puhul selle kohta veel publikatsioone ei ole, aga olen kindel, et tuleb,” toob doktor näite. “Kui küsida, kui suure osa müüdavatest toodetest moodustab looduslik kanep, siis nt britid tegid kümmekond aastat tagasi katse, ostsid kokku nn looduslikke kanepitooteid ja leidsid, et 60% juhtudest oli tegu loodusliku kanepi ja 40% juhtudest sünteetiliste kannabinoididega. Neid müüakse loodusliku kanepi pähe sel moel, et võetakse taimeleht, piserdatakse üle sünteetilise kannabinoidiga, kuivatatakse ja purustatakse,” räägib ta.

Esimene generatsioon sünteetilisi kannabinoide avastati Euroopas 2008. aastal ja neid müüakse nii suitsetatavate segude, puhta pulbri kui ka vedelikuna. Toime on seotud nende toimega I ja II tüüpi kannabinoidretseptoritele. Esimesi on leitud pea- ja seljaajus ja need vastutavad kannabinoidide psühhotroopse efekti eest, teised asuvad peamiselt põrnas, siseorganites ja immuunsüsteemi rakkudes, olles seotud immunomodulatsiooni ja osaliselt ka analgeesiaga.

Sünteetilised kannabinoidid on aina tugevama toimega, mis on suunatud eelkõige I tüüpi kannabinoidretseptoritele. Seda selleks, et mõjuda kesknärvisüsteemile ja tekitada sõltuvus, vajadus uue doosi järele. Praeguse, kolmanda generatsiooni sünteetilised kannabinoidid, nagu MDMB-CHMICA ja PINACA-FUMINACA põhjustavad agitatsiooni, psühhoosi, unisust/koomat, metaboolset atsidoosi, oksendamist, tahhükardiati, krampe, har-



Noori varitseb suur hulk mitmesuguseid mõnuaineid, mille koostis on tihti tundmatu ja mõjutab tervist ootamatult, kuni äkksurmani välja.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Raido Paasma, LTKH anes-
tesiolooogia-intensiivravi
kliiniku ülemarst



Mälumängus osalenu sai eliitkoolis käivalt pojalt ecstasy tableti hinna osas õige vastuse 20 sekundiga.

vem ÄKSi, rabdomüolüüsi ja ägedat nee-
rupuudulikkust. Kirjeldatud on tuhandeid
surmasid nii Euroopas, Põhja-Ameerikas,
Venemaal kui ka Jaapanis.

Kasutatakse kaht tüüpi jaotust

Toksikoloogid kasutavad narkootilistest
preparaatidest ehk mõnuainetest rääkides
kaht tüüpi jaotust: klassikalised narkoo-
tikumid, nagu stimulandid (amfetamii-
nid, MDMA (*ecstasy*) ja kokaiin), hallutsi-
nogeenid (LSD, ketamiin, psilotsübiin) ja
depressandid (opioidid, bensodiasepiinid,
GHB/GBL) ning nn kaasaegsed narkooti-
kumid, mida toodetakse, kuna klassika-
lised narkootikumid on keelatud ja turul
on mõnuainete järgi suur nõudlus.

Kaasaegsed narkootilised ained jagu-
nevad samuti kolme gruppi: stimulan-
did (piperasiinid, katinoonid, sünteeti-
line kokaiin, pipradrolid, indaanid, ben-
sofuraanid, NBOMed), hallutsinogeenid
(glautsiin, ketamiini analoogid, trüpta-
miinid, sünteetilised kannabinoidid, sal-
vei, TFMPP) ja depressandid (GBL/1,4-bu-
taandiool, kaasaegsed opioidid, kaasaeg-
sed bensodiasepiinid). Kui vana klassifi-
katsiooni puhul olid grupipiirid selgemad,
siis tänapäeval sünteesitakse aineid nii,
et need muutuvad väga sarnasteks - näi-
teks spetsiifilisi stimulandi- või hallutsi-
nogeenisümptomeid ei ole ning nende toi-
me kattuvus muudab diagnostika ja käsit-
luse keerulisemaks.

Stimulandid on kättesaadavad

Eri pillidena müüdavate stimulantide toi-
me on serotoniini, dopamiini, norepinef-
riini tõusnud vabanemine ja/või langenud
tagasihaare rakumembraanil. “Neid saa-
vad noored väga kergesti kätte. Kui näi-
teks ühel täiskasvanute mälumängul kü-
siti *ecstasy* tableti hinda Tallinnas ja vas-
tamiseks oli aega minut, küsis üks osale-
nu seda sõnumi teel oma eliitkoolis käi-
valt pojalt ja sai 20 sekundiga õige vastu-
se” räägib doktor.

Stimulantide äge toksilisus puudutab
patsiente, kes on aineid tarbinud suures
annuses või kroonilisi tarvitajaid, kellele
tekib turule uus aine, mille kontsentrat-
sioon on muudetud. “Näiteks tuleb turu-
le uus pakkuja, krooniline tarvitaja teab,
et võttis varem ühe tableti ja sai jube hea
laksu, ent nüüd laksu ei tule. Ta pöördub
kaebusega müüja poole, kes soovib võtta
veel ühe tableti. Kuna toimeaine vabane-
mine võib olla hiline, saab tarvitaja topelt-
doosi,” kirjeldab ta tavajuhtumit. Ägeda-
le toksilisusele on omane agiteeritus, ag-
ressiivsus, psühhoos, higistamine, ham-
maste krigistamine, laienenud pupillid,
krambid, hüpertensioon, valu rinnus,
arütmiaid, hüpertermia, insult, mesente-
riaalisheemia ja spinaalinfarkt.

Kui selline stimulandi tarvitaja jõuab
EMOsse, võib seal olev lärm teda veel roh-
kem üles keerata, talle soovitatakse vai-
kust, rahustavat atmosfääri. Kasutama
peaks bensodiasepiine, ettevaatlik aga
olema antipsühhootikumidega, kui neid
kasutatakse koos sümptomimeetikumi-
dega. Hüpertensiooni (süstoolne RR >200
mmHg) korral on esimene ravim benso-
diasepiinid, sest rahunedes langeb reeg-
lina ka vererõhk, ja i/v nitraadid (nitro-

glütseriin), hoiduda tuleks beetablokke-
ritest. Hüperpüreksia (T > 39–40 °C kriiti-
line seisund) on fataalne: isegi Tallinnas
näeb aastas üht-kaht juhtu, kus tuleb sti-
mulandi tarvitaja temperatuuriga 40–41
°C, kiiresti kujuneb organpuudulikkus,
järgnevad dissemineeritud intravasku-
laarne koagulatsioon (DIK), ajuverevalan-
dus ja kiire surm. Hüperpüreksiaga tarvi-
tajaid tuleb kiiresti ja agressiivselt jahuta-
da. Kõige paremini jahutab jäävann, järg-
nevad ventilaatorid, vee viimine makku ja
pöieloputuslahuse viimine põide ning endo-
vaskulaarne jahutamine.

Ravis on väga oliline roll bensodiase-
piinidel, aga kasutatakse ka esimese põlv-
konna antihistamiini tsüproheptadiin.
Dantroleeni efekt on USA kolleegide hin-
nangul küsitav.

Ka LSD on endiselt päevakorral

LSD ehk lüsergiinhape dietüülamiid on
poolsünteetiline hallutsinogeenne psüh-
hodeelikum ja psühhoanaleptikum. Ai-
net tarvitatakse suukaudselt, mõju kestab
6–12 tundi ja on väga intensiivne. Tarvita-
jal võivad tekkida kehast väljumise tunne
ja hallutsinatsioonid, tõusta vererõhk ja
kehatemperatuur, kiireneda pulss ja hin-
gamissagedus, laieneda pupillid, tugevne-
da refleksid ja väheneda koordinatsiooni-
taju. Teda võivad iseloomustada ka haje-
vil olev, letargia, uimasus, ebakindlad lii-
gutused ja üle keha värisemine. LSD sõltu-
vus on tagasihoidliku intensiivsusega, ka
on sellest raske saada üledoosi, kuna sur-
mav annus on tavaannusest tuhandeid
kordi suurem.

Noored, internet ja kofeiin

Ameerika psühholoogide assotsiatsiooni
andmeil on umbes 20% teismelistest kaa-
lunud suitsiidi. Paraku on maailmas le-
vinud trendid läbi interneti jõudmas ka
meile. Ühe näitena võiks tuua enesetap-
pude sooritamise naatriumnitritiga, mis
on paljudes toodetes, eelkõige vorstis ja li-
hatoodetes leiduv lisaine. Tegu on odava,
kergesti kättesaadava ja kasutatava vesi-
lahustuva ainega.

Kofeiin on looduslik mitteselektiivne
adenosiini retseptorite antagonist, mis
vabastab endogeenseid katehoolamiine
ja vabastab seejärel β1- ja βs-retseptoreid.
Kofeiini tahtlikud või juhuslikud üledoo-
sid on seotud seda sisaldavate energijoo-
kide ja toidulisandina müüdava pulbri tar-
vitamisega. Ohutud annused on täiskas-
vanul 200–300 ja teismelisel 100 mg/päe-
vas, letaalseks loetakse umbes 200 mg/kg
kofeiini tarbimist ööpäevas.

Lisaks kohvile, teeale ja energijookide-
le (150 ml sisaldab vastavalt 100, 29–48 ja
80 mg kofeiini) sisaldab kofeiini Coca Co-
la (150 ml sisaldab vastavalt 15,5 mg). In-
ternetist saab osta ka toidulisandeid, mille
üks kapsel sisaldab 200 mg kofeiini.

Suitsiide tehakse ka kofeiiniga, ehkki
müügipiirangute järel on nende arv vähe-
nenud. Kofeiini suures annuses tarvitajal
esinevad kliinilised sümptomid on tõus-
nud vererõhk, dehüdratsioon, rütmihäi-
red, insomni, peavalu ja ärevus, ras-
kekujulise mürgistuse korral ka raskeku-
julised rütmihäired, mis võivad viia fib-
rillatsiooni ja südameseiskuseni, esineda

Võrdlus:

Surmade arvud vanusegrupis 15–44 aastat

NB! Praktiselt kõik narkosurmad lähevad juhuslike mürgistuste alla. Viimase 20 aasta jooksul oli neid selles vanuserühmas
enim - 160 - aastal 2012 ja vähim - 23 - aastal 2019.

PÕHJUS	2013	2023
Kõik põhjused (A00-Y89)	698	569
Nakkus- ja parasiithaigused (A00-B99)	56	21
*HIV-tõbi (B20-B24)	42	15
Kasvajad (C00-D48)	76	58
*Pahaloomulised kasvajad (C00-C97)	76	57
Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused (E00-E90)	11	12
Psüühika- ja käitumishäired (F00-F99)	12	9
Närvisüsteemi- ja tundeelundite haigused (G00-H95)	23	18
Vereringeelundite haigused (I00-I99)	83	61
Hingamiselundite haigused (J00-J99, U07-U10)	21	13
Seedeelundite haigused (K00-K93)	60	77
Naha- ja nahaaluskoe haigused (L00-L99)	2	0
Lihaskonna ja sidekoe haigused (M00-M99)	0	2
Raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi tüsistused (O00-O99)	1	1
Kaasasündinud väärarendid (Q00-Q99)	3	5
Sümptomid ja ebatäpsed seisundid (R00-R99)	17	16
Õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad (V01-Y89)	333	276

Allikas: TAI

võivad ka krambid. Üledoosi korral tekki-
da võivat agitatsiooni, hüpertensiooni ja
tahhükardiat ravikse bensodiasepiinide-
ga, enim soovatakse deksmedetomidii-
ni. Parim kombinatsioon rütmihäirete ja
vererõhu languse puhul on esmolool ja no-
repinefriin. Ravis on kasutatud ka ekstra-
korporaalset eliminatsiooni.

Uued bensodiasepiinid ja opioidid

Viimase viie aastaga on leitud vähemalt
23 uut bensodiasepiini, mida kasutatak-
se stimulantide kõrvaltoimete, unetuse ja
võõrutusnähtude leevendamiseks. Tavali-
selt on neil klassikalistest bensodiasepi-
nidest pikem poolestusaeg ning kasuta-
misel on kirjeldatud ka surmajuhtumeid.
Avastatud on ka mitukümmend uut
opioidi, sealhulgas näiteks 34 uut fenta-
nüüli. Neid on sageli leitud koos heroini/
kokaiiniga ja uued manustamisteed on ni-
naspreid või silmatilgad. Need on väga tu-
geva toime ja heroiniist pikema poolestus-
ajaga ning põhjustanud sadu surmasid ja
mürgistuspuhanguid. Ravis tuleb kasuta-
da suuremas annuses naloksooni, vajalik
võib olla pikem jälgimisperiood.

Eestis on viimasel paaril-kolmel aastal
nn põhitagijad nitaseenid - bensimidasoo-
li struktuuriga sünteetilised opioidid, mis
seovad μ-opioidretseptoreid ja mille toime
on morfiinist sadu kordi tugevam. Eestis
on seni leitud kolme tüüpi nitaseene: iso-
to-, proto- ja metonitaseene.

Sageli sisaldavad need tugevama toime
saamiseks teisi psühhotroopseid aineid,
nt ksülaasiini või karfentanüüliga.

Naloksooni toime ei pruugi nende mür-
gistuse korral avalduda oodatud kujul. Kui
seisund 2–3 doosi naloksooni manustami-

se järgselt ei lahene, tuleks kaaluda pat-
siendi hospitaliseerimist.

Probleemid retseptiravimitega

Ka retseptiravimid on internetis kättesaa-
davad, sama toimeaine retsepte küsitak-
se eri pere- ja eriarstidelt ning ravimeid
müüakse kasusaamise eesmärgil.

Psühhotroopsete ainetena kasutatak-
se retseptiravimitest nt bensodiasepiine,
alprasolaami (Xanax), oksükontiini, tra-
madooli, metadooni, paratsetamooli ko-
deiiniga ja metüülfenidaati.

Ravimeid kasutatakse ka mitte-ees-
märgipäraselt, nt Xanaxit süstitakse pu-
rustatuna veeni või kasutatakse benso-
diasepiine stimulantide negatiivse toime
leevendajatena.

Ette tuleb ka ebaloogilisi kombinat-
sioone, nt buprenorfiini koos metadoo-
niga.

Inhaleeritavate gaaside trendid

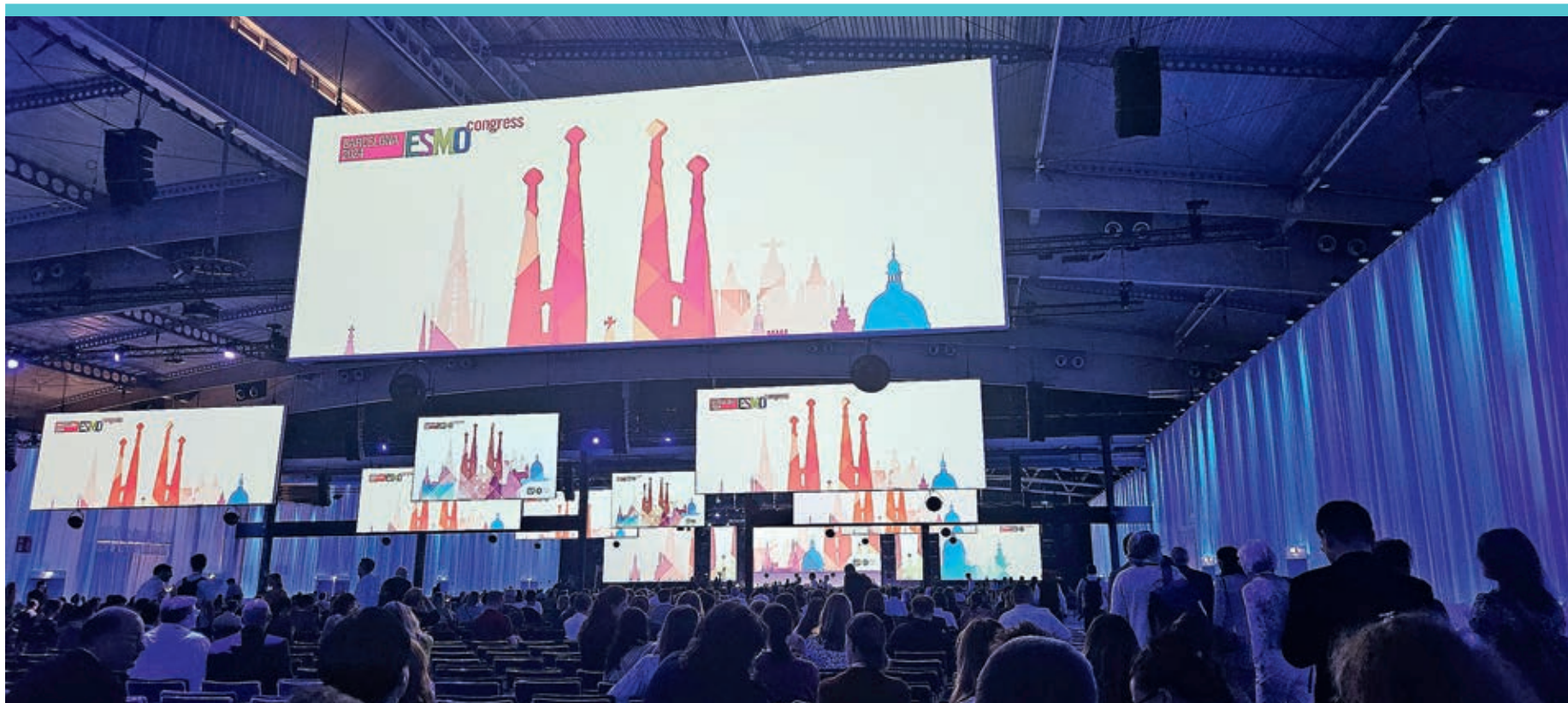
Sisse hingatakse välgumihkli gaasi, mis
tekitab esialgu eufooria ja hallutsinat-
sioonid, järgnevad pearinglus, ebaselge
kõne ja kontrollimatu tõmbused, asfük-
sia, rütmihäired ja südamepuudulikkus.
Taas on populaarne ka kummiliimi sis-
sehingamine, mis tekitab ägedat hinga-
mispuudulikkust, ajukahjustust, rütmihäi-
reid ja krampe.

Uus trend - naerugaas - on eelkõige le-
vinud 18–22aastaste seas. Seda kasutatak-
se seltskonnas või tudengite ja õpilaste
seas pingelistel perioodidel mõnest mõ-
nesaja ballooni päevas ja ¼ juhtudest
on tegu sõltuvusega.

Kokkuvõte 3. oktoobri noorukite konverentsi ettekandest.

Loe juhtkirja lk 3

fookuses onkoloogia



Iga-aastasele ESMOle (European Society of Medical Oncology) kogunevad Euroopa onkoloogid viimaseid uudiseid kuulama.

FOTO: KRISTIINA OJAMAA

Kongress Euroopa aasta suursündmus onkoloogias

Tutvustati kliinilisi ja teadussaavutusi vähiravis

Kristiina Ojamaa

Tartu ülikooli kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliiniku juht

13.-17. septembrini toimus Barcelonas ESMO (European Society of Medical Oncology) iga-aastane kongress. Tege- mist on Euroopa suurima onkoloogia- alase üritusega, mille eesmärk on tutvustada uusimaid kliinilisi ja teadus- saavutusi vähiravis.

Üks põhiettekannetest oli kasvajate esinemisest noores eas, mida on täheldatud kogu maailmas. Professor Shuji Ogino ettekanne keskendus eelkõige soolevähile. Soolevähil esinemise tõusu igas vanuses on täheldatud alates 1950ndate sün- nikohordist. 1990. aastast on täheldatud <50aastaste inimeste soolevähil haigestu- muse tõusu. Epidemioloogilised molekulaarpatoloogilised uuringud on näidanud, et alates 1990ndatest suurenenud nooremaealiste soolevähil haigestumuse tõus võib olla seotud 1950ndatel sündinute soo-

levähil haigestumuse kasvuga. Nooremaealiste soolevähkidel on leitud peamiselt kolme geenimustrit: foolhappe vaeguse ja alkoholiga seotud muster, ülakaaluga seotud geenimustrid ja mikrobioomist tekkinud geenimustrid. Paremate teadmiste saamiseks oleks lisaks elukeskkonnast tingitud mustritele vaja uurida embrüonaalseid ja lapseea geenimuutusi. Sellised uuringud võtavad aega aastakümneid ning teadlased ei ole nende tegemisesse siiani eriti entusiastlikult suhtunud.

30 aastat BRCA1 avastamisest

2024. aastal möödub 30 aastat pärilikku rinna- ja munasarjavähil sündroomi põhjustava geeni BRCA1 avastamisest. Aastal 1995 avastati veel BRCA2 geen. BRCA geenid on olulised DNA kaksikahela parandusmehhanismis läbi homoloogse rekombinantsuse. Professor Andrew Tutt tegi ülevaate BRCA geeni avastamisest ning sellega seotud ravimgrupi - PARP inhibiitorite - tekkeloost. PARP inhibiitorid on

praegu standardravi mitmesuguste kasvaja- te puhul, millel esineb homoloogse rekombinantsuse defitsiitsus, sealhulgas BRCA geeni mutatsioon. Teises ettekandes selgitas professor Alan D'Andrea ravi jook- sul tekkivaid kasvaja geenimuutusi, mis viivad PARP inhibiitorite resistentsuse- ni. Kõige sagedasem on BRCA geeni *reverse mutation* ehk ravi käigus tekib lisa BRCA geeni mutatsioon ning kasvaja kaob klii- niliselt ära homoloogse rekombinantsuse defitsiitsus. See on kliinilises igapäeva- töös oluline probleem. Praegu on eri faa- sis kliinilistes uuringutes mitu ravimit, mis püüavad sellist olukorda ära hoida.

Esmakordne sessioon

Esimest korda oli programmis presidendi session "Eyes to the Future". Tähelepanu väärib *late breaking abstract* (LBA) 7 peal- kirjaga "The Rome trial. From histology to target: The road to personalize targeted therapy and immunotherapy", mille autor on A. Botticelli. Tegemist oli uut tüüpi ra-

vimuuringu - tuumor-agnostilise uurin- guga. Patsiendid kaasati uuringusse mit- te kasvaja histoloogilise tüübi, vaid kas- vajageeni profiili alusel leitud konkreet- sete mutatsioonide põhjal. Levinud kas- vajaga ja kuni kaks standardravi liini lä- binud patsientide kasvajakoe testiti mo- lekulaarne profileerimine Foundation CDx testiga. Molekulaarse onkokonsiiliu- mi otsusel suunati patsiendid uuringus- se. Patsiendid jagati kahte gruppi - ühed said standardravi ja teised alustasid siht- märkraviga vastavalt kasvaja molekulaar- sele profiilile. Kasvaja progresseerudes toimus vahetus: varasemalt standardra- vi saanud patsiendid alustasid sihtmärk- raviga ja vastupidi.

Esmane tulemusnäitaja oli üldine ravi- vastus, teine üldine elulemus, progres- sioonivaba elulemus jt. Uuringus oli eri muutuste mõjutamiseks kasvaja signaa- liradades kasutusel 25 sihtmärkravimit. Kokku randomiseeriti nelisada patsienti.

Jätkub lk 12

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®
(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim

Melanoom KEYTRUDA monoterapia on näidustatud kaugelearenenud (mitteresetseeritava või metastaatilise) melanoomiga täiskasvanute raviks. KEYTRUDA monoterapia on näidustatud IIB, IIC või III staadiumi melanoomiga täiskasvanute adjuvantraviks pärast täielikku reseksiooni.

Mitteväikerakk-kopsuvähk (*non-small cell lung carcinoma, NSCLC*) KEYTRUDA monoterapia on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise mitteväikerakk-kopsuvähi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 kasvaja proportsiooni skooriga (TPS) $\geq 50\%$ ning kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone. KEYTRUDA kombinatsioonis pemetrekseedi ja plaatinat sisaldava keemiaraviga on näidustatud metastaatilise mittelamerakulise mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele, kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone. KEYTRUDA kombinatsioonis karboplatiini ja kas paklitakseeli või nab-paklitakseeliga on näidustatud metastaatilise lamerakk-mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Klassikaline Hodgkini lümfoom (cHL) KEYTRUDA monoterapia on näidustatud retsidiveerunud või refraktaarse klassikalise Hodgkini lümfoomi raviks täiskasvanud patsientidele ja lastele vanuses 3 aastat ja vanemad, kellel on ebaõnnestunud autoloogne tüvirakkude siirdamine (ASCT, *autologous stem cell transplant*) või pärast vähemalt kahte eelnevat ravi, kui ASCT ei ole sobiv ravivalik.

Pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoom (*head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC*) KEYTRUDA monoterapia või kombinatsioonis plaatinat ja 5-fluorouratsiili (5-FU) sisaldava keemiaraviga on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise või mitteresetseeritava korduva pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoomi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

Kolorektaalvähk (*colorectal cancer, CRC*) KEYTRUDA monoterapia on näidustatud mikrosatelliitide kõrge ebastabiilsusega (*microsatellite instability-high, MSI-H*) või valepaardumisreparaatsiooni geeni defektsusega (mismatch repair deficient, dMMR) metastaatilise kolorektaalvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Mitte-kolorektaalvähid KEYTRUDA monoterapia on näidustatud järgmiste MSI-H või dMMR kasvajate raviks täiskasvanutel, kellel on:

- kaugelearenenud või retsidiveerunud endomeetriumi kartsinoom, ja kelle haigus on edasi arenenud eelneva plaatinat sisaldava ravi ajal või järel mis tahes raviskeemi puhul ning kes ei sobi kuratiivseks kirurgiliseks ega kiiritusraviks;

- mitteresetseeritav või metastaatiline mao, peensoole või sapiteede vähk, ja kelle haigus on edasi arenenud vähemalt ühe eelneva ravi ajal või järel.

Kolmiknegatiivne rinnanäärmevähk (*triple negative breast cancer, TNBC*) Neoadjuvantravi KEYTRUDA ja keemiaravi kombinatsiooniga, millele pärast kirurgilist operatsiooni järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga, on näidustatud lokaalselt kaugelearenenud või varajases staadiumis kolmiknegatiivse rinnanäärmevähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

Emakakaelavähk KEYTRUDA kombinatsioonis keemiaraviga koos bevatsizumabiga või ilma on näidustatud persisteeriva, retsidiveerunud või metastaatilise emakakaelavähi raviks täiskasvanutel, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

ANNUSTAMINE:

Täiskasvanutel on soovitatav annus kas 200 mg iga 3 nädala järel või 400 mg iga 6 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. cHL-ga 3-aastastel ja vanematel lastel või melanoomiga 12-aastastel ja vanematel noorukitel on soovitatav annus monoterapiana 2 mg/kg kehakaalu kohta (maksimaalselt kuni 200 mg) iga 3 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. Patsiente tuleb pembrolizumabiga ravida kuni haiguse progresseerumise või vastuvõetamatu toksilise toime ilmnemiseni. Täheldatud on ebatüüpilisi ravivastuseid (st esialgset mõõduvat kasvaja suurenemist või väikeste uute vähikollete teket esimestel kuudel, millele järgneb kasvaja kahanemine). Kliiniliselt stabiilsetel patsientidel, kellel ilmnevad esialgsed haiguse progresseerumise tunnused, on soovitatav ravi jätkata kuni haiguse progresseerumine on kinnitatud. Melanoomi ja NSCLC adjuvantraviks tuleb KEYTRUDAt manustada kuni haiguse retsidiivi või mittevastuvõetava toksilisuse tekkeni või kestusega kuni üks aasta. TNBC neoadjuvant- ja adjuvantravi korral tuleb patsiente ravida neoadjuvantse KEYTRUDA ja kemoterapia kombinatsiooniga: 8 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 4 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni lõplikku kirurgilist ravi välistava haiguse progressioonini või vastuvõetamatu toksilisuseni. Sellele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga, manustades 9 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 5 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni haiguse retsidiivi tekkeni või vastuvõetamatu toksilisuseni. Patsiendid, kellel tekib lõplikku kirurgilist ravi välistav haiguse progressioon või KEYTRUDA ja kemoterapia kombinatsiooni neoadjuvantraviga seotud vastuvõetamatu toksilisus, ei tohi saada adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga.

Enne KEYTRUDA (pembrolizumab) määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega.

Ohutusalaane teave KEYTRUDA (pembrolizumab) kohta

Järgnev teave on lühikokkuvõtte ravimi omaduste kokkuvõttest. Enne KEYTRUDA (pembrolizumab) määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõtte täisversiooniga.

VASTUNÄIDUSTUSED:

Ülitundlikkus toimeaine või abiainete (histidiin, histidiinvesinik-kloriidmonohüdraat, sahharoos, polüsorbaat 80, süstevesi) suhtes.

ERIHIOIATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL:

Immuunvahendatud kõrvaltoimed

Pembrolizumabi saavatel patsientidel on esinenud immuunvahendatud kõrvaltoimeid, rasvasked ja surmaga lõppenud juhud. Suurem osa pembrolizumabi ravi ajal ilmnenu immuunvahendatud kõrvaltoimetest olid pöörduvad ja ravitavad pembrolizumabi ravi katkestamise, kortikosteroidide manustamise ja/või toetava raviga. Immuunvahendatud kõrvaltoimeid on ilmnenu ka pärast viimase pembrolizumabi annuse manustamist. Immuunsüsteemiga seotud kõrvaltoimed võivad samaaegselt esineda rohkem kui ühes organsüsteemis. Kõrvaltoime raskuse põhjal tuleb pembrolizumabi manustamine edasi lükata ja manustada kortikosteroide. Pembrolizumabi manustamist võib uuesti alustada 12 nädala jooksul pärast viimast pembrolizumabi annust, kui kõrvaltoime jääb 1. raskusastmele või alla selle ja kortikosteroidi annust on vähendatud prednisooni ≤ 10 mg või samaväärse ravimi ööpäevase annuseni. Ravi pembrolizumabiga tuleb lõplikult katkestada, kui kordub mis tahes immuunvahendatud 3. raskusastme kõrvaltoime ja mis tahes immuunvahendatud 4. raskusastme toksilisuse korral, välja arvatud hormoonasendusravile alluvate endokrinopaatiate korral.

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

PD-1 inhibiitoreid kasutanud patsientidel on turuletulekujärgselt teatatud soliidorganite siirikute äratõukereaktsioonidest. Ravi pembrolizumabiga võib suurendada siiratud soliidorganiga patsientidel äratõukereaktsiooni riski. Siiratud organiga patsientidele pembrolizumab-ravi määramisel peab võrdlema ravi kasulikkust elundi äratõukereaktsiooni tekkeriskiga.

KÕRVALTOIMED:

Pembrolizumabi ohutust kombinatsioonis kemoterapiaga on hinnatud kliinilistes uuringutes 5183-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendil, kes said pembrolizumabi annuses 200 mg, 2 mg/kg kehakaalu kohta või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel. Selles patsiendipopulatsioonis olid kõige sagedamad kõrvaltoimed aneemia (52%), iiveldus (52%), väsimus (35%), kõhulahtisus (33%), kõhukinnisus (32%), oksendamine (28%), vähenenud söögiisu (28%), neutrofiilide arvu vähenemine (27%) ja neutropeenia (25%). 3...5. astme kõrvaltoimete esinemissagedus oli NSCLC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 69% ja ainult kemoterapia puhul 61%, HNSCC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja kemoterapia pluss tsetuksimabi puhul 84%, söögitoru kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 86% ja ainult kemoterapia puhul 83%, TNBC-ga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 80% ja ainult kemoterapia puhul 77%, emakakaelavähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 82% ja kemoterapia (koos bevatsizumabiga või ilma) puhul 75%, maovähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoterapia koos trastuzumabiga või ilma) puhul 74% ja kemoterapia (koos trastuzumabiga või ilma) puhul 68% ning sapiteede kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja ainult kemoterapia puhul 84%. Kliinilistes uuringutes on pembrolizumabi monoterapiaga ohutust hinnatud 7631-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendil nelja annuse (2 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel, 200 mg iga 3 nädala järel või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 2 või 3 nädala järel) korral. Selles patsiendipopulatsioonis oli jälgimisperioodi mediaan 8,5 kuud (vahemikus 1 päev kuni 39 kuud) ja pembrolizumabi kõige sagedasemad kõrvaltoimed olid väsimus (31%), kõhulahtisus (22%) ja iiveldus (20%). Enamik monoterapiaga korral teatatud kõrvaltoimetest olid 1. või 2. raskusastmega. Kõige tõsisemad kõrvaltoimed olid immuunvahendatud kõrvaltoimed ja rasked infusiooniga seotud reaktsioonid. Immuunvahendatud kõrvaltoimete esinemissagedus oli pembrolizumabi monoterapiaga adjuvantravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 37% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 9% ning metastaaside ravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 25% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 6%. Uusi immuunvahendatud kõrvaltoimeid adjuvantravi puhul ei tuvastatud.

Immuunvahendatud kõrvaltoimed: pembrolizumabi saanud patsientidel esines: **pneumoniiti** 4,2%, **koliiti** 2,1%, **hepatiiti** 1%, **nefriiti** 0,5%, **endokrinopaatiatest** neerupealiste puudulikkust 1%, hüpfüsiiti 0,7%, hüpertüreooosi 5,2%, hüpotüreooosi 12,3% ning immuunvahendatud **raskeid nahareaktsioone** esines 1,7%. Harvadel juhtudel esines SJS ja TEN juhtumeid, mis mõnel juhul lõppesid surmaga. Muud immuunvahendatud kõrvaltoimed: uveit, artriit, müosiit, müokardiit, pankreatiit, Guillaini-Barré sündroom, müasteeniline sündroom, hemolüütiline aneemia, sarkoidoos, entsefaliit, müeliit, vaskuliit, skleroseeriv kolangiit, gastriit, mittenakkuslik tsüstiit ja hüpoparatiroidism.

Farmakoterapeutiline rühm: kasvajavastased ained, PD-1/PDL-1 (programmeeritud rakusurma valk 1/programmeeritud rakusurma ligand 1) inhibiitorid, ATC kood: L01FF02



Müügiloa hoidja: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Holland.

Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloa hoidja esindusest: Merck Sharp & Dohme OÜ, A. H. Tammsaare tee 47, Tallinn 11316, tel 614 4200, www.msd.ee, msdeesti@merck.com

EE-KEY-00099 04/2024

Algus lk 10

Eestit esindas kaks vähi sõeluuringuga seotud postrit

Kristiina Ojamaa

Tartu ülikooli kliinikumi
hematoloogia-onkoloogia kliiniku
juht

“The Rome trial. From histology to target: The road to personalize targeted therapy and immunotherapy” uuring on uut tüüpi, tuumor-agnostiline uuring.

Uuringu tulemustest selgus, et üldine ravivastus oli parem esmalt kohe sihtmärkravi saanud grupil, 17% versus 9,5%.

Samuti oli sihtmärkravi grupis statistiliselt oluliselt parem progressioonivaba elulemus, HR 0,64 (95% CI 0,51-0,80) $p < 0,0001$. Üldelulemuses olulist vahet ei täheldatud, standardravi grupist jätkas sihtmärkraviga peale kasvaja progresseerumist 52% uuritavatest.

Sarnaseid tuumor-agnostilisi uuringuid on Euroopas käimas veelgi: DRUP Hollandis, IMPRESS-Norway Norras jt. Eesti uuring ESTOPRET on hetkel valmimas ja sellega oleks võimalik pakkuda ka meie patsientidele kasvajagenoomi põhise sihtmärkravi peale standardravi ammendumist.

Eestist oli kaks vähi sõeluuringutega seotud postrit. Anni Leplandi esitletud posteri nr 1562P pealkiri oli: “The feasibility of polygenic risk



Anni Leplandi poster näitas BRIGHTi projekti tulemusi, kus selgus, et polügeense riskiskoori põhine rinnavähi sõeluuring on tehtav, kliiniliselt oluline ja Eesti on valmis seda tegema.

FOTO: KRISTIINA OJAMAA

core-based population screening for breast cancer: the experience from the BRIGHT study in Estonia”. Poster näitas BRIGHTi projekti tulemusi, kus selgus, et polügeense riskiskoori põhine rinnavähi sõeluuring on tehtav, kliiniliselt oluline ja Eesti tervishoiusüsteem on valmis seda ka tegema.

Tanel Laisaar koos kaasautor Andre Koiduga esitles posteri nr 1561P pealkirjaga “Targeted

screening methodologies to select high risk individuals: LUNGFLAGTM performance in Estonian lung cancer screening pilot”.

Poster näitas uuringu tulemusi, mille eesmärk oli uurida masinõppe tööriista LUNGFLAGTM kasutamise võimalust Eesti kopsuvähi sõeluuringus võrreldes pilootuuringus kasutatud PLCom2012 tööriistaga. LUNGFLAGTM osutus sama tõhusaks kui PLCom2012.

ESTOPRET on hetkel valmimas ja sellega saaks aidata meie patsiente pärast standardravi ammendumist.

Uuendused igapäevases kliinilises praktikas

Igapäevasesse kliinilisse praktikasse on lisandumas uusi ravimeid ning ravimitele uusi näidustusi.

- Uuringu EORTC GUCG 1333 (PEACE-3) tulemusel selgus, et 6 kuuri Ra-223 lisamisel ensalutamiidile pikenes luudesse levinud kastratsioonresistentse eesnäärmevähiga patsientide radiograafilise progressioonivaba elulemus võrreldes ainult ensalutamiidi saanud grupiga oluliselt. Samuti pikenes Ra-223 saanud grupis oluliselt üldine elulemus (HR 0.69) ja aeg järgmise süsteemravini (HR 0.57).

- Uuring PODIUM-303/InterAACT 2 näitas immunkontrollipunkti inhibiitori

retifanlimab lisamisel standardkeemiaravi kombinatsioonile karboplatiini ja paklitakseliiga lokaalselt retsidiveerunud või metastaatilise lamerakulise anaalkaali vähiga patsientidel olulist progressioonivaba (HR 0.63) elulemuse pikendamist. Üldelulemuse tulemused ei ole veel küpsed, kuid esineb tugev positiivne trend retifanlimabi grupi osas (HR 0.70; $p = 0.0273$).

- ENGOT-cx11/GOG-3047/KEYNOTE-A18 uuringu üldelulemuse tulemused näitasid pembrolizumabi lisamisel standardravi radiokemoterapiaga kõrge riskiga lokaalselt levinud emakakaelavähi korral olulist paremust (HR 0.67).

- LEAP-012 uuring näitas statistiliselt

paremat progressioonivaba elulemust ja üldist ravivastust vahepealse staadiumiga maksarakulise vähiga patsientidel, kelle standardravile lisati lenvatiniib ja pembrolizumab. Standardravi oli uuringus transarteriaalne kemoembolisatsioon.

- Avaldati uuringu KEYNOTE-522 üldelulemuse tulemused 75 kuu jälgimisperioodi kohta. Pembrolizumabi lisamine kolmiknegatiivse varase rinnavähiga patsientide neoadjuvantsele polükemoterapiale ja jätkamine peale kirurgilist ravi adjuvantse ravina näitas oluliselt pikemat üldelulemust (HR 0.66) kui ravi ilma pembrolizumabita.

- Kiiritusravi uuring HypoG-01 näi-

tas, et rinnavähi adjuvantne hüpofraktsioneeritud kiiritusravi (40Gy/15 fraktsiooni/3 nädalat) koos regionaalsete lümfisõlmedega ei ole halvem normofraktsioneeritud (50Gy/25 fraktsiooni/5 nädalat) kiiritusravist.

- NIAGARA on esimene perioperatiivne immuunravi uuring lihasinvasiivse kusepõievähiga patsientidel. See näitas neoadjuvantsele tsisplatiin-gemtsitabiinkeemiaravi kombinatsioonile durvalumabi lisamisel ja durvalumabiga jätkamisel peale radikaalset kirurgilist ravi sündmusvabaduse ja üldelulemuse osas olulist paremust võrreldes ainult neoadjuvantset keemiaravi saanud patsientidega.



ESIMENE ja AINUKE Euroopa Liidus registreeritud subkutaanne vähivastane immuunravim

 **TECENTRIQ[®] SC**
atesolizumab

Euroopa Komisjon on andnud müügiloo **TECENTRIQ[®] (atesolizumab) SC**-le, mis on Euroopa Liidu esimene naha alla süstitav immuunravim PD-L1 ekspresseerivate vähivormide vastu. Müügiloo alusel võib **TECENTRIQ (atesolizumab) SC**-d kasutada kõigil näidustustel, mis on heaks kiidetud IV vormi puhul.¹



TECENTRIQ (atesolizumab) SC manustamine toob kasu nii patsientidele kui tervishoiusüsteemile aidates säästa piiratud ressursse.²

TECENTRIQ (atesolizumab) 1875 mg 15 ml süstelahus subkutaaneks manustamiseks. Retseptiravim.

Näidustused: Tecentriq (atesolizumab) kombinatsioonis bevatsizumabiga on näidustatud kaugelearenenud või mitteresetseeritava HCC raviks täiskasvanud patsientidele, kes ei ole eelnevat süsteemset ravi saanud; Tecentriq (atesolizumab) monoterapiana on näidustatud adjuvantraviks pärast täielikku resektsiooni ja plaatinapõhist kemoteeraapiat täiskasvanud patsientidel, kellel on suure retsidiivide riskiga NSCLC ning kelle kasvaja PD-L1 ekspressioon kasvajakarakkudel (tumour cells, TC) on $\geq 50\%$ ja kellel ei ole EGFR-mutantne või ALK-positiivne NSCLC; Tecentriq (atesolizumab) kombinatsioonis nab-paklitakseliga on näidustatud mitteresetseeritava lokaalselt levinud või metastaatilise TNBC raviks täiskasvanud patsientidele, kelle kasvaja PD-L1 ekspressioon on $\geq 1\%$ ning kes ei ole saanud eelnevat kemoteeraapiat metastaatilise haiguse raviks.¹

Müügiloo hoidja: Roche Registration GmbH Emil-Barell-Strasse 179639 Grenzach-Wyhlen Saksamaa. **Lisainfo ravimi kohta:** Roche Eesti OÜ, Lõõtsa 2, Tallinn 11415, telefon 6177380, e-mail: tallinn.estonia@roche.com

Ravimi võimalikest kõrvaltoimetest on oluline teavitada ka pärast ravimi müügiloo väljastamist. See võimaldab jätkuvalt hinnata ravimi kasu/riski suhet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada võimalikest kõrvaltoimetest www.ravimiamet.ee kaudu. Kõrvaltoimetest võib teavitada müügiloo hoidjat: Roche Eesti OÜ, tel 617 7380, e-post: tallinn.estonia@roche.com

Viited: 1. Ravimi omaduste kokkuvõte: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2024/20240222161595_et.pdf 2. Burotto M, Zvirbulis Z, Mochalova A, et al. IMscin001 Part 2: a randomised phase III, open-label, multicentre study examining the pharmacokinetics, efficacy, immunogenicity, and safety of atezolizumab subcutaneous versus intravenous administration in previously treated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer and pharmacokinetics comparison with other approved indications. Ann Oncol. 2023;34(8):693-702.



Lühinägelikkus tekib tavaliselt
alkkoolieas ja kipub süvenema
kuni silma kasvu lõpuni umbes
20aastaselt.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Iga kolmas maailma laps on lühinägelik

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

Äsja valminud rahvusvahelise uuringu kohaselt on iga kolmas maailma laps lühinägelik. Poolesaja riigi andmete võrdlusel ilmnes, et näiteks Jaapanis on lühinägelikud 85 ja Rootsis 28 protsenti lastest.

Ajakirjas British Journal of Ophthalmology avaldatud uuring hõlmas enam kui viit miljonit last ja teismelist vaadeldud uuringuid ning selle autorid hoiatavad, et kasvav ülemaailmne terviseprobleem mõjutab 2050. aastaks ilmselt enam kui pooli maailma teismelisi.

Kõrgeimad näitajad on Aasias, näiteks Jaapanis (85%) ja Lõuna-Koreas (73%), keskmised Hiinas ja Venemaal (umbes 40%) ja madalaimad Paraguays ja Ugandas (umbes 1%). Ühendkuningriigis, Iirimaa ja USAs on lühinägelikke umbes 15%.

Uuringust selgus, et lühinägelikkus kolmekordistus aastatel 1990–2023, tõustes 36%ni, ent eriti märgatav oli tõus pärast miljoneid inimesi pikaks ajaks siseruumidesse surunud COVID-19 pandeemiat.

Lühinägelikkus tekib tavaliselt alkkoolieas ja kipub süvenema kuni silma kasvu lõpuni umbes 20aastaselt. Selle muudab palju tõenäolisemaks mitu tegurit, näiteks elamine Ida-Aasias, geneetika või liiga varane haridustee alustamine (näiteks Singapuris ja HongKongis lähevad lapsed kooli kaheaastaselt, Aafrikas aga 6–8aastaselt, mistõttu on seal lühinägelikkust Aasiast seitse korda vähem). Et tüdrukute areng algab varem ja nad veedavad poistest vähem aega õues, on nende seas ka rohkem lühinägelikkust.

Ida-Tallinna keskhaigla (ITK) silmaarsti Delis Linntami sõnul on ka neil müoopia põhjalikult uuritud ja töö jätkub.

“Eesti esimene müoopia valla uuring sai ITKs tehtud aastatel 2018–19, kus uurisime müoopia riskifaktoreid kolme Tallinna kooli kümnenda klassi õpilastel. Valimis oli 123 keskmiselt 16aastast, kelle seas esines müoopia 30,9%,” rääkis ta. Et tegemist ei olnud kogu rahvastikku peegeldava levimusuuringuga, disainiti uus, suurem uuring kogu Eesti kooliõpilaste uurimiseks. Sellega on tegeletud viimased neli aastat ja tulemused on praegu analüüsimisel.

“Mis puudutab üldist levimust Euroopas, viitaksin eelkõige ühele 2020. aasta meta-analüüsile maailma müoopia esinemissagedusest, kus olid haaratud uuringud Taanist, Hollandist ja Prantsusmaalt. Nendes uuringutes esines lühinägevust Taanis 17,9% (15aastased), Hollandis 24% (kuueaastased), Prantsusmaal kahes eri uuringus 19,6% (0–9aastased) ja 42,7% (10–19aastased),” tutvustas doktor.

Linntami sõnul tõusis müoopia sagedus kõikjal maailmas juba ammu enne COVID-19, aga ei ole teada, kui palju ja kui kiiresti on selle esinemissagedus tõusnud Eestis, sest puuduvad varasemad levimusuuringud. “Müoopia saab küll “korrigeerida” prillide või kontaktläätsede ning täiskasvanueas ka laserrefraktiivse operatsiooniga, kuid müoopiast tulenev risk silmahaiguste tekkeks on jääv. Mida suurem on väljakujunenud lühinägevus (mida suurem on prilli miinus), seda suuremad on riskid silmapõhjahaiguste – maa-kuli degeneratsiooni, võrkkesta irdumise, glaukoomi ja katarakti – tekkeks,” sel-

gitas ta lühinägevuse globaalse rahvastikuprobleemina käsitlemist.

Protsessi pidurdav ravi

“Kuigi juba tekkinud müoopia ei ole võimalik tagasi pöörata, on tänapäeval kättesaadav ravi, mis vähendab müoopia progressiooni ehk miinuse suurenemist. Selistest ravimeetoditest efektiivseim on atropiinravi, mille puhul lapsed tilgutavad igapäevaselt silma madala kontsentratsiooniga atropiini sisaldavaid silmatilkasid. Lisaks on olemas kontaktläätsed, mis aitavad müoopia arengut pärssida,” lisas ta.

“Müoopia riskifaktoritest – geneetiline risk (vanemate lühinägevus) ja keskkonnariskifaktorid – on mõjutatavad mõistagi viimased. Tugev seos esineb müoopia tekkel ja progressioonil õues veedetava ajaga (õues olemine kaitseb) ning lähitöö koormusega (intensiivne lähedale vaatamine tõstab riski). Et Aasias on müoopia eriti suur terviseprobleem, on seal pandud suurt rõhku ennetustööle, näiteks tehakse mitmesuguseid riiklikke tervisekampaniaid õueaja suurendamiseks, vaadatakse ümber koolisüsteeme ning tehakse õuevahetunde,” rääkis doktor.

“Ka Eestis oleme viimasel neljal aastal koostöös tervisekassaga teinud müoopia uuringu raames ennetusprojekti, teavitamaks koolipersonali, -õpilasi ja vanemaid lühinägevuse mõjutatavatest riskiteguritest. Ka meie lemmik reegel on 2:20:20, mis ütleb, et iga laps peaks olema päeval ajal õues vähemalt kaks tundi, ning iga 20 minuti lähitöö tagant vaatama vähemalt 20 sekundit kaugusesse,” võttis ta teema kokku.

Uuring

Müoopia ülemaailmne levimus, suundumus ja prognoosid lastel ja noorukitel aastatel 1990–2050: põhjalik süstemaatiline ülevaade ja metanalüüs

● **Taust:** Müoopia on laialt levinud globaalne rahvatervise probleem, eriti noorte seas. Müoopia levimuse kasv on aga siiski endiselt ebaselge. Uurimistöö eesmärk oli välja selgitada müoopia levimus maailmas ja eri demograafilistes rühmades.

● **Meetodid:** Andmebaasidest otsiti kirjandust, mis hõlmas ajavahemikku selle loomisest kuni 27. juunini 2023. Lühinägelikkuse globaalne levimus määrati 95% usaldusväärsusega koondhinnangute abil ning levimuse erinevuste hindamiseks tehti jätkuanalüüs eri alarühmades. Lisaks kasutati aegrea mudelit lühinägelikkuse tulevase levimuse prognoosimiseks ja täpseks sobitamiseks järgmise kolme aastakümne jooksul.

● **Tulemused:** Analüüsiti 276 uuringut, mis hõlmasid 5 410 945 osalejat 50 riigist kõigil kuuel kontinendil. Leiti, et müoopia levimus kasvas 1990. aasta 24,32%lt 2023. aasta 35,81%ni. Prognoosid näitavad, et see tõuseb 2050. aastaks 39,80%ni. Kõrgem levimus esineb Ida-Aasia linnades naistel, noorukitel ja gümnaasiumiõpilastel.

Kokkuvõte: Müoopia levimus laste seas on märkimisväärne, mõjutades ligikaudu kolmandikku lastest ja noorukitest.

Allikas: British Journal of Ophthalmology

MEDITSIIIN 2025

13.12.2024

Meditsiinimõjutaja(te) 2024 väljakuulutamine

Mida toob aasta 2025 tervishoiule?

Terviseminister **RIINA SIKKUT**

eKiirabi - uus lähenemine

Tervisekassa arendusosakonna

projektijuht **REET LUTS**,

Tallinna Kiirabi juht **RAUL ADLAS**

Väärtuspõhise tervishoiumudeli rakendamisest

ravimivaldkonna näitel

Ravimitootjate liidu juht **RIHO TAPPER**

Tervisekassa ettekanne

Tervisekassa juhatuse esimees **RAIN LAANE**

Põlvkonna vahetus perearstisüsteemis

Esineja noorte perearstide seltsist

Arstide liidu ettekanne

Kaks vestlusringi!

Vestlusring haiglate arengukavast

Haiglate liidu juht **URMAS SULE**

LTKH juht **ARKADI POPOV**

Rakvere haigla juht **AIN SUURKAEV**

PERH juhatuse esimees **AGRIS PEEDU**

terviseminister **RIINA SIKKUT**

Vestlusring rohepöördest tervishoius

TÜ Kliinikumi keskkonna- ja puhastuse

osakonna juhataja **TRIIN ARUJÕE**

sotsiaalministeeriumi kantsler **MAARJO MÄNDMAA**

PERH rohepöörde juht **ANDRA MIGUR**

Tallinna Farmaatsiatehase juht **KADRI RANDVEER**

proviisorapeekide liidu juht **LY ROOTSLANE**

Tööandjate Keskliidu tervishoiu töögrupi ja

Roche Eesti juht **KADRI MÄGI-LEHTSI**

Registreerimine ja piletiinfo: pood.aripaev.ee/meditsiin2025

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

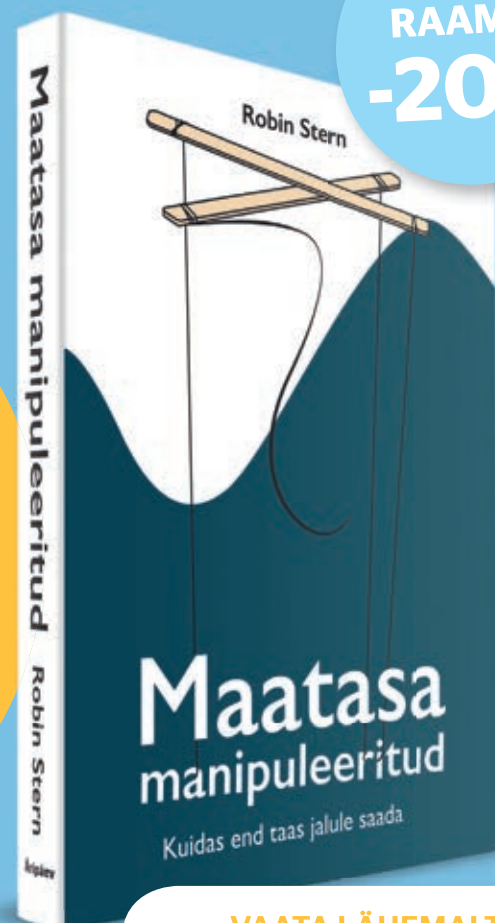


**Arstidele
erihind!**

LIITU TERVISE RAAMATU- KLUBIGA



saad
kõikidele
terviseraamatutele
-10%
soodustust



KUU
RAAMAT
-20%

**VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuklubi.ee**

Lühinägevuse põhjused: kõrge müopia areneb välja enamasti lapsepõlves

Kuidas lühinägevus välja areneb, selgitas Virtuaalkliinikule Pere Optika optometrist Laura Tõnov.

Väike miinusprilli tugevus meie tervist ei ohusta, abiks on prillid ja kontaktläätsed. Suurema miinusega suureneb ka mitmesuguste silmahaiguste risk, neist enim on levinud katarakt, glaukoom, müoopiline retinopaatia ja võrkkesta irdumine.

Kõrge müopia riskid

Hiinas 2007. aastal tehtud uuringus leiti, et inimestel, kellel on kõrge müopia ehk miinust üle 6 dioptri, on kolm korda suurem tõenäosus glaukoomi tekkeks. Kõrge müopia tõttu tekkinud silmahaigusi kutsutakse patoloogiliseks müopiaks.

Kõrge müopia areneb välja enamasti lapsepõlves, miinuse kasv on kõige kiirem 9–14 eluaasta vahel. Väikelaste seas on kõrge müopia esinemine harv (alla 1% rahvastikust).

Müopiat ehk miinusprilli vajadust põhjustab silma anatoomia. Et ajju jõuaks vaadeldavast objektist terav kujutis, peab valgus langema silma põhja (reetinale) – sel puhul näeb teravalt kaugele ilma prillita.

Nägemisteravust mõjutavad kaks tegurit: valguse murdumine ja silma aksiaalne pikkus.

Silma kaks valgust murdvat keskkonda on sarvkest (silma esimene läbipaistev osa) ja silmalääts.

Emmetroopilise silma puhul on kaugemale vaadates omavahel võrdelised silma valguse murdumisvõime ja silma aksiaalne pikkus ehk kaugus silma sarvkesta tipust reetina kaugeima punkti.

Müoopilise silma puhul optilised pinnad kas murravad valgust liiga tugevalt või on silma aksiaalne pikkus liiga pikk – valgus murdub võrkkesta ees, mitte sellel peal.

Kui asetada silma ette prillilääts, mis valgust hajutab, liigutatakse sellega fookuspunkt kaugemale, võrkkestale, ning prillidega nägemisteravus paraneb.

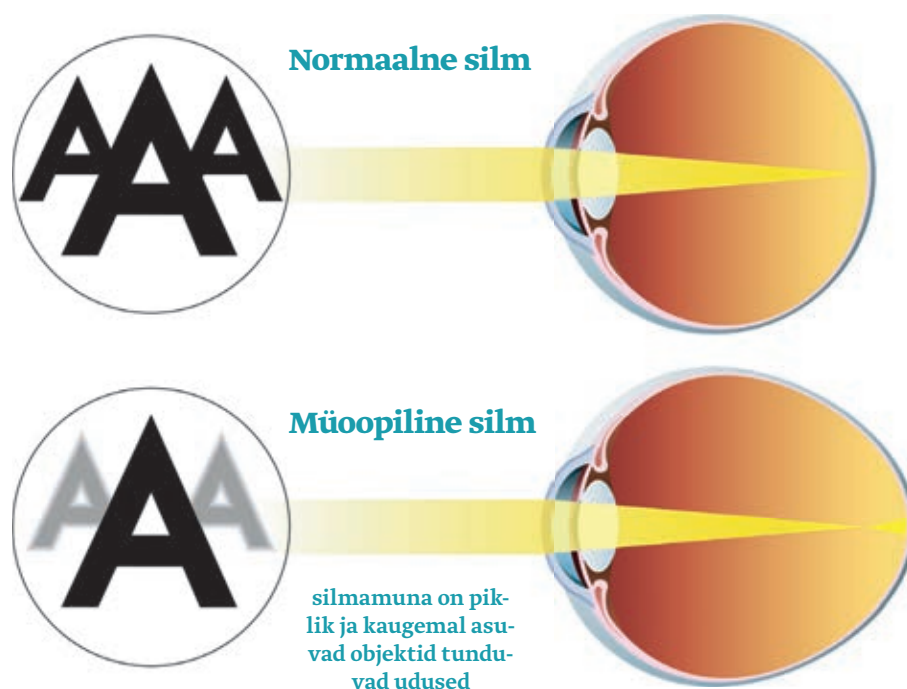
Sündides on lapse silmamuna pisike ja peale sündi hakkab toimuma silmade emmetroopiseerumine, mille korral silm kasvab pikemaks ja pluss väheneb.

Koolieelikul, umbes 6aastaselt lapsel peaks esinema veel väike plusstugevus u +0,5 dioptrit, siis võib eeldada, et nägemise emmetroopiseerumine on toimunud korrektselt ja müopia tekkevõimalus on väga väike. Kui aga eelkooliealisel lapsel on refraktsiooniviga 0, siis võib eeldada, et

Võrdlus:

Valguskiired koonduvad juba enne võrkkestani jõudmist

Allikas: shutterstock



hakkab tekkima müopia, kuna silma kiire kasvamise periood on veel ees.

Müopia tekkimise põhjused

Meid ümbritsevas keskkonnas mõjub müopia tekkimisele ja progresseerumisele suur lähitöö maht, vähenenud ajaveetmine väljas, päikesevalguse käes, madal D-vitamiini sisaldus veres ning kehvdieet ja vähene sportimine.

Müopia levimus on suurim riikides, kus on suurem tähtsus õppimisel ning koolitööl (näiteks Hiina, Singapur, Lõuna-Korea) ning väiksem arengumaades.

Samuti on leitud, et vähemalt kaks tundi päevas päikesevalguse käes veetnud lastel müopia progressioon peatub või väheneb.

Miinusprillide vajaduse kasvuga seotatakse rohke suhkru ja kolesterooli sisaldusega ning töödeldud toidu söömist ning D-vitamiini puudust lapsepõlves.

Miinusprillivajadus on ka geneetiline. Geenid, mis müopiat tekitavad, on DNast leitud, aga neid peetakse keskkonnamõju-

Tasub teada:

Ka peavalu viitab silmaprobleemile

Müopia sümptomid:

- kissitamine,
- pea kallutamine,
- ühe silma sulgemine,
- telerile ja koolis tahvlile lähemale istumine,
- keskendumisprobleemid,
- peavalud,
- silmade väsimine,
- silmade hõõrumine.

Allikas: Laura Tõnov

de kõrval pigem vähetähtsateks. Geenid pigem määravad, kui tundlikud on silmad keskkonnamõjude suhtes, mis miinuse suurenemist põhjustavad.

Müopia progressiooni peatamine

Müopia arengu ja pidurdamise võimalu-

sed jagatakse kaheks: keskkonna- ja optilised võimalused.

Keskkonnapõhiste sekkumiste alla kuuluvad võimalusel lähitöö vähendamine, õues veedetava aja pikendamine, sportimine ja tervislik mitmekülgne toitumine. Optiliste sekkumiste alla kuuluvad prilliläätsed, kontaktläätsed ja silmatilgad.

2023. aastal alustati Eestis müopia progressiooni peatamiseks atropiinravi. Tegu on silmatilgaga, mis lõdvestab silma akommodatsiooni, mis peaks aeglustama silma kasvu.

Atropiinraviga tegelevad silmaarstid.

Spekuleeritakse, et üks põhiline põhjus, miks müopia lapseas kiiresti progresseerub, on hüperoopiline nihe silmas.

See tähendab, et valgus ei lange tegelikult silma ainult ühte punkti, vaid ka silma perifeeriasse ning murdub ka õigeid kaugprille kandes silma ette. Selle nihke või defookuse tõttu hakkab silma aksiaalne pikkus kasvama.

Et hüperoopilist nihet vähendada, on välja töötatud spetsiaalsed kontaktläätsed ja prilliläätsed.

Prilliläätses keskosas, kui laps otse vaatab, on tema täiskorreksioon ja läätses äärealades plusstugevus kuni +2,5 dioptrit. Need spetsiaalsed prilliläätsed peaksid müopiat pidurdama 40%.

Lisaks on kasutatud klassikalisi progresseeruvaid ja bifokaalseid prilliläätsi, mille efektiivsus ei ole nii hea.

Küll aga, kuna nägemine ei ole ainult prillilääts silma ees ja nägemisteravus, vaid see hõlmab ka kontrastitaju, sügavustaju, silmade koostöövõimet jne, siis valitakse lapse silmadele kõige parem müopia kontrolli variant.

Kõige efektiivsem ravi on kõvad ehk ortokeratoläätsed, mis asetatakse silma magamise ajaks. Päeval ei pea laps prille kandma, sest kõva lääts surub sarvkesta lamedamaks ning vähendab ka hüperoopilist nihet.

Kahjuks Eestis ortokeratoläätsi ei toodeta.

Prillid – kas kanda või mitte kanda?

Müüt, et laps peab ilma prillideta „silmi treenima“ ja et prille kandes muutuvad silmad „laisaks“, on vananenud informatsioon, kuid paraku liigub see ikka veel ringi.

Mitu uuringut on näidanud seda, et meelegra nõrgema prilli kandmine lapsepõlves mitte ei pidurda müopia progressiooni, vaid mõneti isegi kiirendab seda.

Eesti lastemeditstiini olukord ja tulevikuvision läbi Tallinna Lastehaigla prisma

Visiooni pediaatria arengusuundadest tutvustab Tallinna Lastehaigla pediaatriakliiniku juhataja Liis Tõnisberg

**Milline on tänase pediaatria tege-
likkus?**

Tänase Eesti reaalsus on meile teada – lastearste on vähe, maakonnahaiglates on pediaatriline abi ebaühtlasel tasemel ja põhiroll selle osutamisel koondub kolmanda etapi haiglatele.

Valdav enamus Eesti lastearstidest töötab Tallinna Lastehaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus ning on spetsialiseerunud pediaatria alaaladele.

Selles süsteemis on kujunenud kaks suurt probleemi:

- 1) mitmetel pediaatria alaaladel ei ole piisavalt spetsialiste, et katta ära kogu erialane töö;
- 2) erialase töö mõistet hägustab ja arstide ebaadekvaatse koormuse teket põhjustavad muuhulgas patsiendid, kes ei vaja tegelikult kitsama eriala spetsialisti tähelepanu.

Kuidas olete mõelnud lastehaigla vaatest neid probleeme lahendada?

Mina näen Tallinna Lastehaiglat kui 2/3 Eesti laste terviseprobleemide lahendamise eest vastutajat. Mulle meeldiks öelda, et tegeleme valdavalt muredega, mis on keerulisemad kui need, mida esmatasand lahendada suudab, aga reaalsus on see, et erinevate varasemalt vastuvõetud otsuste tulemusena oleme muutunud ka ööpäevaringselt töötavaks perearstikeskuseks. Tallinna Lastehaigla ei saa ainuisikuliselt ümber korraldada Eesti meditsiinisüsteemi, küll aga saame astuda omapoolseid väga selgeid samme selleks, et säiluks meie tõeline funktsioon kolmanda etapi haiglana.

Esvalt – vajame läbimõeldud realistliku lastearstide juurdekasvu – siin on ruumi paremaks koostööks Tartu Ülikooli ja TÜKi Lastekliinikuga.

Teiseks – head spetsialistid saavad oma tööd tipptasemel teha kui neil on selle jaoks tingimused – teadmised, keskkond ja ajaline ressurss. Väga oluline roll on haiglal – siin töötava meditsiini personali väärtustamisel ja talle võimalikult hea töökeskkonna loomisest, aga ka koostööl teiste meditsiini valdkondade esindajatega. Näen vajadust jätkuvaks ja paranevaks koostööks perearstidega, kuhu omalt poolt saame anda panuse kvaliteetsete e-konsultatsioonide süsteemi juurutamisse, pakkuda praktilisi koolitusi ja võimalikult hästi õpetada peremeditsiini eriala residentide.

Kolmandaks – pean väga oluliseks, et Tallinna Lastehaigla püüaks kaasa aidata täna-
sel päeval erakorralise meditsiini osakondades toimuva lahendamisse. Arvan, et ainult elanikkonna harimisest jääb siin väheseks – muutuma peab süsteem, mis täna EMO personali läbi põletab ja rasked haiged ohtu seab.

Lastehaigla pakub kõrgetasemel abi ligi 30 erialal. Millistel aladel on kõige enam personalipuudust?

Lihtsam oleks loetleda erialasid, kus seda ei ole. Hetkel on kõige keerulisem gastroenteroloogias ja neuroloogias, samuti allergoloogias ja endokrinoloogias. Järelikasvu ei ole nefroloogidel Tallinnas ega Tartus. Suur puudus on EMOs töötavatest arstidest. Siinkohal tulebki mängu erialati läbi arutatud ja selgelt sõnastatud residentide vajadus järgnevate aastate lõikes ning pidev haigla-
poolne pingutus selle nõudluse katmiseks.

Meil on erialaarste ja üldpediaatreid. Kas üldpediaatreid on võimalik kaasata haiglatöösse?

Näen hea ettevalmistusega võimekal üldpediaatril haiglas väga olulist rolli, seda nii ambulatoorsete vastuvõttude tegemisel kui ka statsionaari töös. Väga suur osa Tallinna Lastehaigla pediaatria, ägedate infektsioonide ja erakorralise meditsiini osakondade tööst on üldpediaatriline. Kitsamale erialale spetsialiseerumata lastearsti töökohtade tekitamisega neisse osakondadesse võimaldaksime spetsialiseerunud kolleegidel tegeleda nende pädevusse kuuluvate probleemidega patsientidega süvendatult viisil, mis vastab tänapäevase arenenud meditsiini standarditele ja seda ilma raviarsti emotsionaalselt ja füüsiliselt läbi põletamata. Üldpediaatrite jälgimisel võiksid olla ka hulgiprobleemidega lapsed (nt enneaegsetena sündinud lapsed, kaasasündinud väärarenditega lapsed jt). Nii looksime olukorra, kus sellisel lapsel on tema probleemidega kursis olev lastearst, kes teda kasvamise käigus jälgib ja vajalikul hetkel erialaspetsialiste kaasab. Sellega tagaksime oma elu väga varases järe-
gus enamasti suurt meditsiiniressurssi vajanud lastele ja nende peredele ka edasise kvaliteetse arstiabi, mis toetab juba tehtut.

Millised on teie plaanid pediaatriakliiniku juhatajana?

Tahan alustada kõige eelpoolmainituga aga annan endale aru, et selliste muutuste ellu rakendamine ja rakendumine võtab aega.



FOTO: KAREN HÄRMIS

Tallinna Lastehaigla pediaatriakliiniku juhataja Liis Tõnisberg: „lastega töötamine nõuab teatud isiksuseomadusi ja valmisolekut olla pehmem ja mängulisem, see on sellesse töösse sisse kirjutatud.”

Seniks soovin leida minu haldusalasse kuuluvates osakondades ja teenistustes täna aktuaalsetele igapäevatöö kitsaskohtadele personali- ja patsiendisõbralikke lahendusi. Mõtteid nende osas kogume läbi ühise arutelu, sest iga töötaja tajub oma osakonna või teenistuse probleemkohti kõige selgemalt ja on tõenäoliselt koos kolleegidega juba ka lahendustele mõelnud.

Lisaks näen vajadust jõuda olukorrani, kus arst teeb tööd, mille tarbeks ta on hariduse omandanud ja teda toetab hästi toimiv kabinetioe-assistendi-sekretäri süsteem. Nii lisanduv aeg saaks muutuda arsti enese erialaseks täiendamiseks, residentide süvendatud juhendamiseks, haiglasiselt kasutatavate juhendite koostamiseks, teadustöö tegemiseks.

Kas ka õdedele võiks anda suuremat rolli?

Leian, et nii arstidel kui ka õdedel endil oleks viimane aeg õe rolli ümber mõtestada. Õdede iseseisva töö osakaal saab ja peab suurenema, seda eriti just ambulatoorses töös patsientide nõustamise ja teatud erialadel ka kroonilise haige jälgimise osas.

Kuidas muuta sujuvamaks EMO tööd?

Tallinna Lastehaigla EMO töötab meie pidevalt kasvavat koormust arvestades tegelikult väga hästi. Mingist hetkest tulevad lihtsalt ette inimvõimete piirid – EMOs valvavaid arste kusagilt imevael juurde ei tule – EMOsse pöörduvate patsientide numbrid liiguvad aga pidevas tõusujoones. Kuniks väga suur hulk inimesi oma perearsti poole ei

pöördu või ei pääse ja põhimõttelisi, süsteemi muutvaid otsuseid vastu ei võeta, saame meie hetketingimustes püüda osutada parimat võimalikku abi. Selleks saame muuhulgas üle vaadata oma triaazipõhimõtted, välja koolitada väga head triaaziõed, parendada omavahelist koostööd ja alati ka suhtlust patsientidega, kes viiruste hooajal väsinud ja palavikus lastega tunde ootama peavad. Selle kõige keskel ja kiuste ei tohi „kaotsi“ minna lapsed, kes tõesti vajavad väga kiiret abi.

Millises suunas peaks arenema patsiendisuhtlus?

Mulle väga meeldivad sammud, mida asutakse headuse ja üldinimlikkuse suunas. Haigla iseenesest on ju inimeste aitamiseks loodud struktuur ehk juba eos midagi head, aga seda abi saab anda mitmel viisil. Lastehaigla teeb eriliseks see, et patsientideks on lapsed, kellega üldjuhul käivad kaasas nende lähedased. Me peame panustama sellesse, kuidas meie majas tunnevad ennast patsiendid imikueast noore täiskasvanuni kui ka nende pereliikmed. Peame mõtlema sellele, milline on keskkond nende ümber, kellega, milline on keskkond nende ümber, mil viisil oma uuringu- ja raviprotseduure läbi viime. Selles kõiges näen põnevat väljakutset, kus meil on kõvasti arenguruumi. Kõik taandub minu arvates siiski aga suhtumisele, millega oma tööd teeme. Lastega töötamine nõuab teatud isiksuseomadusi ja valmisolekut olla pehmem ja mängulisem, see on sellesse töösse sisse kirjutatud.

Liis Tõnisbergi küstiles Svea Talving.

SA TALLINNA LASTEHAIGLA



Tõsist ja tüütut psoriaasi saab raviga kontrolli all hoida

Maigi Eisen

Põhja-Eesti regionaalhaigla naha- ja suguhaiguste keskuse dermatoveneroloog, ülemarst-keskuse juhataja

Psoriaasi peetakse sageli nahahaiguseks, kuid tegelikult on see süsteemne haigus, mis võib põhjustada ka liigese-põletikku ja metaboolset sündroomi, hõlmates ülekaalu, kõrget vererõhku, südamehaigust ja diabeeti. Haiguse keerukuse tõttu on sageli seotud ka psüühilised häired, nagu depressioon ja alkoholism.

Psoriaas on pärilik haigus, mida esineb enim 16-22aastastel ja uuesti 50-60aastastel. Noorematel vallandub haigus tihti streptokokknakkuse, nagu angiini või kurgupõletiku tagajärjel, kuid ka stress ja muud infektsioonid võivad seda esile kutsuda. Arvatakse, et stress või nakkused aktiveerivad psoriaasi geenid, kuid kahjuks ei ole protsessi tagasipööramine võimalik.

Samuti ei ole võimalik ennustada haiguse kulgu konkreetset inimesel, kuid halb prognoos on tõenäoline, kui psoriaas esineb peanahal ja levib küüntele. Teada on, et 20-30% juhtudest kaasneb ka artriiit ehk liigese-põletik.

Psoriaas ei ole nakkav

Haigus võib esineda kergel, mõõdukal või raskel kujul, sõltuvalt sellest, kui suure osa nahast see katab. Haiguse ulatust mõõdetakse peopesade suuruse järgi: kui psoriaas katab kuni viie peopesa suurust ala, on tegemist kergema vormiga ja ravi on lokaalne, kui kahjustatud ala on aga suurem, on vaja valgus- või süsteemset ravi. Rasketel juhtudel võib haigus levida üle kogu keha. Tüüpilised paigmed on küünarnukid ja põlved, kuid on ka vorme, kus psoriaas esineb vaid nahavoltides, peopesadel, jalataldadel või peanahal.

Haigust hinnatakse ka punetuse astme - kerge, mõõdukas või raske - ning kolde paksuse järgi. Psoriaasi korral muutub nahk tavalisest tihkemaks ja ketendab. Mõnel juhul on ketendus minimaalne, kuid võib esineda ka väga tugevaid ketendavaid koldeid. Haigusele on iseloomulik sügelemine, mis häirib patsiente sageli rohkem kui lööve ise. Ravimata psoriaasi korral võib nahakette eralduda sedavõrd palju, et neid koguneb kõikjale inimese ümbruses.

Psoriaas põhjustab inimestes tihti ebamugavust, kuna teised kardavad ekslikult, et tegemist on nakkushaigusega. Tegelikult ei ole psoriaas nakkav ning oluline on, et inimesed oleksid teadlikud - haige ei ole ise oma seisundis süüdi.

Psoriaas on krooniline haigus ja kahjuks ei saa keegi öelda, kas see jääb ainult



Haigust hinnatakse ka punetuse astme - kerge, mõõdukas või raske - ning kolde paksuse järgi.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Ravimil on kõrvaltoimed, mistõttu peavad patsiendid käima regulaarselt arsti juures jälgimisel.

küünarnukkidele ja põlvedele või levib üle kogu keha.

Enamikule psoriaasihaigetest mõjub hästi helioteraapia ehk päikese ja merevee teraapia, kuid umbes 5% haigetel võib päikesevalgus sümptomeid hoopis süvendada. Samuti on leitud, et mida ülekaalulisem inimene, seda halvemini allub tema haigus lokaalsele ja konventsionaalsele ravile.

Kerge psoriaasi korral alustatakse ravi lokaalsete hormoonkreemidega. Lisaks on saadaval D-vitamiini baasil kaltsipotriooli sisaldavad kreemid ning kombineeritud kreemid, kus on hormoon ja kaltsipotriool koos. Kasutatakse ka salitsüülhapet, mis

aitab eemaldada ketendust ja alandada põletikku. Väga oluline on naha pidev niisutamine, eriti pärast pesu uuread sisaldavate kreemidega. Varem kasutati ka tõrvapreparaate, kuid need olid ebameeldiva lõhnaga ning määrisid riideid, lisaks on tõestatud, et koos päikesevalgusega võib tõrv suurendada nahavähi riski. Näopiirkonnas kasutatakse hormoonide asemel pimekroliimust ja takroliimust sisaldavaid kreeme.

Psoriaasi korral küpsevad naharakud väga kiiresti - normaalselt 28 päevaga, kuid psoriaasi korral juba 3-4 päevaga. See tekitab põletikku ja ketendust, mida ravitakse suukaudsete ravimitega. Põhiravim on metotreksaat, lisaks kasutatakse A-vitamiinil põhinevat atsitreiini ja tsüklosporiini. Neid ravimeid on kasutatud psoriaasi raviks juba aastakümneid ja tegemist on standardse konventsionaalse raviga.

Igal ravimil on kõrvaltoimed, mistõttu peavad patsiendid käima regulaarselt arsti juures jälgimisel. Ravikontrollid on eriti olulised alkoholi-probleemidega patsientidel, kes sageli ravi katkestavad ja pöörduvad arsti juurde alles siis, kui haigus on juba väga tõsine. Psoriaasi saab ravida plaanipäraselt ja erakorralist abi vajavat haiguse ägenemist saab vältida.

Tallinnas ja Tartus on võimalik teha valgusravi (kitsakimbu UVB). Samuti

on olemas PUVA-ravi, kuid üle 200 protseduuri suurendab patsiendil nahavähi riski.

Bioloogiline ravi

Bioloogiline ravi võimaldab raske haigusega patsientidel naasta normaalsesse ellu. Kui varem mainitud ravimeetodid ei aita, on juba üle 10 aasta olnud võimalik kasutada bioloogilist ravi, mis sihib organismis täpselt teatud põletikutekitajaid.

Ravi on väga tõhus ja kõrvaltoimed vähesed, mistõttu on bioloogiline ravi patsientide seas väga soovitud. Bioloogilise ravi tulemusena saavad vähemalt 60-80% haigetest naha puhtaks või peaaegu puhtaks. Kuigi rasedatel puuduvad uuringud, ei ole ravim elust saadud andmete põhjal lootele ohtlik. Mõnel juhul võib küll ravimi mõju aja jooksul kaduda, kuid siis on võimalus ravimit vahetada.

Bioloogilist ravi saavad patsiendid kindlate kriteeriumide alusel: haigus peab olema mõõdukas või raske ning eelnev konventsionaalne ravi peab olema olnud ebaefektiivne vähemalt kuus kuud. Tänapäeval saab täidetud kriteeriumide puhul bioloogilist ravi määrata iga dermatoloog.

On oluline, et psoriaasidiagnoosiga inimene teaks, kuidas oma haigust ravida, ning külastaks regulaarselt perearsti või dermatoloogi, et vajadusel ravi korrigeerida.

Skyrizi®

(risankizumab)

Näidustused:¹

- ✓ Psoriaas
- ✓ Psoriaatiline artriit
- ✓ Crohni tõbi
- ✓ Haavandiline koliit



4x aastas!

63%

PASI 100
5,5 aastat

87%

PASI 90
5,5 aastat

71%

ACR 20
52. nädalal

92%

(mTSS ≤ 0)
52. nädalal



SKYRIZI®-ga ravitud patsiendid on suutnud hoida **PASI 100 (63%)** ja **PASI 90 (87%)** tulemust **5,5 aasta jooksul** (304 nädalat).²

71% SKYRIZI psoriaatilise artriidiga patsientidest saavutasid **ACR 20** tulemuse ja **92% SKYRIZI** patsientidest suutsid ära hoida radiograafilist progressiooni (mTSS ≤ 0) **52. nädalal**.^{1,3}

SKYRIZI (risankizumab) 150 mg süstelahus pen-süstlis. Üks pen-süstel sisaldab 150 mg risankizumabi 1 ml lahuses. Toimeaine: risankizumab. Retseptiravim.

PSORIAAS: SKYRIZI (risankizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks täiskasvanutel, kes vajavad süsteemset ravi.

PSORIAATILINE ARTRIIT: SKYRIZI (risankizumab) on näidustatud, kas monoteerapiana või kombinatsioonis metotreksaadiga, aktiivse psoriaatilise artriidi raviks täiskasvanutel, kelle ravivastus ühele või mitmele haigust modifitseerivale antireumaatilisele ravimile on olnud ebapiisav või kes sellist ravi ei talu.

SKYRIZI (risankizumab) 600 mg infusioonilahuse kontsentraat. Üks vial sisaldab 600 mg risankizumabi 10,0 ml lahuses.

SKYRIZI (risankizumab) 360 mg süstelahus kolbampullis. Üks kolbampull sisaldab 360 mg risankizumabi 2,4 ml lahuses.

Toimeaine: risankizumab. Retseptiravim.

CROHNI TÕBI: SKYRIZI (risankizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse Crohni tõve raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus tavapärasele või bioloogilisele ravile on olnud ebapiisav, kadunud või kes neid raviviise ei talunud.

HAAVANDILINE KOLIIT: Skyrizi (risankizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse haavandilise koliidi raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus tavapärasele või bioloogilisele ravile on olnud ebapiisav, kadunud või kes neid raviviise ei talunud.

Välited: 1. SKYRIZI (risankizumab) ravimi omaduste kokkuvõte. 2. 1. Papp KA, et al. AAD Annual Meeting, New Orleans, USA, March 17–21, 2023. Poster P43928. 3. Kristensen LE, et al. Fall Clinical Dermatology Conference (FC21), Nevada, October 21–24, 2021; 2. Kristensen LE, et al. 31st European Academy of Dermatology and Venereology Congress, Milan, Italy, September 7–10, 2022. Presentation D3T01.1.

PASI - Psoriasis Area and Severity Index, ACR - American College of Rheumatology, mTSS - modified Total Sharp Score

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

Lisaküsimuste tekkimisel nende ravimite kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole:

AbbVie OÜ, Rävåla pst 4, 10145, Tallinn, tel: +372 623 1011

Materjal on kinnitatud oktoobris 2024, EE-SKZD-240008

abbvie



EUROPEAN
TESTING
WEEK
www.testingweek.eu
2024



EuroTEST

Working together for integrated
testing and earlier care

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädal 18.–25. november!

HIV

HIV- Eestis hinnanguliselt ligi tuhat inimest, kellel ei ole HIV-nakkus veel diagnoositud.

Indikaatorhaigused ja -seisundid, mis võivad viidata HIV-le:

- korduv pneumoonia ühe aasta jooksul (rohkem kui üks kord aastas);
- tuberkuloos (nii kopsu kui ka muude paikmete);
- äge või krooniline B-hepatiit ja C-hepatiit;
- herpes zoster alla 65-aastastel isikutel;
- mononukleosis;
- dissemineeritud herpes simplex infektsioon;
- seksuaalsel teel levivad infektsioonid (k.a ureaplasmoos, mükoplasmoos, genitaalherpes, papilloomviirusinfektsioon, gonorröa, süüfilis, klamüdiaos, trihhomonoos);
- generaliseerunud seeninfektsioonid (k.a oportunistlikud seeninfektsioonid);
- generaliseeritud tüükad ja nakkuslikud molluskid;
- ebaselge põhjusega leukopeenia või trombotsütopeenia kestusega üle 4 nädala;
- lümfoom;
- Kaposi sarkoom;
- emakakaela ja anaalpiirkonna vähk ja prekantseroossed seisundid;
- generaliseerunud seborroiline dermatiit/follikuliit;
- CMV retiniit.



Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata infektsioonhaiguste arsti vastuvõtule.



Head tervishoiutöötajad!
Pöörake Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädalal nendele viirustele rohkem tähelepanu ja testige nii ennast kui oma patsiente!

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädala teavitust
toetab AbbVie OÜ | EE-VHCV-240014

C-hepatiit

Viirus kulgeb enamasti sümptomiteta ja jääb tihti diagnoosimata.

Kuna C-hepatiit on süsteemne haigus, siis maksavälised ilmingud, mis võivad viidata HCV nakkusele:

- krüoglobulineemiline vaskuliit
- nahahaigused – hilisporfüüria (porphyria cutanea tarda, PCT) ja lameda lihheniga (lichen planus, LP)
- neeruhaigused (membranoproliferatiivne glomerulonefriit, fokaal-segmentaalne glomeruloskleroos ja interstitsiaalne nefriit, proteinuuria, mikroskoopiline hematuuria, terminaalne neerupuudulikkus)
- lümfo proliferatiivsed haigused (B-rakuline mitte-Hodgkini lümfoom)
- II tüüpi diabeet
- kardiovaskulaarhaigused (müokardi infarkt ja ebastabiilse stenokardia risk kui ka insuldirisk)
- **NB!** ka minimaalselt normväärtust ületav ALAT prognoosib suurema tõenäosusega C-viiruse testil positiivse tulemuse saamist!



Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata täpsustavateks uuringuteks infektsioonhaiguste arsti või gastroenteroloogi vastuvõtule.

B-hepatiit

Keda testida:

- transaminaaside tõusuga patsiendid
- kõik HIV-/HCV positiivsed
- rasedad
- patsiendid, kellel on plaanis immuunosupresseeriv ravi
 - › HBsAg positiivne – äge või krooniline B-hepatiit – patsient suunata infektsionisti või gastroenteroloogi vastuvõtule
 - › HBcAb positiivne (HBsAg negatiivne) – nõustada ja suunata infektsionistile vaid juhul kui on plaanis immuunosupresseeriv ravi
 - › HBsAb positiivne (HBsAg ja HBcAb negatiivsed) – suunamine ei ole vajalik – patsient on vaktsineeritud