



Sõeluuringud

1400 inimesel avastati probleemid varakult

Enam kui 1100 inimesel leiti 2021. aasta sõeluuringute käigus vähieelsed muutused, mille ravi võimaldab vähi tekke ära hoida. Avastati ka 341 kasvajat. Kuna sõeluuringutes osalemine kasvab, on tulevik helgem. ▶6



MEDITSIINI- UUDISED



Naiste ateroskleroosilise südamehaiguse diagnoos hilineb, sest sümptomaatika on atüüpiline, tõdeb kardioloog **Anu Hedman**. ▶10-12

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 11 (488) 4. juuni 2024

www.mu.ee

Edasilükkamise meistriklass

Patsiendikindlustuse seadus töötab kujuneda venimise ja edasilükkamise rekordiks. Seadus nihkub taas. ▶ 3, 8-9



ILLUSTRATSIOON: ANTI VEERMAA

Juhtimine lonkab mõlemat jalga

Kehv kvaliteedijuhtimise süsteem viib selleni, et patsiente ehk siis abivajajaid koheldakse ebavõrdselt, tõdeb kauaaegne tervishoiuexpert **Georg Männik**, analüüsides tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi tagamise kokkuvõtet. ▶3



Vastulause etteheidetele

Ravimihulgimüüjate liidu juht **Teet Torgo** analüüsib vastulauses ettehteid, mille Äripäeva ajakirjanikud artiklites ravimitootjate ja hulgimüüjate koostööle tegid. ▶5



Üks küsimus

Töötajatele suvepakkumised

MILLISEID kingitusi koostöökasutajad suviti haiglatöötajatele teevad? Vastavad Pärnu, Haapsalu ja Kuressaare haigla esindajad. ▶4



Fookuses: ravimid

Kaitse diabeetikule ja südamehaigetele

MAI alguses toimunud konverentsil "Kaitsetahe" keskendusid lektorid SGLT-2 inhibiitorite ravimigrupile, mis lubab organikaitsel mitmetahuliselt läheneda. Anname väikse ülevaate. ▶14

Fookuses: allergia

Haigus haripunktiga 2.-4. elukümnele

ÜLEVAATE allergilisest riniidist teeb kliinikumi lastekliiniku allergoloog **Maire Vasar**. ▶16-18

Uudis: ravimid

Aastas pool tuhat tarneraskust

RAVIMITOOTJAD saatsid mulu ravimiametile 483 tarneraskuse teatist. ▶7



VYVGART[®]
(alfaefgartigimood)

< Patsientide igapäevase
toimetuleku **nähtav**
paranemine^{1*}

Esimene ja ainus heakskiidetud
IgG Fc-fragment **generaliseerunud**
raskekujulise müasteenia (gMG)
raviks atsetüülkoliini retseptori
(AChR) vastaste antikehadega
täiskasvanutel.^{2,3}

VYVGART (alfaefgartigimood) on retseptiravim.

Vyvgart on **näidustatud** lisaks standardravile atsetüülkoliini retseptori vastaste antikehade suhtes positiivsete generaliseerunud *myasthenia gravis*'ega täiskasvanud patsientide raviks.

Müügiloo hoidja: argenx BV, Industriepark-Zwijnaarde 7, 9052 Gent, Belgia

Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloo hoidja Eesti esindusest: Medison Pharma Estonia OÜ, Sõpruse pst 145, 13424 Tallinn; MedInfo.Estonia@medisonpharma.com

Palun tutvuge enne preparaadi väljakirjutamist täieliku ravimi omaduste kokkuvõttega.



▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest.

*ADAPT-i esmane tulemushäitaja: ChR-Ab+ MG-ADL reageerijate osakaal 1. tsüklis; VYVGART 67,7% (44/65), platseebo 29,7% (19/64); $p < 0,0001$.

Ab, antikeha; AChR, atsetüülkoliini retseptor; Fc, fragmentkristalluv piirkond; gMG, generaliseerunud raskekujuline müasteenia; IgG, immunoglobuliin G; MG-ADL, Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG igapäevaelu toimingute profiil).

Viited: 1. Howard JF *et al. Lancet Neurol* 2021;20(7):526-536. 2. VYVGART. Ravimi omaduste kokkuvõte. 3. Wolfe GI *et al. J Neurol Sci* 2021;430:118074.

arvamus



Uue ravihoone abil tõstame meditsiiniteenuste taset ja liigume edasi digitaliseerimisega.

Üllar Lanno, Narva haigla juht uuest ravikorpusest, mu.ee

Kommentaari:

Kvaliteedi tagamisest Eesti tervishoius



Georg Männik

tervishoiuekspert, Isamaa

Asjaomaste ametnike kommentaari-dest ei avaldu kvaliteedi tagamise mure tõsiselt. Esitatud tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi tagamise kokkuvõte oli auditeeritavatele lihtsalt üks audit paljude teiste kuhilas.

Mida ütles audit? Lugeses sotsiaalministeeriumi, terviseameti ja tervisekassa korralduslikke alusdokumente, selgubki, et on ebaselge, kes ja millises mahus on vastutav.

Kunagi oli see täpselt teada, aga aastatega on kuidagi juhtunud nii, et kõik nimetatud avalikud asutused vastutavad justkui kõige ja samas mitte millegi eest. Ebaselgus annab kõigile võimaluse vastutusest kõrvalle hiilida ja tegematajätmistes teist administratiivset tasandit süüdistada.

Kokkuvõttes ei ole sotsiaalministeerium „kallimate“ arstiabi osutavate ettevõtete omanikuna ja samas ka avaliku regulaatorina kvaliteedisüsteemi arendamisel võtnud juhtrolli, seadnud tervishoiuteenuse osutajatele asjakohaseid kvaliteedi eesmärgi ning nõudeid ega andnud juhiseid nende järgimiseks.

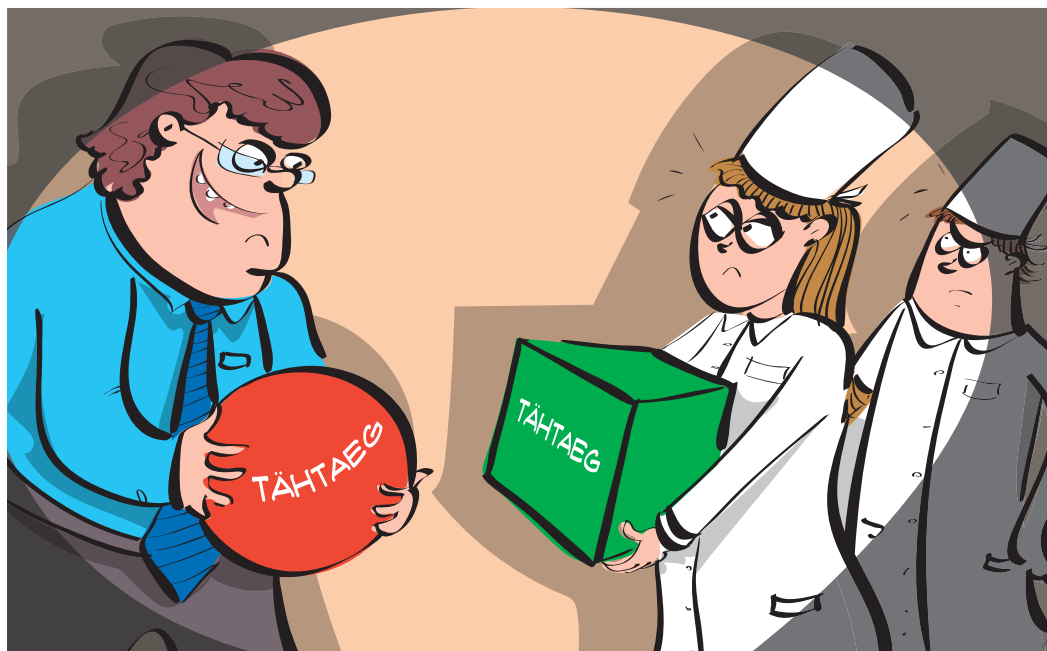
Mida ütleb kõrvaltvaataja? Kvaliteedi tagamise eest vastutab arstiabi osutav asutus või ettevõtte ja siia võibki panna punkti. Kui seda ei toimu, siis ei ole tervishoiuasutuste nõukogud viitsinud juhatustelt nõuda arstiabi kvaliteedi tagamist. Kui nõukogu ei ole pädev, peaks asutuse omanik selle välja vahetama.

Teisalt on ravikvaliteedi jälgimine tervisekassa üks põhiülesannetest. See tähendab, et arstiabi teenuste kvaliteedi kontroll ja jälgimine on otseselt teenuste tellija vastutus. Tundub, et tervisekassas on suur kliinilise (!) juhtimiskompetentsi puudus. Seetõttu aastakümned mööduvad, aga kvaliteedi mõõdetavate tulemuste sõnastamine ja jälgimine on hädine ja vanamoeline.

Arvan, sotsiaalministeeriumi lükkamine kvaliteedi juhtimisse ei ole asjakohane. Nagu öeldud, kuulub kvaliteedi tagamine tervishoiuasutuste ja tervisekassa juhtide palga sisse. Sotsiaalministeeriumi ülesanne on nõuda ülesannete täitmist, aga mitte asjaosalisi talutada. Ministeerium peab sekkuma alles siis, kui allasutused ei saa hakkama.

Arvan, et kui tervisekassa eestvedamisel tekivad üleriigilised juhendid, hakatakse ka päriselt ja komplekselt analüüsima patsientide tervisetulemusi ning arvestama patsientide praktilisi kogemusi arstiabi saamisel. Ühtlasi hakkab korrektne kvaliteedijuhtimine toetama tervisehoonete õiglasemat rahastamist.

Loe pikemalt mu.ee



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Patsiendikindlustuse jõustumise lõputa tee

Mai keskel saatis arstide liit (EAL) terviseministrile ja riigikogu sotsiaalkomisjonile pöördumise, milles väljendas vastuseisu aastaid räägitud ja kaks aastat tagasi vastu võetud patsiendikindlustuse seaduse jõustumise edasilükkamisele novembris.

Seadus, mis võeti vastu kaks aastat tagasi, pidi algselt jõustuma 1. juulil 2024. EAL leiab, et enam kui kaheaastane aeg on olnud piisav ning patsientide ootusi ei tohiks enam petta, edasilükkamine takistab kauaoodatud võimalust käsitleda patsiendihoidusjuhtumeid ja ravivigu avatult, nendest õppida ning parandada seeläbi patsiendihoidust ja ravikvaliteeti.

Edasilükkumine arusaamatu. Meditsiiniuudiste toimetuse leiab, et seadus oleks võinud ikkagi jõustuda kavandatud ajal ja lepingute sõlmimise aeg pikeneda. Kuna tegu on pikalt ettevalmistatud seadusega, oleks võinud olla parem valmisolek. Nagu ka arstide liidu tegevjuht välja tõi, on kahju, et patsiendid peavad endiselt kohtus käimisele ja advokaatide palkamisele aega ja raha kulutama, kui ravi käigus peaks midagi valesti minema,

sest lihtsam, kiirem ja odavam hüvitise saamise võimalus lükkatakse jälle edasi.

Sotsiaalkomisjoni põhjendus oli see, et hetkel oleks valmis ainult üks kindlustuspakkuja, mis võib viia hinnatõusuni, mida tervishoiuteenuse osutajad ei suuda tasuda. Lisaks võivat augustist tekkida olukord, kus kõik perearstid ei jõua end ära kindlustada, mis tooks kaasa tegevuslubade äravõtmise. Teisalt, kui seadus oleks vastu võetud juulis ja antud aega lepinguid sõlmida novembrini, poleks olnud vaja kogu seaduse jõustumist edasi lükata.

Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvõrgu juhi sõnul oli ministeerium veel veebruaris edasilükkamise vastu, kuid pärast arutelusid riigikogu liikmetega nõustuti sellega. Kindlustussektori valmisolek olevat süsteemi käivitamiseks võtmetähtsusega ning neljakuune viivitus ei ole selle juures määrav. Neli kuud ei ole iseenesest pikk aeg, kuid see kätkeb endas ohtu, et edasilükkamiseks tekib veel mingi põhjus. Praegu ei ole veel teada, kas riigikogu seaduse jõustumise edasilükkamise heaks kiidab ja president selle välja kuulutab.

Loe samal teemal lk 8-11



Enam kui kaheaastane aeg on olnud piisav ja patsientide ootusi ei tohiks enam petta.

VÕITJA
Margus Viigimaa

Kardioloog professor **Margus Viigimaa** valiti Euroopa Hüpertensiooni Ühingu auliikmeks. Tunnistus anti üle Berliinis Euroopa Hüpertensiooni Ühingu XXXIII kongressi autasustamistseremonial 2. juunil.

VÕITJA
Kaja Julge

Tartu ülikooli kliinikumi preemia laureaat on doktor **Kaja Julge**, kes on elutööna arendanud allergoloogiat nii kliinikumis kui ka Eestis tervikuna. Kliinikumis töötab ta lasteallergoloogina aastast 1996, tudengeid hakkas õpetama 1983. aastal ja teeb seda siiani.

Nädala foto:

Haiglapartnerlus Ukraina toetuseks



Kiievis toimunud rahvusvahelise tervishoiupartnerluse konverentsil arutasid Balti riikide, Soome, Rootsi ja Saksamaa terviseministrid viimaste aastate koostöö tulemusi. Haiglapartnerluses osaleb 17 riiki ja 34 haiglat, Eestist näiteks ITK. Paremtalt: terviseminister Riina Sikkut, Ukraina presidendi abikaasa Olena Zelenska, Ukraina terviseminister Viktor Ljaško ja WHO Ukraina juht Jarno Habicht.

FOTO: UKRAINA TERVISHOIUMINISTEERIUM

mu.ee lugude TOP

- PERHi noored kardioloogid koostasid kardioloogia erilehe
- GALERII: USA biotehnoloogia ettevõtte investeeris Eestis tootmisse 12 miljonit
- GALERII Konverentsil lahati onkoloogia paradigma muutusi
- Selgus mullu annetatud spermadooside ja munarakkude arv
- LUUP: Mentori abil tugevaks
- Narva haigla kuulutas välja uue ravikorpuse projekterimishanke
- Endoproteesimise vihiku järjekordadest optimaalse ravini
- Lisandus 89 gripijuhtu

Toimetaja repliik:

Erakliinikute võrk püüab personali

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Meliva kliinik avas hiljuti uue korpuse Tallinna südalinna Rävala puisteel. Uhke uus maja ja palju hästivarustatud kabinette ootavad patsiente. Nende pluss on tugev tervishoiuüksus. Ometi selgus, et täie auruga tööle hakkamiseks on vaja nad kümneid ja kümneid uusi arste ja öde-

sid. Neid võidakse otsida mitte ainult linna- ja riigihaiplast, vaid ka teistest erakliinikutest, mis asuvad samuti uhketes uutes ruumides. Mõelgem Confidole, Fertilitasele ja kümnetele väiksematele erakliinikutele, aga ka enne uste avamist hingusele läinud Novel Clinicule, millel ei õnnestunudki omale sadat arsti värvata. Igatahes on pealinnas meedikutele pakumisi põnevalt palju.

Üks küsimus: Milliseid (suve)kinke haigla partneritelt saanud on?

Katrin Luts

Läänemaa haigla juht äänemaal on olnud üksikuid n-õ materiaal-seid toetusavaldusi, seda just COVID-19 pandeemia ajal. Seoses Haapsalus toimivate suveüritustega selliseid kingitusi tehtud ei ole.

Kristi Tomingas

Pärnu haigla turundusjuht

Pandeemia ajal toodi näiteks kingitusi. Aeg-ajalt pakutakse haigla töötajatele sooduspiletite ostmise võimalust Endla teatri etendustele või Pärnu kontserdimaja kontsertidele.

Kuressaare haigla koduleht

Kuressaare haigla töötajad said kingiks 80 festivalipäaset juulis toimuvale I Land Soundi festivalile. Sellega suunati ühtlasi tähelepanu keerulisele olukorrale tervishoiu maastikul. Haigla teatel haaras festivali korraldusmeeskond hea meelega kinni SA Kuressaare Haigla Toetusfondi koostööpakkumisest toetada kogukonna jaoks elutähtsa asutuse tööd.

Haigla kiirabibrigaadid pakuvad festivalil aga vastutasuks külalistele meditsiinilisi teenuseid, nagu seda alati tehtud on.

Festivali ja Kuressaare haigla koostöö eesmärk on ka suunata tähelepanu keerulisele olukorrale tervishoiu maastikul, näiteks piiratud rahastuse ja erialaspetsialistide puudusega silmitsi seismisele.

I Land Soundi festivali peakorraldaja Paap Uspenski sõnul on festivalimeeskonnaga ja haigla koostöö hea näide sellest, kuidas era- ja avaliku sektori partnerlus saab kogukonna heaolule kaasa aidata.

Tootmine Uus veterinaarravimite tehas Tallinnas avas uksed

TALLINN Eesti-Hollandi ühisettevõtte PharmaPark avas reedel Tallinnas Euroopa ühe suurima veterinaarravimite tehase. Investeeringu suurus on 50 miljonit eurot ning lõviosa toodangust hakkab minema ekspordiks. PharmaPark OÜ juhatusel liikme Veiko Saluste sõnul on PharmaPark kõige kaasaegsem veterinaarravimite tehas Euroopas ning selle tootmisvõimsus ületab selgelt Balti- ja Põhjamaade vajadusi. Saluste lisas, et Tallinna uhiuuele suurtehasele annab konkurentsieelise Euroopa veterinaartoodete turgu mõjutav nn Annex 1, mis nõuab veterinaarravimite tehaste kaasajastamist või täiesti uute rajamist. „Regulatsiooni tõttu on mõni tehas Euroopas juba uksi sulgemas, mis parandab kaasaegse tootmise turupositsiooni,“ märkis Saluste. Suureneva globaalse nõudluse tõttu on PharmaParkil kavas pakkuda laia valikut veterinaarravimeid ka lemmikloomadele.

Tootmine USA biotehnoloogia ettevõtte investeeris Eestisse 12 mln

HARJUMAA Biotehnoloogiakontsern Repligen avas Tallinna külje all Jüri tehospargis büroo- ja tootmishoone, kust hakatakse teenindama Aasia ja Euroopa turge. Repligen Eesti juhi Madis Undi sõnul on tehas Repligeni jaoks strateegilise tähtsusega investeering. „Uus hoone võimaldab meil oma tegevusmahtu hüppeliselt suurendada ning teenindada Eestis asuvast keskusest kliente nii Euroopa kui Aasia turgudel,“ lisas Unt Äripäevale saadetud teate vahendusel. LEED hõbe sertifikaadiga enam kui 7500 ruutmeetri suurune ehitist läks maksma 12 miljonit eurot ning annab tulevikus tööd ligi kahesajale inimesele. Hoone rajamist alustati 2022. aastal ning ehituse peatöövõtja oli Rand & Tuulberg. Hoone projekteeris Rovin OÜ, arhitekt on Kati Haki ning sisearhitektuursete lahenduste autor AERIS.

Konkurents Asuti uurima ortodontia kättesaadavust ja hindu

EESTI Konkurentsiamet otsustas pärast Eesti Päevalehes ja ERRis viimastel kuudel ilmunud artikleid ortodontia valdkonna probleemidest ja sellest, kuidas ortodontid pole nõus hambaarste oma tööpõllule laskma, hakata uurima ortodontia valdkonna konkurentsiolekorda. Ameti haldusmenetluste valdkonna juht Kadri Lepikult kinnitas, et amet on alustanud konkurentsiolekorda lühianalüüsi seoses ortodontia teenuse kättesaadavuse ja hindadega. Asjaoludest parima ülevaate saamiseks soovetakse korraldada osapooli kaasav ümarlaud, kus tutvustatakse analüüsi esialgseid andmeid, kirjutas Delfi. Analüüsi eesmärk on aru saada poolte pädevusest ja rollist teenuse kujunemisel.



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

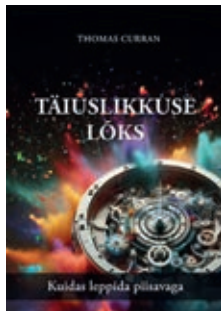
Tellimine internetis:

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 päevakajalised, majanduslikud, poliitilised või religioosel teemal) on autoriõigusega kaitstud ning nende reprodutseerimine, levitamine ning edastamine mis tahes kujul on ASI Äripäev kirjaliku nõusolekuta keelatud. Kaebuste korral ajalehe sisu kohta võite pöörduda pressinõukogusse, pn@eall.ee või tel (372) 646 3363.

Kuidas leppida piisavaga?

Raamat "Täiuslikkuse lõks. Kuidas leppida piisavaga" annab edasi autori, perfektsionismi eksperdi **Thomas Currani** kogemuse, kuidas sellisest mõttemustrist vabaneda ja endale eesmärkide püstitamisel armu anda. Ta on üks vähestest maailmas, kes on teemat ülikooliprofessori rollis süvitsi uurinud ning selgitab, kust täiuseihalus alguse saab ja milleni viib. Kirjastus Äripäev, 254 lk, ilmus mai alguses. <https://pood.ari-paev.ee/raamatud-taiuslikkuse-loks-kuidas-leppida-piisavaga>



11.06

MEDITSIINUUDISTE esimese poolaasta üks viimaseid vebinare räägib patsiendikindlustusest. Lektorid on vandeadvokaat Ants Nõmper ja kindlustuseltside esindaja Mart Jesse. Annab ühe täiendkoolituspunkti. Registreerida saab: <https://pood.ari-paev.ee/patsiendikindlustus>

Kommentaari:

Vastulause varjatud tulu teenimise etteheidetele

Ravimihulgimüüjate liidu juht Teet Torgo analüüsib vastulauses etteheidet, mille Äripäeva ajakirjanikud mai alguse artiklites ravimitootjate ja hulgimüüjate koostööle tegid. Käsitlus ilmus lühidalt ka 21. mai Meditsiinuudistes.

"Kõigile, kel ravimituruga kokkupuuteid, peaks olema päris avalik "saladus", et riik on *de facto* aastaid ja üha kasvavalt korraldanud ravimiturgu viisil, mis suunab valdkonna pooli end finantseerima ka väljaspool ravimite jaoks seadusega mõeldud ja lubatud juurdehindlustulu," kirjutab ta.

Debati asemel vastandamine. Kurval kombel sünnib käesolev arvamustlugu konstruktiivse debati asemel kunstlikult loodud vastandumise foonil. Seda korda kantuna Äripäeva ajakirjanduslikest minetustest teema kajastamisel.

Äripäev küsis arvamust ka ravimihulgimüüjate liidult, kuid jättis selle artiklites avaldamata. Kahjuks tundub, et



Teet Torgo

ravimihulgimüüjate liidu juht

Kinnitan, et oleme alati seisnud ravimite kättesaadavuse eest Eestis ja püüame olla riigi parim partner.

kui päris turuosaliste arvamus ja mõttekäik ajakirjaniku isiklikku eelistust asjade seisust ei toeta, siis Äripäev seda ei kajasta. Mõistagi määrab taoline käsitlus valimatult terve valdkonna ning vaigistab, mitte ei käivita arenguks vajalikke arutelusid. Rõhutan, et konkreetseid seaduserikkumisi neis analüüsides ega otse hulgiettevõtete üle toimunud järeleval-

vetes praeguseks ette heidetud ega leitud ei ole. Otsene vale oleks ka väide, et riik ravimihindade üle järelevalvet ei tee – pädevused ja volitused on ravimiameetil selleks seaduses täiesti olemas. Olu-lisi rikkumisi meile teadaolevalt aastate jooksul leitud ei ole.

Määrad alla lubatu. Aruteludes tuleb arvestada ka ravimituru neid aspekte, millest riik ise kõige parema meelega ei räägi. Näiteks asjaolu, et valdkonna kulusid ja tulusid katma mõeldud ravimi juurdehindluse numbrid ei ole mitte kunagi vastanud riigi seaduses sektorile lubatud määrale. Kogu valdkond – apteegid ja hulgimüüjad – on juba aastakümneid takerdunud üle 20 aasta tagusesse saja Eesti krooni suurusesse (praeguses vääringus 6.39 eurot) riigi lubatud juurdehindluse hinnalakke.

Miks vaikitakse ravimiturust rääkides maha see märgiline asjaolu, kuidas mas heidetakse hulgimüüjatele ette, et küsitakse tasu selliste teenustööde ja

toodete eest, mis ei ole seotud ravimite müügiga või mis ei pruugi üldse ravimid ollagi?

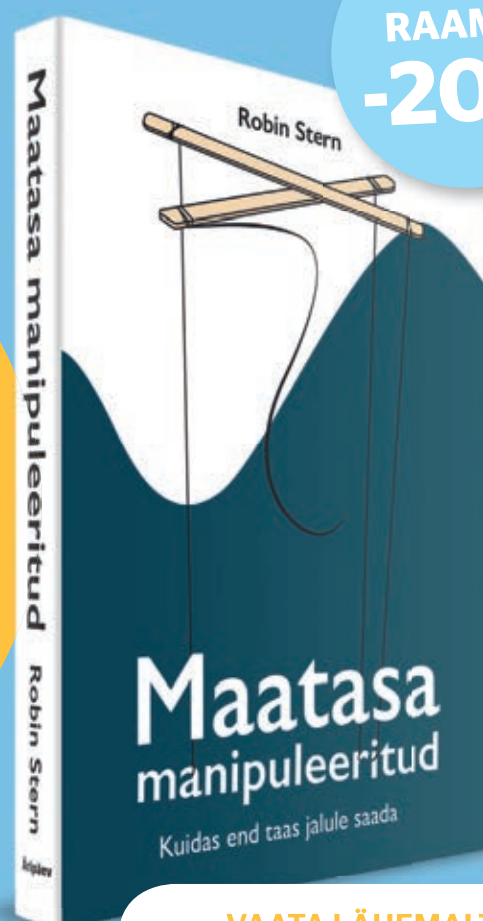
Näiteks hangivad hulgimüüjad riiklikult korraldatud nn elanikkonna ravimivarusse kuuluvad ravimid oma vahendite eest, saades riigilt teenustasuks vaid nende hoiukulu. Varuravimite maksumus kompenseeritakse hulgimüüjatele vaid juhul, kui mainitud ravimid elanikkonna tarbeks valitsuse otsusega varust töepoolest ka välja ostetakse.

Teise näitena võib tuua paljuräägitud toidulisandid ja tervisetooted, millega tohib Eestis kaubelda igaüks, mida turustatakse ka toidupoodides ja tanklakettides ning millele ravimite hinnareeglid üleüldse ei kehti.

Kinnitan ravimihulgimüüjate liidu ja meie liikmete nimel, et oleme alati seisnud ravimite kättesaadavuse eest Eestis. Samuti püüame alati olla riigi parim partner ka juhul, kui arutelud ravimisektori tulevikust vajavad põhjalikumat debatti.

LIITU TERVISE RAAMATU- KLUBIGA

saad
kõikidele
terviseraamatutele
-10%
soodustust



KUU
RAAMAT
-20%

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuklubi.ee

uudised



Meie perearstid teevad suurepärase tööd ja valdav osa Eesti elanikest on perearstiabiga rahul.

Terviseminister Riina Sikkut perearstide päeva puhul, mu.ee



Mammograafia.

FOTO: SHUTTERSTOCK

TAI: Sõeluuringutel avastati üle tuhande vähieelse muutuse

Tervise arengu instituudi (TAI) sõeluuringute tulemuste aruandest selgus, et 2021. aastal avastati rinna-, emakakaela- ja soolevähi sõeluuringu käigus kokku 341 kasvajat. Rohkem kui 1100 inimesel leiti vähieelsed muutused, mille ravi võimaldab vähi tekke ära hoida.

Soolevähi sõeluuringusse kutsuti 2021. aastal ligi 82 400 meest ja naist, neist käis uuringul veidi vähem kui 49% ehk võrreldes aasta varasemaga langes osalus 2% võrra.

Sõeluuringu käigus avastati ligi 580 inimesel vähieelsed muutused ja 74 inimesel diagnoositi vähk (sh kaks mitteinvasiivset kasvajat). Iga tuhande sõeluuringus osalenu kohta avastati ligi kaks vähijuhtu.

Teadaoleva staadiumiga vähkidest 43% avastati esimeses, 21% teises, ligi 24% kolmandas ja 12% neljandas staadiumis.

Rinnavähi sõeluuringule kutsuti 2021. aastal ligi 76 300 naist, kusjuures esmakordselt kuulusid sihtrühma 64aastased ja teist aastat 66aastased naised.

Mammograafilisel esmasuuringul osales neist veidi vähem kui 59% ehk osalusmäär tõusis võrreldes aasta varasemaga 5% võrra. 2021. aastal avastati rinnavähi sõeluuringu käigus 233 kasvajat (sh 212 invasiivset vähki ja 21 mitteinvasiivset kasvajat), mis on 33 võrra vähem kui aasta varem.

Sõeluuringul avastatud teadaoleva staadiumiga vähijuhtudest diagnoositi 51% esimeses, 35% teises, 12% kolmandas ja 2% neljandas staadiumis. Iga tuhande sõeluuringus osalenud naise kohta avastati ligi viis vähijuhtu. "Samas vanuserühmas väljaspool sõeluuringut diagnoositud juhtudest on esimeses staadiumis alla kolmandiku ja kaugelearenenud juhtude osakaal mitu korda suurem.

Varasem avastamine võimaldab paremaid ravitulemusi patsienti säästvamalt ja väiksemate ravikuludega. Emakakaela- ja soolevähi sõeluuringul on ääretult tähtis avastada vähieelsed muutused, mis ravi puudumisel võiksid areneda pahaloolumuliseks," märkis TAI teadusdirektor Kaire Innos.

Emakakaelavähi sõeluuringule kutsuti 2021. aastal ligi 73 800 naist, neist osales veidi alla 51%. Alates 2021. aastast on sõeluuringu esmasuuring varasema PAP-testi asemel HPV-uuring ning esmakordselt kuulusid sihtrühma 60- ja 65aastased naised.

Võrreldes 2020. aastaga tõusis emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär rohkem kui 6% võrra. Sõeluuringu käigus leiti vähieelsed muutused 558 naisel, 13 naisel leiti mitteinvasiivne kasvaja ja 21 naisel diagnoositi vähk.

Teadaoleva staadiumiga vähkidest olid pooled esimese staadiumi, 8% teise staadiumi ja 42% kolmanda staadiumi vähid. Sõeluuringute ja ravi kulud tasub nii ravikindlustatud kui ka ravikindlustamata inimestel terisekassa.

mu.ee

VEEBISEMINAR
11.06.2024

PATSIENDIKINDLUSTUSE STARDIPAKUL

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

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

Annab
1 täiendkoolituspunkti

Korraldajad:



33 € kuni
4. juunini

pood.aripaev.ee/patsiendikindlustus

VEEBISEMINAR
06.06.2024

VALURAVI MÜÜDID

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

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

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

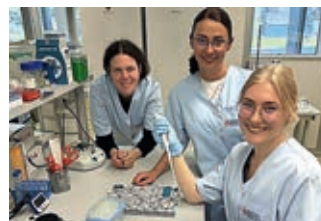
25 € kuni
30. maini

pood.aripaev.ee/valuravi-muudid



197

RASEDUST tekkis 2022. aastal doonorilt saadud sugurakkudega (606) viljatusravijärgselt. Kokku annetati 575 spermadoosi ja 6487 munarakku. Sugurakkude partnerannetuse korras tehti paaridele viljatusravi 2610 korral.



Intiimintervist hindav kodutest

TARTU teadlased arendasid mikrobioomi testi In-visibleMi, millega saab kodust lahkumata hinnata sugutrakti baktereid ja intiimintervist. See on mõeldud ka viljatusravi paaridele ja raseduse ootajale.

Ravimiamet sai mullu 483 tarneraskuse teatist

Ravimiameti aastaraamatust selgus, et ravimitootjad saatsid mullu ametile 483 teatist, milles andsid teada, et ei suuda riigi ravivajadust katta. Teate saamise hetkel puudus ravimile alternatiiv siiski vaid 15% juhtudest.

Ravimiamet rõhutab, et tarneraskuste hulgast tähtsam on siiski puuduva ravimi asendatavus ja haiguse olemus. Amet ei tee ravimitellimusi ega oma ravimivaru, küll aga avaldab see tarneraskuse teate koos infoga võimalike asenduste kohta ravimiregistris ja veebiuudisena ning võib tarneraskuses ravimile anda ajutiselt võõrkeelse pakendi turustamise loa või võimaldada arsti taotlusel müügiloata ravimi kasutamist. Samuti saab amet keelata ravimite väljavedu, aga see on väga erandlik meede – mullu tuli ühe tarneraskusega seoses piirata sama toime mehhanismi ja näidustusega üheksa ravimi väljavedu.

Möödunud aasta humanravimite tarneraskuste lahendused (mõne teate puhul tuli mitut neist kombineerida) olid järgmised: 62% juhtudest oli tarnehäire tea-

62%

• juhtudest oli tarnehäire teatamise ajal olemas sama toimeainesisaldusega alternatiiv teiselt tootjalt ja tarnehäire patsienti sisuliselt ei mõjutanud.

tamise ajal olemas sama toimeainesisaldusega alternatiiv teiselt tootjalt ja tarnehäire patsienti sisuliselt ei mõjutanud; 23% juhtudest oli ravimit võimalik asendada nii, et ühe kombinatsioonpreparaadi asemel kasutati kahte monopreparaati, tablette poolitati sobiva annuse saamiseks, mindi üle väiksema annusega ravimile, kasutati sama näidustusega teist ravimit jms (sellised olukorrad võivad patsienti häirida ja tuua ka arstidele lisatööd seoses uute retseptide kirjutamisega, kuid vajalik ravi saab jätkuda) ning 15% juhtudest (70 ravimil) alternatiiv tarnehäire teate saamise ajal puudus.

Lahendada saab erinevalt

Koostöös müügiloa hoidjate, ravimite turustajate, arstide ja teiste asutustega leiti alternatiivi puududes alljärgnevat lahendust:

• 40 korral oli tarneraskus lühiajaline (kuni 60 päeva), ravimi varu Eesti hulgimüüjate ja apteekide juures piisav või tarneraskus siiski ei realiseerunud teates märgitud mahus, nii et need tarnehäired

ei mõjutanud märkimisväärselt ravimi katkematut kättesaadavust patsientidele;

• 14 korral andis amet arstide erialaselt taotluse alusel loa alternatiivse müügiloata ravimi kasutamiseks;

• viiel korral leidis müügiloa hoidja võimaluse tarnehäirega ravimit turustada võõrkeelses pakendis ja ravimiamet andis selleks loa;

• neljal juhul tuli arstidel muuta patsientide raviplaani ja kasutada teist toimeainet sisaldavat ravimit;

• neljal juhul oli tegemist väga väikese kasutuse/nõudlusega ravimiga, kus lahendus leiti konkreetse patsiendi vajaduste järgi;

• kolmel juhul leidis probleem lahenduse nii, et arsti/raviasutuse taotluse alusel anti luba alternatiivse müügiloata ravimi kasutamiseks;

• ühel korral võeti kasutusele varude keskuse moodustatud elanikkonna ravimivaru – selline võimalus avanes esimest korda pärast elanikkonna ravimivaru moodustamist.

mu.ee

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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

**Tasub teada:**

Iga aasta lõpus valime ka aasta meditsiinimõjutaja!

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

Patsiendikindlustus Seaduse jõustumise lõputa tee

Edasilükkamiseks mitu uut põhjust

Mai keskel saatis arstide liit (EAL) terviseministrile ja riigikogu sotsiaalkomisjonile ootamatu pöördumise: nad pole nõus 1. juulil jõustuma pidanud patsiendikindlustuse seaduse jõustumise lükkamisega novembrisse. Edasilükkamiseks on mitu uut põhjust.

Kristiina Käit

kristiina.kait@aripaev.ee

Sotsiaalkomisjon on igal juhul otsustanud seaduse edasilükkamise eelnõu riigikokku saata. Esiteks ei ole kindlustusseltsid vaimustuses uuest tootest ja teiseks on pooleli veel osa riigi tegevusi ja arendusi.

Arstide liit on aga edasilükkamise vastu, kuna ei käivitaks kauaoodatud võimalus patsiendihutusjuhtumeid ja ravivigu avatult käsitleda ja nendest õppida.

Kaks aastat tagasi vastu võetud patsiendikindlustuse seadus (ametliku nimega tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus, TOKVS, toim) pidi algselt jõustuma tänavu 1. juulil. Arstide liit leiab, et edasilükkamine ei ole enam kuidagi põhjendatud, samuti ei ole muudatust arstide ega patsientidega arutatud.

„Leiame, et rohkem kui kaheaastane ettevalmistusperiood on piisavalt pikk, edasilükkamine ei ole põhjendatud ja patsientide ootusi enam petta ei tohi,“ seisab nende pöördumises. „Seaduse järgi on tervishoiuteenuse osutajatel kohustus sõlmida vastutuskindlustusleping 30 kalendripäeva jooksul alates seaduse jõustumisest. Oleme kompromissina valmis nõustuma lepingute sõlmimise perioodi pikendamise 1. novembrini 2024,“ kirjutab EAL-i tegevjuht Katrin Rehema liidu nimel tehtud pöördumises. Rehema selgitab, et ühelt poolt on kahju, et patsiendid peavad ravivea korral endiselt kohtus käimisele ja advokaatidele aega ja raha kulutama – lihtsam, kiirem ja odavam võimalus hüvitist saada lükatakse jälle edasi.

„Kuid seadusel on ka teine, sugugi mitte vähem oluline pool. Kui seadus tervikuna ei jõustu, ei käivitu ka patsiendihutusjuhtumite ja ravivigade registreerimine, avatud analüüsimine ja nii enda kui ka teiste vigadest õppimine, mille eesmärk on ravi ohutuse ja kvaliteedi parandami-

Me ei saa riskida, et arstiabi kättesaadavus halveneb.

Õnne Pillak,
riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees

ne,“ selgitab Rehema. Ta viitab, et hiljuti tegi riigikontroll kriitikat, et riik ei tegele piisavalt tervishoiuteenuste kvaliteediga. Terviseminister vastas toona, et olukorda parandab uus patsiendikindlustuse seadus.

Kindlustusseltside jaoks raske toode

Jõustumise edasilükkamist palus veebruaris kindlustusseltside liit (EKSL), mille juhatusel esimehe Mart Jesse kinnitusel ei saanud edasilükkamise soov kellelegi protsessiga seotud inimestest erilise üllatusena tulla.

Jesse sõnul on seaduse jõustumise edasilükkamiseks mitu põhjust. „Esiteks on tegemist äärmiselt keerulise teenusega ja kuigi kindlustusandjad on läbi aastate palunud riigilt elementaarset statistikat ravivigade kohta, ei ole seda saadud,“ räägib Jesse.

Lisaks eelnevale ja ka järgnevalt loetletud põhjustele ei soovi mitu seltsi sellest teenusest midagi kuulda. Üleval oli oht, et teenust ei soovi mitte keegi pakkuma hakata. „Siinkohal sooviks tänada ja tunnustada julguse ja pingutuse eest neid seltsi, kes on teenusega välja tulemas,“ ütleb Jesse. Praegu tegelevad ettevalmistustööga kolm kindlustusandjat – PZU, Seesam

ja BTA. Kui jõustumine lükata edasi 1. novembrini, on põhjust eeldada, et nad kõik plaanivad turule tulla.

Jesse jätkab, et teiseks esines ettevalmistatud seaduses mitu tehnilist puudust, mis oli vaja parandada, et seltsid saaksid üldse hakata teenust pakkuma. Nendest kõige olulisem on ehk kindlustusandja õigus erandjuhtumil, kui tal ei õnnestu kahjukäsitle protsessis saada juurdepääsu vastava valdkonna meditsiiniala eksperdile, ise lepituskomisjoni poole pöörduda.

Kolmandaks on vastutuskindlustuse teenusega seotud terviseameti infosüsteemi arendus tema sõnul veel pooleli, mistõttu kindlustusandjatel ei ole võimalik oma süsteeme sellega integreerida. Jesse hindab, et kahe eelnevalt nimetatud asjaolu tõttu on kindlustusandjatel liiga vähe ettevalmistusaega, et teenus 1. juuliks ette valmistada.

Sotsiaalkomisjoni esimehe Õnne Pillaku sõnul jõudis sotsiaalkomisjon 7. mai istungil otsusele, et seaduse jõustumise edasilükkamine on vajalik. „Me ei saa riskida, et arstiabi kättesaadavus halveneb. Kindlustusandjad ei pruugi jõuda kõiki soovijaid ära kindlustada ja nad on seda ka ise öelnud. Hetkel oleks ainult üks kindlustuspakkuja, kes patsiendivastutuse kindlustust tervishoiuasutustele pakuks, ja tema võib selle hinna nii üles lüüa, et tervishoiuteenuse osutaja ei suuda seda kinni maksta,“ räägib Pillak.

Ta jätkab, et nii võime olla 1. augustist olukorras, kui kõik perearstid ei jõua end ära kindlustada, ja selle tõttu võidakse neilt tegevusluba ära võtta. „Sellel me ei saa lasta juhtuda,“ tõdeb Pillak. Ta lisab, et ei oskagi täpselt öelda, mille taha probleemide lahendamine on jäänud. „Oleme praeguse seisuga (13. mai, toim) sotsiaalkomisjonis läbi rääkinud kolm olulist teemat: esiteks, seadus jõustuks 1. novembrist, teiseks lepituskomisjoni teema ja kolmandaks, et

aastal 2029 oleks vaja teha kogu süsteemile järelhindamine, kaardistada kõik head ja vead, sest tegemist on uue seadusega,“ ütleb Pillak.

Lepituskomisjon on selleks, et patsientidele jääks ka pärast kindlustusseltsilt otuse saamist võimalus pöörduda komisjoni poole otsuse vaidlustamiseks, kui ta otsusega ei nõustu. Lepituskomisjon luuakse terviseameti juurde.

„Küsisin komisjonis kõigilt pooltelt, ka arstide liidult, kas neile sobib, kui vormistame seaduse jõustumise novembrisse. Arstide liidu president Neeme Tõnisson ei öelnud 7. mai istungil selle kohta mingit vastuväidet ehk sisuliselt võis siit välja lugeda, et nad olid nõus. Eelnevalt olid kõik ettepanekud kättesaadavad ja EAL ei saa väita, et nad ei olnud kaasa,“ lisab Pillak.

Ametnikud olid alul teist meelt

Veel veebruaris oli sotsiaalministeerium seda meelt, et edasilükkamine ei ole vajalik. Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvõrgu juht Heli Paluste ütleb, et sotsiaalministeeriumi poolt nad esialgu edasi lükkamise ettepanekut ei toetanud.

„Nõustusime sellega pärast mitut riigikogu liikmete algatatud arutelu. Kindlustussektori valmisolek on süsteemi käivitumiseks võtmetähtsusega. Neli kuud viivitust on selle juures vähem oluline,“ nendib Paluste. „Sotsiaalkomisjon arutas 7. mai koosolekul, kuhu olid kaasatud kõik pooled, sh kindlustusseltside liit ja arstide liit, muudatusettepanekud üksikhaaval läbi. Arstide liidu esindaja EKSL-i ettepaneku kohta jõustumist edasi lükata vastuväiteid ei esitanud,“ kinnitab ta Pillaku sõnu.

Rehema ütleb nende etteheidete peale, et mainitud sotsiaalkomisjoni koosoleku päevakorras olid muud punktid, muudatused puudutasid põhiliselt perearstiabi ja tervisekeskusi. EAL oli eelmaini-

Heli Paluste,
sotsiaalministeeriumi
tervishoiuvõrgu juht

Kindlustussektori valmisolek on süsteemi käivitumiseks võtmetähtsusega.



Kindlustusseltside liidu juht Mart Jesse.

FOTO: KERSTI NIGLAS

tud eelnõu kohta andnud arvamuse ja seetõttu olid nad ka komisjoni istungil. „Eelnõuga oli liidetud ka mõne teise seaduse muutmine, kuid tuleb rõhutada, et patsiendikindlustuse seaduse muudatust, mille jõustumine edasi lükkub, esimese lugemise läbinud eelnõus ei olnud. Nagu näha istungi protokollist, seda ka pike-malt ei arutatud: kindlustusseltsid esitasid oma ettepaneku ja sotsiaalministeerium teatas, et nendega on kokku lepitud,“ ütleb Rehemaa. Ta jätkab: „Selline asjade käik oli ootamatu ja EAL-i ametlikku seisukohta esitamiseks veel polnud. Eestseisus kujundas selle pärast sotsiaalkomisjoni koosolekut. 13. mail pöördusime komisjoni ja terviseministri poole ning avaldasime ka pressiteate. Tegime ettepaneku pikendada lepingute sõlmimise perioodi,“ selgitab Rehemaa. Tema kinnitusel nad oma pöördumisele nädal hiljem veel vastust saanud ei olnud.

Seadust välja töötatud 13 aastat

Rehemaa sõnul on kogu patsiendikindlustuse loomise tempo olnud „muljetavaldav“ – alustati aastal 2011. „Arutelud ja seaduseelnõu koostamine kestsid üle kümne aasta ja osalesid kõik, keda see vähegi puudutab: sotsiaal- ja justiitsministeerium, terviseamet, haigekassa, arstide liit, perearstide selts, haiglate liit, öde-de liit, patsientide liit, kindlustusseltside liit, vandeadvokaat Ants Nõmper,“ loetleb Rehemaa seotud pooli.

Seaduse vastuvõtmiseni jõuti enam kui kaks aastat tagasi. „Selle käivitumise tegelik aeg pole ka praegu teada, sest kes garanteerib, et esimene edasilükkamine viimaseks jääb? Seega oli ettevalmistusaeg pikk ja praegu edasilükkamiseks toodud argumendid on pigem ettekäänded, mitte põhjused,“ hoiatab Rehemaa järjekordse kummivenitamise eest.

Jesse sõnul on oluline silmas pidada, et seadusega ettenähtud kuuajaline üleminekuperiood alates 1. juulist langeb puhkuste perioodi. „See tooks kaasa selle, et seadus oleks küll jõus, kuid seda ei saa täita ja ka terviseamet ei saa selle täitmist nõuda, sest teenust turul ei pakuta,“ toob Jesse välja ebakõlad.

Ta lisab seiga, et paljud tervishoiuteenuse osutajad kuuluvad riigile või kohalikele omavalitsustele, peavad kindlustuskaitse hankimiseks korraldama riigihanke ja selle tegemine võtab lihtsalt aega. „Nende puhul ei ole see nii lihtne nagu eraõiguslikel asutustel, et saadavad kirjad välja, et palun tehke nüüd pakkumisi. Riigihanke tegemine on pikk ja keeruline protsess, mida ühe kuuga ära ei korralda,“ toob Jesse välja.

Rehemaa kinnitusel on et terviseamet lubanud, et kindlasti ei hakka automaatselt kellegi tegevusluba ära võtma ega tegevust peatama. „Kindlustajate ja ministeeriumi läbirääkimiste käigus muundus lepingute sõlmimise perioodi pikendamise ettepanek kogu seaduse jõustumise edasilükkamise ettepanekuks. Miks, millal ja kuidas see juhtus, me ei tea,“ on Rehema häämingus.

Haiglate andmebaasides ei ole täit valmisolekut

● Regionaalhaigla kestliku arengu teenistuse juhataja Priit Tohver sõnul vastab regionaalhaigla patsiendihutusjuhtumite (POJUde) kogumise ja analüüsimise süsteem kohustusliku patsiendikindlustuse seaduses välja toodud nõuetele. „Küll aga ei ole meie patsiendihutusega seotud infosüsteemid veel liidestunud loodava riikliku patsiendihutuse andmekoguga POHAK. See tähendab, et haigla infosüsteemis registreeritud POJU ei liigu veel automaatselt riiklikku andmekogusse, vaid tuleb manuaalselt sisestada,“ ütleb Tohver, lisades, et patsiendihutusjuhtumite automaatselt regionaalhaigla süsteemidest riiklikesse süsteemidesse liikumiseks on infosüsteemide vahel vaja luua liides. See tegevus jääb tema sõnul aastasse 2025, kuna praegu ei ole tehnilist spetsifikatsiooni, et loodava POHAKuga liidestustegevusi planeerida.

Lääne-Tallinna keskhaigla juhatuse liikme ja õendusjuhi Aleksei Gaidajenko sõnul on neil haiglasiseselt olemas toimiv süsteem, kuid endiselt valitseb teadmatus, kuidas hakkab toimuma terviseameti teavitamine ohujuhtumitest. „Rakendusaktid seaduse täitmiseks, sh vasta-ministri määrused, ei ole endiselt avalikustatud ja seetõttu ei ole meile veel täpselt teada, milliste nõuetele peab ohujuhtumite teavitamine infosüsteem vastama. Vajame riigilt kindlaid juhiseid, et saaksime sellega edasi liikuda,“ ütleb ta.

Tartu ülikooli kliinikumi õenduse ja patsiendikogemuse juhi Ilona Pastaruse sõnul on neil patsiendihutusjuhtumite infosüsteem (POI) käigus juba 12 aastat, sama infosüsteemi on üle võtnud või seda tegemas kümme haiglat üle Eesti. „Seoses riikliku patsiendihutuse andmekoguga vajab meie olemasolev patsiendihutusjuhtumite infosüsteem täiendamist lisaväljade ja loendite osas, mille saame ära teha käesoleval aastal. Andmevahetuseks patsiendihutuse andmekoguga on aga vajalikud suuremahulised elektroonilise haigusloo ja POI arendused, mis on plaanitud 2025. aastasse.”

Tasub teada: Praegune seis

● Heli Paluste sõnul jõustuvad kõik seadused ja nende muudatused alles siis, kui need on riigikogu täiskogul II ja III lugemise läbinud ja president on need välja kuulutanud.

● IT arenduste kohta kinnitasid nii TEHIK kui ka terviseamet, et esimese etapi arendused, mis on vajalikud süsteemi käivitumisel - terviseameti infosüsteemi MEDRE ja liikluskindlustusfondi X-tee-liidestus on tehniliselt valmis. Andmed liiguvad testkeskkondade vahel korrektselt ja käivad turvatestid.

● Arendus on 1. juulist kasutusvalmis. II etapi arendustööd ehk automaatne aruandlus on tegemisel ja selle tähtaeg on detsember 2024, see aga ei takista süsteemi käivitamist.

Loe ka juhtkirja lk 3.

Veinar samal teemal 11.06:
pood.aripaev.ee/patsiendikindlustus

Mis vaevab naise südant?

Diagnostika Naisi uuritakse vähem ja ravi hilineb

Anu Hedman

Ida-Tallinna keskhaigla
südamekeskuse kardioloog

Oleme arstidena harjunud mõtlema, et mehed on kardiaalses mõttes nõrgem sugu. Nii see paljuski ongi. Teada on, et naise süda on samas ohus kui meestel, lihtsalt aastakümme hiljem. Viimane Euroopa ateroskleroosi seltsi konsensusdokument juhib tähelepanu naiste murettekitavalt kiiresti tõusvale suremustrendile aterosklerootilise kardiovaskulaarhaiguse (AKVH) tõttu mitte ainult pärast menupausi, vaid ka juba nooremas eas ①.

Alla 65aastaste patsientide seas on meestel absoluutne AKVH tüsistuste arv suurem, kuid nii USA kui ka Euroopa andmete alusel on KVH suremuse kiireim tõus just 45–65aastaste naiste hulgas ②. Kui meestel on elu esimene KV tüsistus müokardi infarkt pärast 70ndat eluaastat, siis naistel ajuinfarkt juba alates 60. eluaastast ③.

Naiste aterosklerootilise südamehaiguse diagnoos hilineb, kuna naiste sümptomaatika on KV haiguste korral atüüpiline ja alahinnatud. Sellest tulenevalt uuritakse naisi vähem ning tõendus põhise ravi alustamine hilineb. Naise müokardi infarkt on sageli „vaikne ja maha magatud“. Seetõttu hilineb ägeda müokardi infarkti puhul naistel nii haiglaelne kui ka haiglasine käsitlus, põhjustades ka kõrge-ma haiglasise südamesuremuse, sama trend esineb ka ägeda insuldi puhul ④, ⑤.

Haiguspiilt meestest erinev

Kardioloogidena näeme igapäevaselt, et naiste koronaarkahjustus kulgeb meestest erinevalt. Meestel esineb sagedamini klassikalist obstruktiivset koronaarhaigust, kus aterosklerootilised naastud on lipiidi- ja kaltsiumirikkad ning õhema fibrooskapsliga, põhjustades kergemini naastu ruptuuri ning ägedat koronaarsulgust just < 65aastaste hulgas.

Naiste koronaararterite kaliiber on väiksem, naastud stabiilsemad ning paiknevad arterites ühtlasemalt. Seetõttu esineb naiste hulgas rohkem difuusset mitteobstruktiivset koronaarkahjustust, mikrovasculaarset haigust ja vasospastilist stenokardiat.

Koronaaride kaltsiumiskooril on tänapäeval oluline koht, hindamaks pärgarterite kahjustuse ulatust kompuuterangiograafia uuringu abil. Kui koronaaride kaltsiumiskoor on näiteks 100–300 Agastoni ühikut, siis on naiste KV suremusrisk võrreldes meestega 30% võrra kõrgem. Kui



Kardioloog Anu Hedman toob välja erinevused naiste ja meeste südamehaigustes.

FOTO: JULIA-MARIA LINNA

kaltsiumiskoor ületab 300, siis soolised erinevused kaovad ning patsienti soovitatakse käsitleda juba vastavalt sekundaarse preventiooni ravijuhistele.

Riskifaktorid on sooülesed

Traditsioonilised riskifaktorid on sooülesed, kuid nende riskide roll ateroskleroosis on sugupooltel erinev. Näiteks on meestel diabeeti naistest rohkem, ent diabeediga seotud KV suhteline risk on naistel igal eluetapil suurem. LDL-kolesterool (LDL-K) tõuseb naistel alates 60. eluaastast meestest kõrgemale.

Seevastu lipoproteiin (a) ehk Lp(a) on naistel meestest kõrgem juba alates 40. eluaastast ⑥. Lp(a) on ateroskleroosi maastikul praeguseks teada kui oluline KV riski lisamarker. Lp(a) on seotud LDL-K ja apolipoproteiin B molekuliga, mistõttu on Lp(a)d nimetatud ka LDL-kolesterooli alavormiks.

On arvatud, et Lp(a) sisaldus LDL-K molekulis on ligikaudu 30%. Et Lp(a) osakaal võib LDL-K molekuli sees olla vägagi erinev, soovitab konsensusdoku-

Näiteks on meestel diabeeti naistest rohkem, ent diabeediga seotud KV suhteline risk on naistel igal eluetapil suurem.

ment Lp(a) sisaldust eraldi mõõta ja seda tänapäeval ka tehakse. Lp(a) väärtus > 125 nmol/l on rahvusvaheliselt kokku lepitud kõrge-nud KV riski otsustuspiir. Lp(a) tuleks integreerida KV riskiskoori konteksti neil, kel LDL-K on kõrge. Ravijuhis soovib Lp(a)d mõõta kord elus ja eriti juhtudel, kui tegemist nn hallis riskitsoonis ehk mõõduka KV riskiga patsientidega.

Kõrge-nud Lp(a) mängib eriti olulist rolli perekondliku hüperkolesteroleemia (PH) koronaarriski hindamisel. Kõrge Lp(a) väärtus tõstab PH korral MI riski viis korda ⑦. Perekondliku hüperkolesteroleemia kontekstis on naised nõrgem sugu.

Nagu teistegi südamehaiguste puhul, diagnoositakse PH naistel 7–10 aastast meestest hiljem. KV tüsistustega hospitaliseerimise risk on PH puhul naiste hulgas seetõttu suurem juba 30. eluaastast. PHga naistel võib raseduse ja imetamisega seoses statiinraviga tekkida isegi kuni 12aastane paus, suurendades oluliselt aastate jooksul kogunenud kolesteroolikoormust.

Jätkub lk 12



rosuvastatiin/perindopriil/indapamiid
Õhukese polümeerikattega tabletid



Kolmekordne jõud ÜHES TABLETIS

ROXIPER (rosuvastatiin, perindopriil, indapamiid)

10mg/4mg/1, 25mg N30, 10mg/8mg/2, 5mg N30
20 mg/4 mg/1,25 mg N30, 20 mg/8 mg/2,5 mg N30

Näidustused:

- Essentsiaalne hüpertensioon,
- primaarne hüperkolesteroleemia (tüüp IIa, sealhulgas heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia),
- segatüüpi düslipideemia (tüüp IIb) või
- homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia



RETSEPTIRAVIM. Müügiloa hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501, Sloveenia.
Täiendav teave on saadaval müügiloa hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d., Novo mesto, Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, Eesti. Tel: +3726671658.



Algus lk 10

Raseduse kulg ennustab edasist südame-tervist

Anu Hedman

Ida-Tallinna keskhaigla
südamekeskuse kardioloog

Naised on juba sünnist saadik teistmoodi ja naistel on riskid, mida meestel ei ole.

Üha rohkem on tähelepanu keskmesse tõusnud naissooga seotud nn mittetraditsioonilised kardiaalsed riskifaktorid. Südamehaiguse kahtlusega naise käest võiks alati küsida rasedusaegse tervise ja menopausi alguse kohta.

On teada, et rasedusaegse hüpertensiooniga naistest saavad tõenäoliselt aastate pärast hüpertoonikud. Gestatsiooni diabeet anamneesis vajab diabeedi skriinimist ka aastate pärast, kuna rasedusaegne diabeet tõstab hilisemas eas diabeedi riski rohkem kui seitse korda ①.

Diabeetikul tuleks statinravi alustada juba esimesest diagnoosimise päevast, aga raseduse ajal tekkinud diabeedi korral mitte. Polütsüstiliste munasarjade sündroom on seotud kahekordse ajuinsuldi ja müokardi infarktiga hilisemas eas.

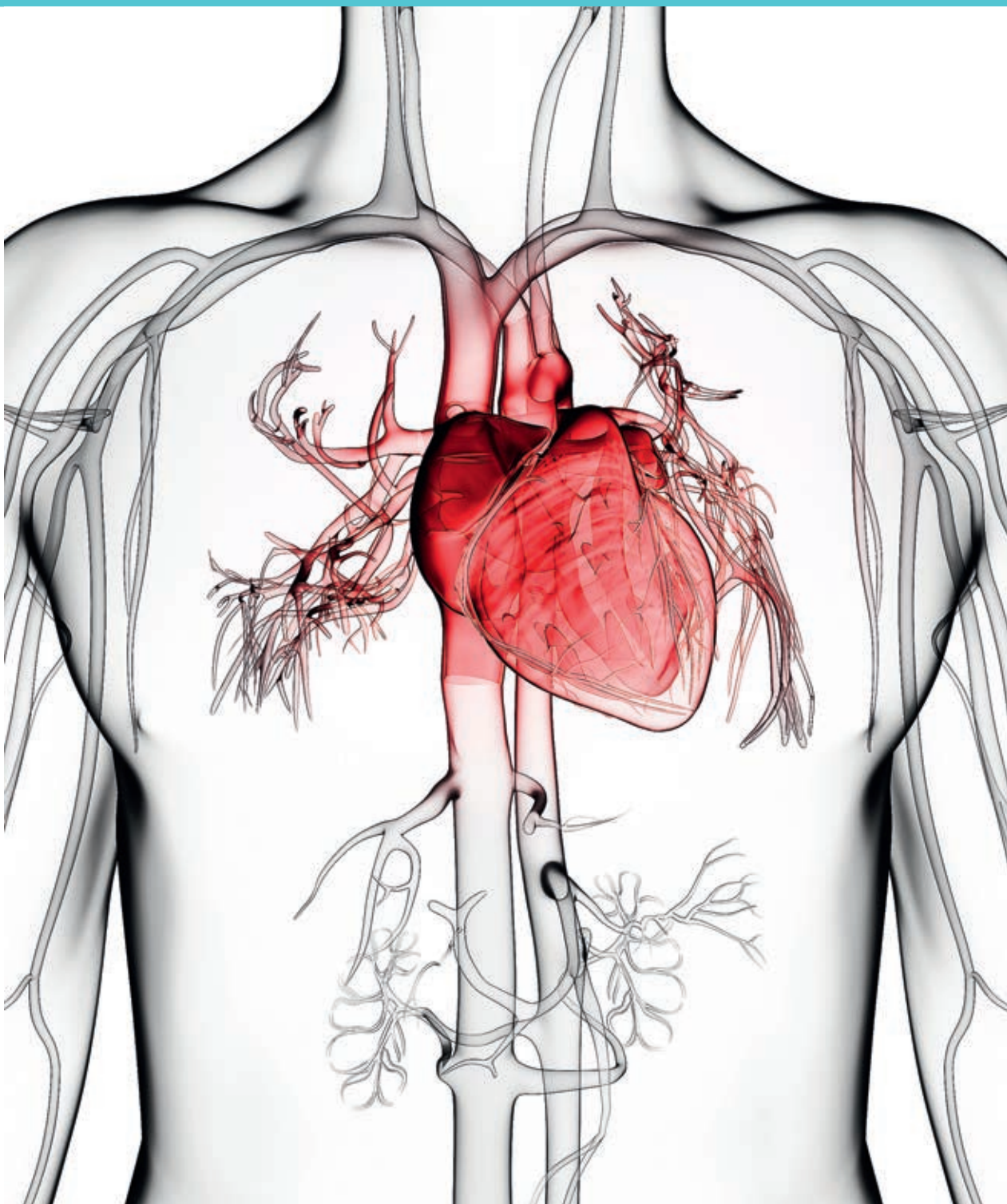
Menopausi mõju

Samuti on varane (<45 a) ja väga varane (<40 a) menopaus seotud kõrgema KV riskiga. Menopausis kaob naistele evolutsiooniliselt kaasa antud östrogeeni kaitsev toime. Suuremahuliste ülevaateuringute valguses kahjuks östrogeenasendusravi naise südant menopausis enam ei kaitse, kuna organismis on tasapisi juba enne menopausi jõudmist toimunud mitmesuguseid protsesse, mida pelgalt östrogeeniga ei lahenda. Naiste hulgas on pärast menopausi võrreldes meestega ka rohkem ülekaalulisust ja füüsilist inaktiivsust. USA juhised soovivad preeklampsia ja väga varase menopausi anamneesis naistele statinravi ②.

Seega on naiste südameprobleemid

saanud fookusesse ravijuhistes ja konsensusdokumendis. Ateroskleroos hiilib meie sisse aeglaselt ja on sooiline, kuid õnneks on selle ohjamiseks arstide kätes väga võimas, kulutulus ja lihtsasti kättesaadav ravimiarsenal. Veelgi tähtsam on ateroskleroosi ohjamisse kaasata ka patsient, et meie kaaskodanikel oleks mitte ainult pikem, vaid ka oluliselt parem elu.

Diabeetikul tuleks statinravi alustada diagnoosi esimesest päevast.



Ateroskleroos edeneb kehas aeglaselt.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kirjandusallikad:

1. Roeters Van Lennep, J. E., Tokgözoğlu, L. S., Badimon, L., Duman, S. M., Gulati, M., Hess, C. N., Holven, K. B., Kavousi, M., Kayikçioğlu, M., Lutgens, E., Michos, E. D., Prescott, E., Stock, J. K., Tybjaerg-Hansen, A., Wermer, M. J. H., & Bønn, M. (2023). Women, lipids, and atherosclerotic cardiovascular disease: a call to action from the European Atherosclerosis Society. In *European Heart Journal* (Vol. 44, Issue 39, pp. 4157–4173). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad472>
2. Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., de Smedt, D., Gale, C. P., Maggioni, A. P., Petersen, S. E., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., de Benito Rubio, V., Ignatiuk, B., Rassi-Estabragh, Z., Pawlak, A., Karagiannis, E., Treskes, R., Gaita, D., Beltrame, J. F., Achenbach, S. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal* 2022; 43(1), 716–799. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>
3. Pana, T. A., Mamas, M. A., Wareham, N. J., Khaw, K.-T., Dawson, D. K., & Myint, P. K. Sex-specific lifetime risk of cardiovascular events: the European Prospective Investigation into Cancer-Norfolk prospective population cohort study. *European Journal of Preventive Cardiology* 2024, 31(1), 230–241. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad283>
4. Holtzman, J. N., Kaur, G., Hansen, B., Bushana, N., & Gulati, M. (2023). Sex differences in the management of atherosclerotic cardiovascular disease. In *Atherosclerosis* (Vol. 384).

Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2023.117268>

5. Gasbarrino, K., di Iorio, D., & Daskalopoulou, S. S. (2022). Importance of sex and gender in ischaemic stroke and carotid atherosclerotic disease. *European Heart Journal*, 43(6), 460–473. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab756>

6. Langlois, M. R., Nordestgaard, B. G., Langsted, A., Chapman, M. J., Aakre, K. M., Baum, H., Borén, J., Bruckert, E., Catapano, A., Cobbaert, C., Collinson, P., Descamps, O. S., Duff, C. J., von Eckardstein, A., Hammerer-Lercher, A., Kamstrup, P. R., Kolovou, G., Kronenberg, F., Mora, S., ... Laitinen, P. (2020). Quantifying atherogenic lipoproteins for lipid-lowering strategies: Consensus-based recommendations from EAS and EFLM. In *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* (Vol. 58, Issue 4, pp. 496–517). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/cclm-2019-1253>

7. Bellamy, L., Casas, J.-P., Hingorani, A. D., & Williams, D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 373(9677), 1773–1779. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60731-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60731-5)

8. Grundy, S. M. Et al (2019). 2018 AHA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 139(25). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000625>



Näidustused: ¹

Ranexa (ranolasiin) on näidustatud **lisaravimina** sümptomaatiliseks raviks stabiilse stenokardiaga täiskasvanud patsientidele, **kelle haigus esmavaliku stenokardiaravimitega** (nt beetablokaatorid ja/või kaltsiumi antagonistid) **piisavalt kontrollile ei allu või kes neid ravimeid ei talu.**

Muudatus väljakirjutamise tingimustes soodusmäära 75/90% korral alates 01.04.2024 ²
Diagnoosikood I20
Esmase väljakirjutamise õigus kardioloogil ja sisearstil*



Algannus: ¹
375 mg kaks korda päevas



2-4 nädala pärast: ¹
500 mg kaks korda päevas



Maksimaalne annus: ¹
750 mg kaks korda päevas

Annustamine: ¹

Täiskasvanud: Ranexa (ranolasiin) soovituslik algannus on 375 mg kaks korda päevas. Annust võib suurendada 2-4 nädala pärast tasemeni 500 mg kaks korda päevas ja titreerida olenevalt patsiendi ravivastusest täiendavalt soovitatava maksimaalse annuseni 750mg kaks korda päevas.

Raviga seotud kõrvalnähtude (nt pearinglus, iiveldus või oksendamine) tekkimisel võib osutada vajalikuks titreerida Ranexa (ranolasiin) annust väiksemaks, tasemele 500 mg või 375 mg kaks korda päevas. Kui sümptomid pärast annuse vähendamist ei kao, tuleb ravi katkestada.

Enne ravimi väljakirjutamist palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttega (kinnitatud oktoobris 2020).

Vastunäidustused: ¹

Ülitundlikkus toimeaine või ravimi ükskõik millise abiaine suhtes. Raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens < 30 ml/min). Mõõdukas või raske maksakahjustus. Tugevate CYP3A4 inhibiitorite (nt itrakonasool, ketokonasool, vorikonasool, posakonasool, HIV proteaasi inhibiitorid, klaritromütsiin, telitromütsiin, nefasodoon) samaaegne kasutamine. Ia klassi (nt kinidiin) või III klassi (nt dofetiliid, sotalool) antiarütmikumide, välja arvatud amiodarooni samaaegne manustamine.

Kõrvaltoimed: ¹

Ranexat (ranolasiini) kasutataval patsientidel tekkivad kõrvaltoimed on üldjuhul kerged kuni mõõdukad ning tekivad sageli ravi 2 esimese nädala jooksul. Sageasemad kõrvaltoimed ($\geq 1/100$ kuni <1/10) on: pearinglus, peavalu, kõhukinnisus, oksendamine, iiveldus, asteenia.
Vt ravimi omaduste kokkuvõtte. www.ravimiamet.ee

Hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel: ¹

Ettevaatlik peab olema ranolasiini määramisel või annuse suuremaks tiitrimisel patsientidele, kelle puhul eeldatakse kokkupuute suurenemist: mõõdukate CYP3A4 inhibiitorite samaaegne



***III-IV funktsionaalse klassi stenokardia vaatamata adekvaatsele antiisheemilisele ravile (beeta-adrenoblokaator, kaltsiumikanali blokaator ja pika toimega nitropreparaat) või need ravimid on vastunäidustatud ja on teostatud koronaarhaiguse invasiivne uurimine ning võimalusel revaskulariseerimine²**

manustamine; P-gp inhibiitorite samaaegne manustamine; kerge maksakahjustus; kerge või mõõdukas neerukahjustus (kreatiniini kliirens 30–80 ml/min); eakad; väikese kehakaaluga patsiendid (≤ 60 kg); mõõduka või raske kongestiivse südamepuudulikkusega patsiendid (NYHA III-IV klass).
Vt ravimi omaduste kokkuvõtte. www.ravimiamet.ee

Teoreetiline oht on, et ranolasiini samaaegne kasutamine ravimitega, mis teadaolevalt pikendavad QTc-intervalli, võib tekitada farmakodünaamilise koostoime ja suurendada võimalikku ventrikulaarsete arütmiate riski. Sellised ravimid on näiteks teatavad antihistamiinid (nt terfenadiin, astemisool, misolastiin), teatavad antiarütmikumid (nt kinidiin, disopüramiid, prokainamiid), erütromütsiin ja tritsüklilised antidepressandid (nt imipramiin, doksepiin, amitriptüliin). ¹

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud oktoobris 2020).

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

MÜÜGILOA HOIDJA:

Menarini International Operations Luxembourg S.A. 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luksemburg.

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:

Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612, Eesti. Tel. 667 5001.

Retseptiravim.

Koostatud aprillis 2024. EE-RAN-02-2024-V1-Print.

Patsient vajab terviklikku käsitlemist ja organikaitse peab algama kohe

Evelin Raie

Järveots perearstikeskuse perearst

8. mail toimunud konverentsil “Kaitsetahe” keskendusid lektorid SGLT-2 inhibiitorite ravimirupile, mis lubab organikaitsele mitmetahuliselt läheneda. Kui esmalt oli ravimirühm kasutusel II tüüpi diabeedi ravimina, siis peatselt jõudsid SGLT-2 inhibiitorid ka kardioloogide ja nefroloogide vaatevälja, lubades patsienti senisest terviklikumalt käsitleda.

Konverents algas seda modereerinud perearst Piret Rospu ja patsiendi vestlusega. “Kaitsetahe võib väljenduda mitmeti – kasvõi soovis oma tervist kaitsta ja teha senisest paremaid eluviisivalikuid,” tõdes patsient, kes on oma eluviisi muutnud ja muutustele truus jäänud.

Arsti vaadet pakkusid mitmesuguste erialade esindajad, kelle ühine eesmärk on patsiendi tervist kaitsta.

Diabeetik vajab veresuhkru kontrolli enamast

II tüüpi diabeet (DM2) ja sellega kaasnevad haigused ning tüsistused on igapäevases praktikas kasvav probleem. Sellest, kuidas hoida diabeetikust patsiendi tervist, rääkis Ida-Tallinna keskhaigla endokrinoloog Ülle Jakovlev.

Jakovlev tõi välja, et ainult hea glükeemilise kontrolliga ei saa diabeetiku puhul piirduda – oluline on kohe DM2 diagnoosimisel hinnata ka kardiovaskulaarset (KV) riski. Rakendada tuleb patsiendikeskset multidistsiplinaarset ravijuhistel põhinevat lähenemist, et parandada patsiendi prognoosi ja elukvaliteeti ning vähendada suremust.

Enamik diabeetikuid kuulub kõrge või väga kõrge KV riski rühma. Riski aitab hinnata näiteks SCORE2-Diabetesi kalkulaator, mis annab lähtuvalt riski suurusest ka soovituselise ravimivaliku tegemiseks.

Suurel osal (vähemalt kolmandikul) DM2-patsientidest on diagnoosi saamise hetkeks juba KV haigus. “Neil on suurem risk ka muude tüsistuste tekkeks (müokardiinfarkt (MI), insult, südamepuudulikkus (SP), krooniline neeruhaigus (KNH)),” rõhutas Jakovlev, lisades, et ka neeruhaigus ning DM2 esinevad sageli koos ja on seotud suurenenud suremusega.

“Kui teie vastuvõtule tuleb diabeediga patsient, vaadake, millise profiiliga ta on. Kui kaasuvana on ateroskleroosiline KV haigus, siis on soovitatav kohe alustada kombinatsioonraviga (SGLT-2 inhibiitor ja GLP1-agonist), mitte astmeliselt skeemi korrigeerida. Kui teil on SPga diabeetik, on samuti soovitatav kombinat-



Ainult hea glükeemilise kontrolliga ei saa diabeetiku puhul piirduda, kohe tuleb hinnata ka KV riski.

Ülle Jakovlev

sioonravi (metformiin+SGLT-2 inhibiitor, GLP1-agonist vastavalt individuaalsele vajadusele). KNH kaasumisel on jällegi soovituslik lisada metformiinile SGLT-2 inhibiitor ja edasiste otsuste tegemisel jälgida regulaarselt eGFRi (metformiin tuleks lõpetada, kui eGFR <30 ml/min/1,73m²), kirjeldas endokrinoloog.

Ravi intensiivsus sõltub ka patsiendi vanusest

Noortel, <40 aasta vanuses DM2 diagnoosi saanud patsientidel soovitas Jakovlev ravi alustada viivitusteta ning eelistada samu-

ti kombinatsioonravi, kuna haigus käitub neil patsientidel sageli agressiivselt. Patsiendil, kel KV haigust ega olulisi riskifaktoreid ei ole, on kasu väga heast veresuhkru kontrollist. Ülekaalulisel patsiendil on soovitatav kasutada eeskätt GLP-1 agonisti, aga ka SGLT-2 inhibiitorit.

“Vanemaalistel on mõistlik ravi tagasi tõmmata või raviskeemi lihtsustada. Peame lähtuma patsiendi ohutusest,” selgitas endokrinoloog.

Ägeda haiguse korral soovitas Jakovlev ravi SGLT-2 inhibiitoriga (dehüdratatsiooni korral diabeetilise ketoatsidoosi risk!) katkestada ning alustada uuesti 24–48 tundi pärast enesetunde normaliseerumist.

SGLT-2 inhibiitor on näidustatud kõikidele SP patsientidele

SGLT-2 inhibiitorite rollist SP ravis rääkis lähemalt kardioloog Martin Serg Põhja-Eesti regionaalhaiglast. Ta kinnitas, et SGLT-2 inhibiitorid vähendavad uuringute alusel oluliselt KV suremuse või SPst tingitud hospitaliseerimise riski ja on näidustatud kõigil sümptomaatilistel SP patsientidel sõltumata südame väljutusfraktsioonist.

Vastunäidustused on DM1, ketoatsidoosi esinemine anamneesis, rasedus ja rinnaga toitmine ning raske neerukahjustus (dapaglifloosiini puhul eGFR<25, empaglifloosiini eGFR <20). Ettevaatlik peab kardioloogi sõnul olema korduvate genitaal- või urotraktiinfektsioonide esinemisel ja hüpotensiooni (vererõhk <100 mmHg) korral. Vererõhu langus on Sergi sõnul siiski uuringute alusel väga tagasihoidlik.

Kuna on teada, et SGLT-2 inhibiitoritel on diureetiline toime, siis kuidas jätkata raviskeemi kuuluvate diureetikumidega? “Kui alustame SGLT-2 inhibiitoriga, siis on olemas hüpovoleemia risk. Oluline vedelikukaotus on küll harv, kuid uuringutes on näidatud, et see risk suureneb vanusega. Kui meil on üle 65 aasta vanune patsient, siis teatav risk on – eriti kui kasutame suuri diureetikumide annuseid, nt furosemiidi ≥40 mg päevas või torasemiidi ≥20 mg päevas,” selgitas kardioloog.

Hüperkaleemiat tema sõnul SGLT-2 inhibiitoriga alustamisel pigem kartma ei pea. “Paljudel SP-patsientidel on SGLT-2 inhibiitor ainus prognoosi parandav ravim,” märkis Serg.

SGLT-2 määramisel tuleb lähtuda konkreetselt patsiendist

Sellest, milline on SGLT-2 inhibiitorite osatähtsus neeruhaiguste ravis, tegi ülevaate nefroloog Evelin Seppet Lääne-Tallinna keskhaiglast.

“SGLT-2 inhibiitorite kasutamine vä-

hendab uuringute alusel KNH progresseerumise ja ägeda neerukahjustuse tekkeriski mitte ainult suure KV riskiga DM2 haigetel, vaid ka KNH või SP patsientidel sõltumata diabeedi staatusest, KNH algpõhjusest või neerufunktsioonist,” selgitas Seppet. Ta lisas, et ravimirühma kasutamisel KNHga patsientide pole esinenud tõsiseid kõrvaltoimeid, kuid esineb oluliselt rohkem urogenitaalinfektsioone. “SGLT-2 inhibiitoritest saadav kasu kaalub üles võimaliku kahju, kuid alati tuleb lähtuda konkreetselt patsiendist,” rõhutas Seppet.

Lisaks SGLT-2 inhibiitoritele rääkis nefroloog viimases ravijuhendis (“Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitlemine”) soovitatud teistest KNH progressiooni pidurdavatest ravimitest – RAAS-inhibiitoritest ja mineralokortikoidretseptori antagonistidest. Ta rõhutas, et eelnevatele lisaks võiks KNH patsiendile määrata ka statiini. Kui monoterapia statiiniga ei taga LDL-kolesterooli sihtväärtust, on vajalik lisada skeemi esetemiib. “Kindlasti tuleks alustada statiinravi üle 50aastasel KNH patsiendil, kelle eGFR on <60 ml/min/1,73m², kuna selles rühmas on risk saada MI või surra koronaarhaigusesse ligilähedane varem MI põdenud haigete,” selgitas Seppet.

Tahe on emotsionaalne ja organikaitse reaalne vajadus

Konverentsi alustanud patsient jagas oma kogemusest, et inimene on laisk ja mugav ning peab muudatuste tegemiseks minema peaaegu viimase piirini.

Erialaspetsialistid rõhutasid ettekanetes, et organikaitsega ei saa oodata ja tõhusaima tulemuse saavad kardioloogilise metaboolse sündroomiga patsiendid, kui SGLT-2 inhibiitor on varakult lisatud raviskeemi.

Tervise kaitsetahe on emotsionaalne tunne ja organikaitse reaalne vajadus, millele on ratsionaalne lahendus – SGLT-2 inhibiitor:

- kui vastuvõtule tuleb diabeediga patsient, vaadake, millise profiiliga ta on. Kui kaasuvana on ateroskleroosiline KV haigus, on soovitatav kohe alustada kombinatsioonraviga (SGLT-2 inhibiitor ja GLP1-agonist), mitte astmeliselt skeemi korrigeerida;

- SGLT-2 inhibiitor on näidustatud kõigil sümptomaatilistele SP patsientidele sõltumata südame väljutusfraktsioonist. Paljudel SP patsientidel on SGLT-2 inhibiitor ainus prognoosi parandav ravim;

- SGLT-2 inhibiitorite kasutamine vähendab KNH progresseerumise ja ägeda neerukahjustuse tekkeriski sõltumata diabeedi staatusest, KNH algpõhjusest või neerufunktsioonist.



SÜDA VAJAB KAITSET?

**KAITSE
TAGAB**

Jardiance®
(empaglifloosiin)



El ole tegelik patsient.

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

NÄIDUSTUSED:

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

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

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

Südamepuudulikkus. Näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

Krooniline neeruhaigus. Näidustatud täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

ANNUSTAMINE:

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

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

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

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

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

Täielik info kõrvaltoimetest, erihoiatustest ja ettevaatusabinõud kasutamisel on leitav ravimi omaduste kokkuvõttest:

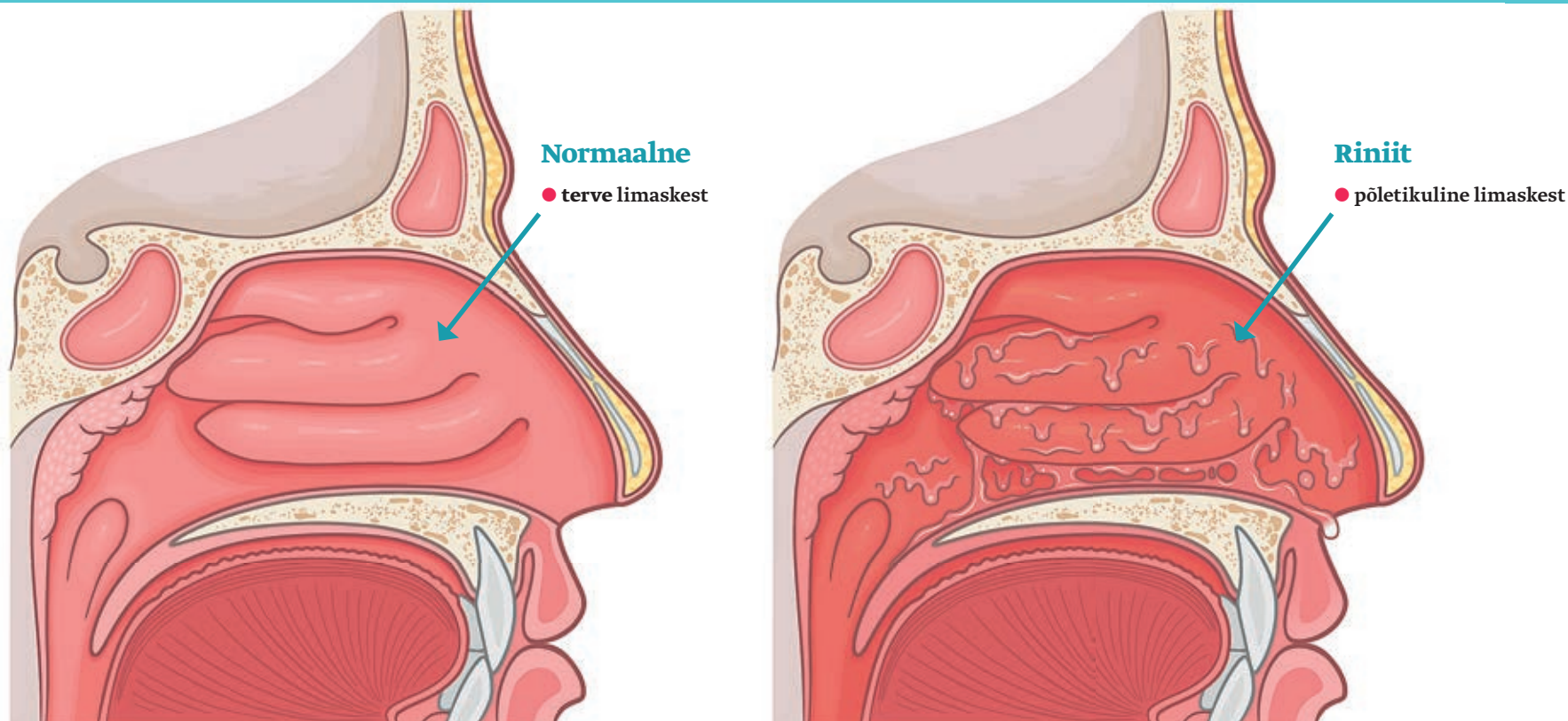
Jardiance, INN-Empagliflozin (europa.eu)



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

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

Tähtsat kõrvaltoimete kohta palume saata teade:
PV_local_Estonia@boehringer-ingelheim.com



Allergiline riniit avaldab olulist mõju elukvaliteedile

Maire Vasar

Tartu ülikooli kliinikumi
lastekliiniku vanemarst-õppejõud

Allergiline riniit (AR) on maailmas sageli esinev haigus, mis avaldab olulist mõju patsientide elukvaliteedile, töö- võimele ja õppeedukusele ning põhjustab märkimisväärsed majanduslikke kulusid. ARi esinemissagedus on hinnanguliselt 15-50 protsenti 0. Haiguse levimus saavutab haripunkti teise ja neljanda elukümnendi vahel ning hakkab seejärel järk-järgult vähenema.

AR on allergeenikontaktist põhjustatud ja IgE-vahendatud, hüperreaktiivsusega kulgev nina limaskestast põletik. Haiguse sümptomid on ninakinnisus, vesine eritis, aevastamine ja ninasügelus.

Selle haigusega võivad kaasneda tagumisest rinorröast põhjustatud krooniline köha, suuhingamisest norskamine ja unehäired, lõhnatundlikkuse vähenemine, peavalu, väsimus, tähelepanu- ja keskendumisraskused ning kõrvade ja suulae sügelus.

Diagnoosimine

Patogeneetiliste mehhanismide järgi liigitatakse nohu allergiliseks ja mitteallergiliseks. Hoolikalt võetud anamnees viitab sageli sellele, mis tüüpi nohuga on tegemist.

Nohu allergilist põhjust kinnitavad positiivsed allergiauurinud - nahatorketes-

Liigitamist raskendab ka asjaolu, et enamik ARiga patsiente on sensibiliseerunud nii õietolmude kui ka aastaringsete allergeenide suhtes.

tid või verest määratud allergeenspetsiifilised IgE antikehad. Väga oluline on tulemuste õige tõlgendamine, sest diagnoos põhinebki allergiasümptomite tekkel allergeeniga kokkupuutel.

Allergilist nohu esineb sagedamini atoopikutel. Enamikul, 80% astma ning 40% atoopilise dermatiidiga patsientidest on riniit ja 10-40% riniidiga patsientidest on astma 0,0. Mitteallergilise riniidi korral esinev nohu on põhjustatud mitteallergilistest, mittenakkuslikest teguritest ning allergiauurinud jäävad negatiivseteks. Uuringute põhjal esineb 44-87% inimestest aga allergiline ja mitteallergiline riniit koos 0 ja seetõttu ei pruugi haigusnähud olla alati puhtalt allergilised.

Klassifikatsioon

Traditsiooniliselt on AR jaotatud hooajaliseks ja aastaringseks ning just seda klassifikatsiooni kasutab USA toidu- ja ravimiamet (FDA) uute ARi ravimite heakskiitmisel 0. Aastaringse ARi kõige sagedasemad põhjused on kodutolmulest ja koduloomad, harvem hallitusseened. Hooajalist ehk sesoonset nohu põhjustavad tuultolmlevate taimede (kask, lepp, sarapu, heintaimed, umbrohtud) õietolm.

ARi vaevused võivad inimeseti suuresti varieeruda. Kerge riniit esineb siis, kui igapäevaelu ei ole häiritud ning ei esine tüsistusi ja/või allergilise riniidiga kaasuvaid haiguseid 0. Mõõduka/raske riniidi puhul on sümptomid häirivad või elukva-

liteeti mõjutavad (unehäired, häiritud igapäevaelu, sportimine ja vabaajategevus) ning esinevad tüsistused ja/või allergilise riniidiga kaasuvad haigused 0.

Uuem klassifikatsioon soovib sümptomite sageduse alusel jaotada ARi vahelduvaks (<4 päeva nädalas või <4 järjestikust nädalat kestev) ja püsivaks (≥4 päeva nädalas ja ≥4 järjestikust nädalat kestev) 0. Tuleb rõhutada, et vahelduv ja püsiv AR ei ole hooajalise ja aastaringse ARi sünonüümid.

Eelpool nimetatud klassifitseerimisel on ka mõningad piirangud. Näiteks klassifitseeritakse patsient, kellel on sümptomid kolm päeva nädalas aastaringset, "vahelduvaks", kuigi nad kuuluksid pigem "püsiva" nohuga patsientide hulka. Mõnel esineb nii hooajaline kui ka aastaringne nohu koos, mõnel aastaringne nohu koos mitteallergilise riniidiga, mõnel aastaringse riniidiga patsiendil on sümptomid perioodiliselt ning hooajalise riniidiga inimesel esinevad püsivad sümptomid. Arvestada tuleb ka sellega, et sama aeroallergeen võib geograafilises piirkonnas olla hooajaline või hoopis aastaringne. Liigitamist raskendab ka asjaolu, et enamik ARiga patsiente on sensibiliseerunud nii õietolmude kui ka aastaringsete allergeenide suhtes. Siiski soovitatakse ARi hindamist raskuse, sageduse ja allergeeniga kokkupuute järgi, kuna see aitab arsti kõige sobivama raviplaani määramisel.

Dymista®

aselastiin + flutikasoon



KIIRE TOIME ALGUSEGA ALLERGILISE RINIIDI RAVIM

**Parandab märkimisväärselt
elukvaliteeti leevendades ja
vähendades oluliselt**

→ NINASÜMPTOMEID

(sh rinorröa, ninakinnisus,
aevastamine ja ninasügelus)

→ OKULAARSEID SÜMPTOMEID

(sh sügelemine, pisaravool ja
silmade punetus)

võrdluses platseebo, ainult aselastiinvesinik-
kloriidi ja ainult flutikasoonpropionaadiga.

- Allergiliste
ninasümptomite
leevenemine **5 minutiga**
- **Põletiku- ja
tursevastane** toime
- **Pikaajaliseks
kasutamiseks**

Dymista (aselastiin+flutikasoon) 137 mikrogrammi/50 mikrogrammi annuses ninasprei, suspensioon 25 ml. Retseptiravim.
INN. *Azelastinum, fluticasonum*. Näidustus: Mõõduka kuni raske hooajalise ja aastaringse allergilise riniidi sümptomaatiline ravi,
kui monoteeraapia kas intranasaalse antihistamiinikumi või glükokortikoidiga ei ole piisav. Annustamine: Täiskasvanud ja noorukid
(12-aastased ja vanemad): üks pihustus kumbagi ninasõõrmesse kaks korda ööpäevas (hommikul ja õhtul). Täieliku ravitoime
saamiseks on vajalik regulaarne kasutamine. **Täielik teave on ravimi omaduste kokkuvõttes 02/2023.**

Müügiloa hoidja: Viatris Healthcare Limited, Damastown Industrial Park, Mulhuddart, Dublin 15, DUBLIN, Iirimaa.
Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: Viatris OÜ, Liivalaia 13, 10118 Tallinn.
DYM-2024-0149 03/2024



VIATRIS

Algus lk 16

Lisaks ravile on oluline nõustada patsienti ja tema lähedasi allergeenidest hoidumiseks

Maire Vasar

Tartu ülikooli kliinikumi
lastekliiniku vanemarst-õppejõud

ARi ravis on esmatähtis allergeenidest ja ärritajatest hoidumine, kuid kahjuks ei piisa sellest riniidi sümptomite kontrolli alla saamiseks. Oluline on nõustada patsienti ja tema lähedasi allergeenidest hoidumiseks.

Koolitus hõlmab ka ninasiseste ravimite manustamise õpetamist. Nõustamisel peab toonitama, et raviplaani järgimine on sümptomite leevendamisel ülioluline.

Artiklis toodud teaduspõhised ravisoovitused toetuvad 2021. ja 2023. aastal avaldatud konsensusdokumentidel [1](#), [2](#). Multidistsiplinaarse töörühma ravisoovituste tugevus või nõrkus peegeldab nii tõendus- põhisuse astet kui ka kliinilist olulisust.

Tugev positiivne soovitus (kindlasti kasutada)

- Ninasisest isotoonilist ja hüpertoonilist soolalahust tuleb kasutada ARiga patsientide esmavaliku ravina kas ükski või kombineerituna teiste ravimitega. Hüpertooniline soolalahus on osutunud lastel tõhusamaks.

- Hooajalise ARiga patsientidel tuleks esmaravimina eelistada intranasaalseid antihistamiinikume (INAH) aselastiinvesinikkloriidi või olopatadiinvesinikkloriidi. Neil on kiire toime algus, ninakinnisuse korral tõhusam kui suukaudne antihistamiinikum. INAH on aevastamise, ninasügeluse, rinorröa ja silmasümptomite puhul tõhusam kui intranasaalne kortikosteroid (INKS). Ninakinnisuse korral on see aga vähem tõhus kui INKS.

- Kerge vahelduvate sümptomitega ARi ravis tuleks kasutada teise põlvkonna antihistamiinikume (AH).

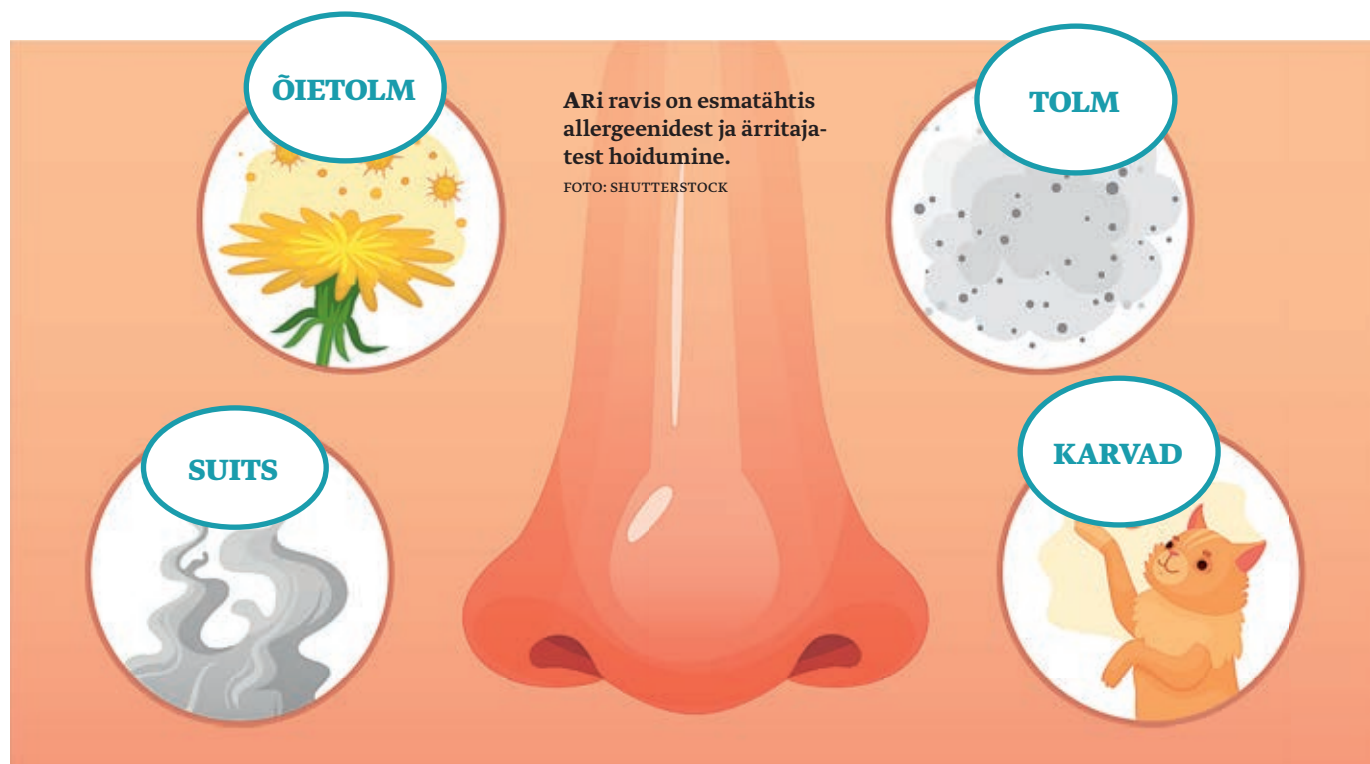
- Püsiva ARi monoterapias tuleks esmaravimina kasutada INKSi. INKS vähendab tõhusalt ARi nina- ja silmasümptomeid. Uuringud on näidanud paremat efektiivsust võrreldes suukaudse AHga. Hooajalise ARiga patsiendid peaksid alustama profülaktilist ravi INKSiga enne õietolmuhoogaega.

- Mõõdukate/raskete nasaalsete sümptomitega hooajalise ARi patsientidel vanuses ≥12 aastat tuleks esmaravina kasutada INKSi ja INAHi kombinatsiooni.

- Mõõduka/raske hooajalise ja aastaringse ARi puhul, mis monoterapiale ei reageerinud, tuleks teise valikuna kasutada INKSi ja INAHi kombinatsiooni.

Soovitus

- Ninasisest kromoglükaati tuleks kasutada teise valikuna püsiva rinorröaga patsientidel, kellel INKS või INAH ei ole efektiivne või lühiajaliselt ennetavalt enne kokkupuudet allergeeniga.



Nõrk positiivne soovitus (kaaluda)

- Patsientidel, kellel on raske limaskestaturse, mis halvendab teiste intranasaalsete ravimite manustamist, võiks kaaluda intranasaalse dekongestandi kasutamist kuni viiepäevase kuurina.

- Patsientidel, kellel on ninakinnisus, mis suukaudse AHga ei levene, võiks kaaluda pseudoefedriini lisamist.

- Eakatel ja alla nelja-aastastel lastel ning patsientidel, kellel on anamneesis südame rütmihäired, stenokardia, tserebrovaskulaarne haigus, kontrollimatu hüpertensioon, glaukoom, hüpertüreoidism või Tourette'i sündroom, võiks suukaudseid dekongestante kasutada ettevaatusega.

- Aastaringse ARiga patsientidel, kellel esineb peamiselt rinorröa, võiks kaaluda intranasaalse antikolinergilise aine ipratroopiumbromiidi kasutamist.

- Patsientidel, kellel on püsiv rinorröa, võiks kaaluda intranasaalse antikolinergilise aine ipratroopiumbromiidi lisamist INKSi.

Tugev negatiivne soovitus (mitte kasutada)

- Raseduse esimesel trimestril tuleks vältida suukaudseid dekongestante.

- Suukaudseid dekongestante ei tohi kasutada rutiinselt. Teatud juhtudel võib kombineeritud ravi koos suukaudse AHga olla kasulik raske ninakinnisuse leevendamiseks lühikese kuurina.

- ARi ravis ei tohiks võimalike riskide tõttu kasutada suukaudseid, süstitavaid ja ninasiseste tilkadena kortikosteroide.

Montelukast on ainus FDA heakskiidu saanud leukotrieenireseptori antagonist (LTRA) täiskasvanute ja üle kaheaastaste laste hooajalise ARi ravis ning täiskasvanute ja üle kuue kuu vanuste laste aastaringse ARi ravis [3](#). Alates 2020. aastast soovitab FDA montelukasti kasutamist tõsiste neuropsühhiaatriliste kõrvaltoimete tõttu piirata [4](#). Seetõttu soovitab konsensusdokumendi töörühm

- mitte kasutada LTRA montelukasti ARi ravis monoterapiana.

- mitte kasutada LTRA montelukasti koos suukaudse AHga esmaravina hooajalise ARi puhul. Kombinatsioonravi suukaudne AH+LTRA montelukasti kaaluda ainult siis, kui teised valikud on vastu näidustatud.

- mitte lisada LTRA montelukasti INKSile, kui INKS monoterapiat ei ole efektiivne. Kaaluda INKS+LTRA montelukasti ravi ainult kaasuva astma korral.

Mõõduka/raske ARi puhul, kui eelnev medikamentoosne ravi ei ole efektiivne või ei ole seda kõrvaltoimete tõttu võimalik tarvitada, võib alates 6. eluaastast kaaluda sublingvaalse või subkutaanse allergeenspetsiifilise immunravi tegemist. Kirurgiline ravi on näidustatud tüsistunud juhtudel või alumiste ninakarbikute väljendunud hüpertroofia puhul, et vähendada ninakarbiku mahtu ning leevendada seeläbi ninakinnisust.

AR on väga ebameeldiv haigus, millele kaasneb oluline elukvaliteedi langus – häiritud on igapäevategevused, lõhnaja maitsetundlikkus, ööuni. Patsiendid

sageli alahindavad ARi tõsidust ega otsi arstiabi. Tihti on esimene pöördumine apteeki ja kasutatakse regulaarselt ninasiseseid või suukaudseid dekongestante. ARiga patsientide tulemuslikul ravimisel on äärmiselt oluline apteekrite, perearstide, allergoloogide ja kõrva-nina-kurguarstide vaheline koostöö.

Kasutatud allikad

1. Wise SK, Damask C, Roland LT, Ebert C, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis - 2023. Int Forum Allergy Rhinol 2023;13(10):293-859. doi: 10.1002/alr.23090. Epub 2023 Mar 6.
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). Allergy 2008;63 Suppl 86:8-160.
3. Min YG. The Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis. Allergy Asthma Immunol Res. 2010;2:65-76.
4. Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration [Docket No. FDA-2000-D-0277]. Allergic Rhinitis: Developing Drug Products for Treatment; Guidance for Industry; Availability. Federal Register. 2018; 83: 45259-45260.
5. Bousquet J, Annesi-Maesano I, Carat F, et al. Characteristics of intermittent and persistent allergic rhinitis: DREAMS study group. Clin Exp Allergy 2005;35(7):728-732. https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2005.02274.x.
6. Bauchau V, Durham SR. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. Allergy 2005;60(3):350-353. https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2005.00751.x
7. Chief Editor(s); Joint Task Force on Practice Parameters; Workgroup Contributors. Rhinitis 2020: A practice parameter update. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2020;146(7):721-767. https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.07.007
8. Bousquet J, Schunemann HJ, Zuberbier T et al. Development and implementation of guidelines in allergic rhinitis - an ARIA-GA2LEN paper. Allergy 2010;65(12):1212-1221.
9. US Food and Drug Administration FDA requires Boxed Warning about serious mental health side effects for asthma and allergy drug montelukast (Singulair); advises restricting use for allergic rhinitis 2020: risks may include suicidal thoughts



Bilastiin OPEXA

Mittesedatiivne allergilise rinokonjunktiviidi ja urtikaaria sümptomeid leevendav antihistamiinikum¹

Nr1 Rx antihistamiinikum Eestis*



Bilastiin parandas elukvaliteeti^{1,2}

- Bilastiin kontrollis efektiivselt allergilise rinokonjunktiviidi sümptomeid ja leevendas urtikaaria sümptomeid^{1,a}
- Kauakestev toime: 24 tundi^{1,a}
- Bilastiini kesknärvisüsteemi ohutusprofiil oli sarnane platseeboga^{1,a}
- Unisuse esinemissagedus võrdne platseeboga^{1,a,b}
- Bilastiin üks kord ööpäevas ei mõjutanud autojuhtimise võimet ka annusega 40 mg^{1,c,d}



Opexa, 20 mg tabletid.

Üks tablett sisaldab 20 mg bilastiini. **Retseptiravim.**

Näidustused: allergilise rinokonjunktiviidi (hooajaline ja aastaringne) ja urtikaaria sümptomaatiline ravi. Bilastiin on näidustatud täiskasvanutele ja noorukitele (12-aastased ja vanemad).

Annustamine: täiskasvanud ja noorukid (12-aastased ja vanemad) 20 mg bilastiini (1 tablett) üks kord ööpäevas allergilise rinokonjunktiviidi (hooajaline ja aastaringne) ja urtikaaria sümptomaatiliseks raviks.

Tablett tuleb sisse võtta üks tund enne või kaks tundi pärast sööki või puuviljamahla joomist.

Vastunäidustused: ülitundlikkus toimeaine või abiainetega suhtes.

Kõrvaltoimed: unisust, peavalu, pearinglust ja väsimust täheldati nii 20 mg bilastiini saanud patsientidel kui ka platseebot saanutel. Teatatud sagedus oli 3,06% vs. 2,86% unisuse puhul; 4,01% vs. 3,38% peavalu puhul; 0,83% vs. 0,59% pearingluse puhul ja 0,83% vs. 1,32% väsimuse puhul.

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

MÜÜGILOA HOIDJA: Menarini International Operations Luxembourg S.A. 1, Avenue de la Gare L-1611

Luxembourg. **Täiendav info:** Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612. Tel 667 5001.

ERIHOIATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL: Lapsed: Bilastiini ohutus ja efektiivsus lastel vanuses alla 2 aasta ei ole tõestatud ning lastel vanuses 2...5 aastat on kliinilisi kogemusi vähe, mistõttu bilastiini ei tohi nendes vanuserühmades kasutada. **Mööduka või raske neerukahjustusega patsientidel** võib bilastiini manustamine koos P-glükoproteiini inhibiitoritega, nagu ketokonasool, erütromütsiin, tsüklosporiin, ritonaviir või diltiaseem, suurendada bilastiini plasmasisaldust ja seetõttu ka bilastiini kõrvaltoimete tekkeriski. **Seetõttu tuleb mööduka või raske neerukahjustusega patsientidel bilastiini ja P-glükoproteiini inhibiitorite samaaegset manustamist vältida.**

Ravim sisaldab vähem kui 1 mmol (23 mg) naatriumi ühe tableti kohta, see tähendab põhimõtteliselt „naatriumvaba“.

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (05.2021).

1. Opexa 20 mg (bilastiin) ravimi omaduste kokkuvõte, mai 2021.

2. Church MK, Tiongco-Recto M, Ridolo E, Novák Z. Bilastine: a lifetime companion for the treatment of allergies. Current Medical Research and Opinion. 2020; 36:3, 445-454, DOI: 10.1080/03007995.2019.1681134

* Ühikuline arvestus Medicube MAT4/2024.

a. Kliinilistes uuringutes¹

b. Unisus: sage kõrvaltoime ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)¹

c. Bilastiini kinnitatud terapeutiline annus on 20 mg ööpäevas.¹

d. Et individuaalne vastus ravimile võib varieeruda, tuleb patsientidel siiski soovitada mitte juhtida autot või kasutada masinaid, kuni nende vastus bilastiinile ei ole kindlaks tehtud.¹



ON AEG MUUTA 2. TÜÜPI DIABEEDI RAVI!

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

RYBELSUS®

semaglutiidi tabletid



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



Vähendab kehakaalu keskmiselt -4,3 kg¹



Vähendab kardiometaboolseid riskifaktoreid¹



ALGANNUS

3 mg

esimesel ravikuul

RAVIANNUSED

7 mg

alates teisest ravikuust

14 mg

parima raviefekti saavutamiseks



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

Müügiloo hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloo hoidja esindusest:
Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612.
RYBELSUS® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärk.
© 2023 Novo Nordisk A/S EE23RYB00032 11/2023



RYBELSUS®

semaglutiidi tabletid