



Tulevik

Rohepöörde plaanid tervishoiusektoris

Sotsiaalministeeriumi kantsler **Maarjo Mändmaa** sõnul asutakse sel aastal hindama ja osapooltega läbi rääkima, kuidas tervise sektor saastaks vähem loodust. ▶6



MEDITSIINI- UUDISED



Pulmonoloog **Liina Viks** annab edasi uudiseid astma, KOKi ja kopsupõletiku ravis. Võimalused on aastatega palju paremaks muutunud.

▶10-12

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 2 (479) 30. jaanuar 2024

www.mu.ee

Arst raamidest väljas

Eelmine perearstide seltsi juht **Le Vallikivi** pälvis aasta arst 2023 tiitli. Mis tema nii eriliseks teeb? ▶3, 8-9



Aasta arsti tiitli võttis Le Vallikivi vastu terviseminister Riina Sikkuti käest.

FOTO: EESTI TERVISE FOND

Üks küsimus

Miks lapsed Eestis on ülekaalulised?

ÜLEKAALULISI ja rasvunud alaealisi on Eestis järjest enam. Miks? Vastavad perearst **Le Vallikivi** ja laste endokrinoloog **Ülle Einberg** (pildil). ▶4



Uudis: uuring

Algab uus suur naise tervise uuring

TÜ naistekliiniku naistearstid alustavad koos sotsiaalministeeriumiga seni suurimat Eesti naiste tervise uuringut. ▶7

Fookuses: süda

Vajadus infarkti raviteekonna järele

INFARKTIHAIGE raviteekonna vajalikkusest räägib kardioloog **Tiia Ainla**. ▶14-16

Fookuses: valu

Alaseljavalu tugevuse paradoks

ALASELJAVALU tugevus ei viita kahjustuse suurusele, kinnitab **Aleksandra Šilova**, IVKH pediatria osakonna kirurgia vanemarst. ▶16-18

Õige aeg arutada õdede tulevikku Eestis

Erialavalikute suurendamine õdede puudust ei lahenda, riigi väiksuse ja riigieelarve seisuga arvestades pole ka unistamisel mõtet, tõdeb õdede liidu president **Anneli Kannus** ja lisab, et just nüüd on õige aeg arutada õdede tulevikku. ▶3



Kogu tõde apteekidest

Ravimiamet on valmis saanud e-raamatu Eesti apteekidest ja ravimistatistikast. Koostajad on ravimiameti töötajad **Marju Sammul**, **Janne Sepp**. ▶5



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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:
Iga aasta lõpus valime ka
aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIIINI-
UUDISED**

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

arvamus



Soovin hoida fookuse nii suhtlemisega seotud eetilistel teemadel kui ka elulõpu ravi temaatikal.

PERHi eetikanoukogu uus juht professor Peep Talving, mu.ee

Kommentaari:

Õdede väljaõppe võlud ja valud



Anneli Kannus
EOLi president

Õdede väljaõppe aruteludes on küsitud, kas õdedel peaks olema spetsiifilisem väljaõpe. Erialavalikute suurendamine õdede puudust ei lahenda, riigi väiksuse ja riigieelarve seisuga arvestades pole ka unistamisel mõtet. Mida siis teha?

Õeks saab õppida kahes tervishoiukõrgkoolis bakalaureuse tasemel 3,5 aastat. Õppe järel on töökoha valik vaba ehk töandja peab panustama õe väljaõppesse konkreetsetes valdkonnas ja õde jätkuvalt õppima.

Edasi saab õppida tervishoiukõrgkoolis terviseteaduse magistriõppes, valides vaimse tervise, kliinilise, intensiiv- või terviseõenduse vahel. Eriõe magistriõpe annab oskuse tõendusloogiat infot leida ja kasutada, õppida ja teisi õpetada ning tõstab iseseisva otsustamise võimet. Isegi kui õpe on läbitud järjest viie aasta jooksul ning töötatud nii abiõe kui ka õena, on iseseisvaks otsustamiseks hädavajalik eelnev töökogemus. Et töandja vajaduse survel on vahel töötaja valmisolekust suurem, on seadusega kehtestatud miinimumnõue kaks aastat töökogemust õena.

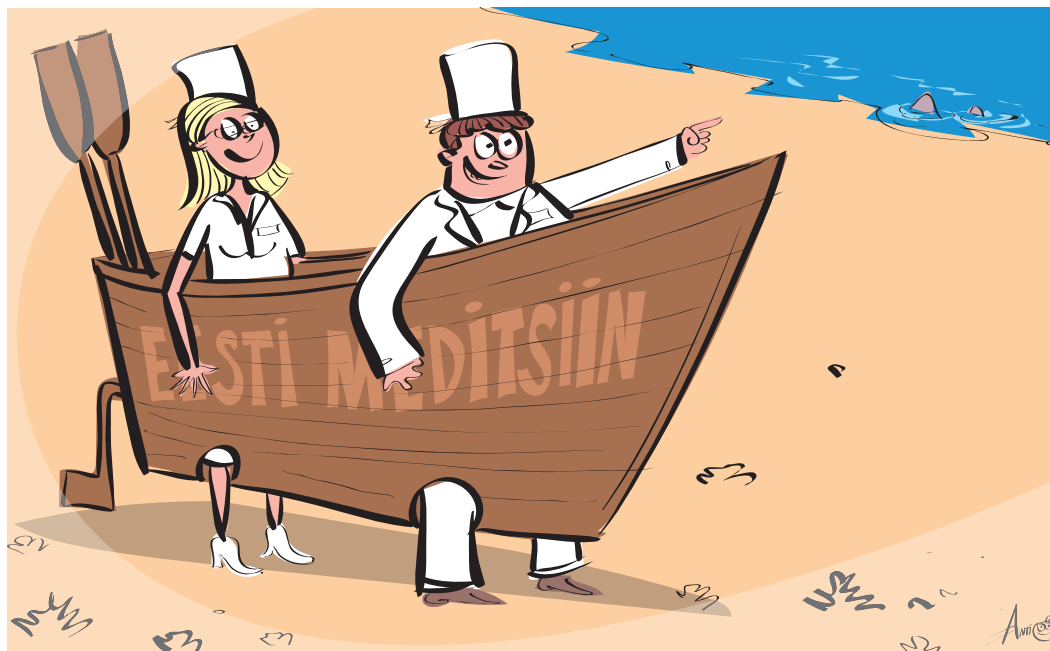
Lisapädevus. Õenduse- ja ämmaemanduse arengustrategia 2021-30 ettevalmistamise käigus leiti, et mitmel erialal tuleks õdedele anda lisapädevusi, samuti mõnes valdkonnas kehtestada eelneva väljaõppe ja/või praktika nõue.

Eestis käsitletakse lisapädevustena näiteks vaktsineerimisõigust (lisakoolituse nõue nii arstil, ämmaemandal kui ka õel). Õdede lisapädevus on ka retseptiõigus. Nii Eestis kui ka mujal Euroopas arutatakse lisapädevuste üle näiteks lasteõenduses, onkoloogias ja endoskoopias.

Ühelt poolt on küsimus vajaduses pakuda lisaväljaõpet, ent kokku on leppimata, millistes valdkondades, millises mahus ja kellelt lisateadmised või -oskused saadakse, aga ka see, kas lisaväljaõpe muutub kohustuslikuks. Teisalt on tõusnud vastuvõtnumbrite taustal tekkinud praktikakohatade kitsikus.

Mõned kokkulepped tegemata. Õdede väljaõpe 3,5 aasta ulatuses on rahastusega kaetud ning allkirjastatud ka kokkulepe igal aastal 700 õppuri võtmiseks õdede õppesse. Eriõe tasemel on aga vastuvõtnumbrid kokku leppimata ja rahastamata. Lisandunud ülesanded panevad analüüsima, kui palju on vaja neljal õenduserialal õppekohati hoida ning kas teatud valdkonnad vajavad lisapädevusi. Samuti tuleb kokku leppida, millistes valdkondades peab tööle asumisel täitma varem kokkulepitud lisakriteeriumid.

Just nüüd on seda õige aeg arutada!



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Kui ise paremaks ei tee, siis kes teeb?

Meedikute puudusest nii meil kui ka mujal on räägitud aastaid. Arstikond vananeb ja tohtreid jääb järjest vähemaks. Käesoleval õppeaastal oodati Tartu ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna peremeditsiini residentuuri erialale 40 inimest. Põhikonkursiga tuli 25 ja järelkonkursiga veel 11 inimest. Kokku õpib peremeditsiini residentuuris praegu 133 arst-residenti.

Nõudmised on muutunud.

Noored tahaksid töötada paindlikes tingimustes ja korraliku palga eest, et tööpiirkonnas oleksid ka normaalsed võimalused laste kasvatamiseks ja hobidega tegelemiseks. Samuti peaks paremini toimima asenduskord, et arst saaks võtta lühemat või pikemat puhkust.

Meditsiiniuudiste toimetuse on nõus tänase luubiloo persooni, aasta arsti tiitli saanud doktor Le Vallikiviga, et kui asja ise paremaks ei tee, ei tee seda keegi. Ehkki möödunud aasta lõpus sai meediast lugeda kirjutisi meditsiinitudengite halvast kohtlemisest haiglates, kinnitab doktor Vallikivi, et nende praksises on tudengid ja residendid alati teretulnud ja keegi neid halvasti ei kohtle.

Elukogemusega arsti ja värskete teadmistega residentide vahel tekkivat suisa puhkusega võrreldav sünergia.

Valikuid jagub. Vallikivi sõnul on tudengite ja residentide parimaks inspiratsiooniks oma tööd hoolet ja armastusega tegevad perearstid. Lisaks olevat noortel praegu hiilgavad karjäärivõimalused: võimalus töötada ükskõik kus, esitada fantaasiarikaid palgatingimusi, saada eri piirkondadest lisaboonuseid, nagu lasteaiakoht ja maja mere ääres, aga valida ka tööformaadid – kas minna kellegi teise keskusse, teha oma keskus või töötada asendusarstina.

Koostatavas esmatasandi tervishoiu arengukavas lepatakse kokku arengusuunad ja -vajadused järgmiseks kümnendiks. Seltsi uus juht Elle-Mall Sadrak rääkis hiljuti, et unistatakse inimese rolli suurenemisest, toimivast tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööst, tõusnud haiguste ennetamise rollist, inimestele tagatud vajalikest teenustest, esmatasandit soodustavast rahastusest jne.

Loodame, et rakenduv kava toob perearstipõuda veidigi leevendust! Loe samal teemal lk 8-9



Elukogemusega arsti ja värskete teadmistega residentide vahel tekib suisa puhkusega võrreldav sünergia.

VÕITJA
Ulla Ilisson

Erameditasiiniettevõtte Meliva ärikliendi valdkonda asub vedama varem finantssektoris töötanud ja haridus- ja noorteameti käivitunud **Ulla Ilisson**. Ta ise näeb eratervishoiu suurt potentsiaali, sest tööandja pakub sellega inimestele lisaväärtust.

VÕITJA
Kristina Isand

Endokrinoloogia selts valis viimasel juhatuse koosolekul oma uueks presidendiks doktor **Kristina Isanda**. Isand peab tulevikuplaanidest olulisimaks seltsi jätkuvat sidumist Euroopa endokrinoloogia seltsiga ning kvaliteetsete erialaste seminaride jätkumist Eestis.

Nädala foto:

Rahvas otsustas PERHi aasta tohtri



Regionaalhaigla grupi aasta tohter 2023 on PERHi sisehaiguste keskuse ülemarst-juhataja doktor Helen Ilumets (paremalt teine). Sarnaselt varasemate aastatega selgitati regionaalhaigla aasta tohter ka seekord välja rahvahääletuse tulemusel. Võitja selgus pärast kahte vooru.

FOTO: PERH

mu.ee lugude TOP

- Uus soovitus: patsienti ei pea enam röntgenuuringute ajal kiirguskaitsega kaitsma
- Perearst: tervishoiutöötajad hellitati palgatõusuga ära
- Meliva juhtkonnaga liitub Ulla Ilisson
- Kui suur on pealinna haigla nõukogu esimehe ja liikme kuutasu?
- Hispaanias ületati mullu elundisiirdamise rekord
- Mändmaa võtab ette kliimamuutuste mõju tervishoiu ja vastuabinõud
- Selgusid regionaalhaigla aasta tohter ja aasta kolleeg 2023
- Avatakse uus magistrikava

Toimetaja repliik:

Vaimse tervise abitus süveneb veelgi

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Veebruarist suletakse PERHi laste- ja noorukite psühhiaatria ambulatoorne vastuvõtt ja terve korrusetäis kabinette Seewaldi korpuses jääb tühjaks. Raske on ette kujutada, kuidas "neelab alla" sealsed patsiendid Tallinna lastehaigla vaimse tervise keskus, kus on niigi raske leida spetsialiste,

et olemasolevaid lapsi aidata. Erakliinikutes leidub arste ja spetsialiste, kuid seal algavad vähemalt Tallinnas vastuvõttus 150 eurost, küündides kohati pea 300 euroni vastuvõtu kohta. See pole paljudele vastuvõetav. Perearstidel on vastas vähem eriarste e-konsultatsioone pidades ja aega kulub nädalaid. Samas nõuavad just vaimse tervise teemad teinekord välkkiiret tegemist.

Üks küsimus:

Mida tuleks teha laste rasvumise kontrolli alla saamiseks?

Le Vallikivi

Tallinna Jürgensoni
perearstikeskuse perearst

Paraku näeme seda, et enamasti saab lapse rasvumus alguse kodust ja ülekaalulise lapsega käivad vastuvõtul reeglina ülekaalulised vanemad. See tähendab, et lapsel on imikueast alates välja kujundamata regulaarsed söögiarvad tervisliku ja mitmekesise kodus valmistatud toiduga, mõistlikud liikumisharjumused, sh värskes õhus ning piiratud ekraaniaeg.

Kahjuks on rong kolmandaks eluaastaks juba jaamast ära sõitnud – kui selleks ajaks pole lapse ülekaalu sekkunud, on juba väga keeruline tagada seda, et temast kasvaks normkaaluline täiskasvanu. Seda enam, et sageli on tegemist lapsevanema jaoks tabuteemaga, sest siis peaks ta ju ise ka ausalt peeglisse vaatama ja nähtust oma tarbimis- ja liikumisharjumuste kohta järeldused tegema.

Ülle Einberg

lasteendokrinoloog, Tallinna
lastehaigla endokrinoloogia
teenistuse juhataja

Lapsevanemad peaksid lapse sünnist alates olema teadlikud rasvumise ohust. Üks kriitiline vanuserühm on 6–8 aastat, kus osal lastest tekib nn minipuberteet ja söögiisu kasvab. Kui see periood üle elatakse, on tulevikus kehakaaluga kergem hakkama saada. Tervislikust toitumisest ja igapäevast füüsilisest aktiivsusest on palju juttu olnud, ent olen oma praktikas täheldanud, et tervisliku toitumise soovitusel on vaja väga selgelt lahti rääkida.

Psühholoogia

Kodulähedane vaimse tervise abi peaks paranema

EESTI Ka sel aastal jätkuvad toetused vaimse tervise teenuste pakkumiseks ning kogukonna psühholoogi palkamiseks. Ühtekokku on vaimse tervise teenuste pakkumiseks omavalitsustes 2024. aastal eraldatud 1,5 miljonit eurot. Samuti laiendatakse pakutavate teenuste valikut ja mahtu, pakkudes näiteks psühholoogilist nõustamist, loov- ja pereteraapiat või tugigruppe. Palgatoetustest võivad omavalitsused ja esmatasandi tervisekeskused tasuda nende juures töötavate kogukonna psühholoogide palga ja juhendamise kulusid.

Karjäär

Rapla haigla uus juht asub ametisse aprillist

RAPLA Raplamaa haigla nõukogu valis senise haigla juhi, doktor Pille Muki tähtajalise lepingu peatse lõppemise tõttu haigla uueks juhatuse liikmeks doktor Piret Selli. Uue juhi kolmeaastased volitused algavad 1. aprillil. Doktor Sell on lõpetanud Tartu ülikooli arstiteaduskonna 1994. aastal. Ta on alates 2022. aastast töötanud regionaalhaiglas järelravi keskuse juhatajana. Varasemalt on ta teinud kliinilisi uurimisi, juhtinud Zentiva Balti riikide ja põhjamaade üksust ja Sanofi äriüksust Suurbritannias, Balti riikides ja Eestis.

Haridus

Uus eriala proviisoritele Tartu ülikoolis

TARTU Tartu ülikoolis avatakse kliinilise farmaatsia magistriõppekava. 2024. aasta septembris saab asuda õppima Tartu ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna ingliskeelsel magistriõppekaval „Kliiniline farmaatsia“, mille eesmärk on koolitada proviisoreid patsientide ravimikasutuse alal. Magistriõppekava programmi juht, Tartu ülikooli kliinilise farmaatsia kaasprofessor Jana Lass selgitas, et kliiniline proviisor saab tegutseda nii haiglas kui ka jäemüügiapteegis ning tema tööülesanded on seotud patsientidele määratud raviskeemide analüüsimisega ja optimeerimisega ning arstide, õdede ja patsientide nõustamisega. Õppekava on Põhja-Euroopas ainulaadne ning õpetavad kliinilised proviisorid nii Eestist kui ka teistest Euroopa riikidest.

Tehnoloogia

Otsusetugi aitab vältida ravivigu ja toetab tööd

EESTI Tervisekassa ja ettevõtte Synbase Eesti loid uue kliinilise otsusetoe teenuse – teabehalduse otsusetoe. Selle eesmärk on pakkuda terviklahendust, mis ühendab eri sihtrühmade vajadused. Kasutajakonto saab luua synbase.eu portaalis Smart-ID, ID-kaardi või Mobiili-ID abil. Portaal on kolm andmebaasi.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

Kadi Heinsalu, tel 667 0451

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Toimetuse:

Violetta Riidas, tel 667 0454

Kristiina Kait, tel 6670455

Margot Vent, tel 6670 446

Reklaam: tel 667 0177

reklaam@aripaev.ee

Maarja Kõrv, tel 6670 245

maarja.korv@aripaev.ee

mobiil: 52577708

Tellimine ja levi:

med@aripaev.ee

tel 667 0100, faks 667 0300

Tellimine internetis:

www.mu.ee 12 kuud 180 eurot

12 kuud (täispakett)

185 eurot

12 kuud (paberleht eraldi)

168 eurot

(hinnad sisaldavad käibemaksu)

Trükk: AS Printall

Väljaandja: AS Äripäev

Vana-Lõuna 39/1, 19094 Tallinn

Toimetuse võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada. Toimetuse kaastöid ei tagasta. Kõik Meditsiiniuudistes avaldatud artiklid, fotod, teabegraafika (sh päevakajalised, majanduslikud, poliitilised või religioossed teemad) 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.

„20 aastat apteegistatistikat Eestis“

Ravimiametil ilmus e-raamat „20 aastat apteegistatistikat Eestis“. Autorid on **Janne Sepp**, **Marju Sammul**. Raamatus esitatud andmed kirjeldavad lisaks elanikkonna ravimitarbimisele ja apteekide tegevusele üldisemalt ka tervishoiusektorit. Näiteks antakse ülevaade apteekide ja sealse personali arvuliste näitajate kohta, analüüsitakse käibe jaotust retsepti- ja käsimüügiravimite ning muude kaupade vahel jne. See ja veel palju muudki on lahti kirjutatud erialaspetsialistide abil.



15.02

TOITMIS- ja liikumisravi hübriidkonverents, mis tänavu on keskendunud neuropsühhiaatriale toetamisravis. Välislektoriks prof **Alessandro Laviano**, MD Itaaliast. Info ja registreerimine: <https://pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-liikumisravi-konverents>

Ülevaade:

Ravimiamet püüdis kinni apteegi ajaloo Eestis

Marju Sammul, Janne Sepp
ravimiameti esindajad

Ravimiameti apteegistatistika põhineb apteekide kvartalsetel aruannetel. Tänu sellele, et apteekide tegevuse kohta on ravimiamet ühtemoodi ja järjepidevalt andmeid kogunud juba viimased 20 aastat, saame täna vaadata, millised trendid ning suuremad muutused iseloomustavad seda ajaperioodi.

Andmeid analüüsisid ja tulemusi hinnates tuleb arvestada ka erinevate teguritega, mis võib-olla statistikat aastate jooksul mõjutanud – näiteks riigitasandil jõustunud muudatused nagu maksutõusud 2009. aastal, mil käibemaks ravimitel tõusis 5%-lt 9%-le ja muudel kaupadel 18%-lt 20%-le, või ligi kümme aastat hiljem jõustunud apteegireform.

Apteegid. Üldapteekide koguarv Eestis on kahekümne aasta jooksul püsinud küllatki stabiilsena, kõige rohkem ap-

teeke oli 2006. aastal (532) ja kõige vähem 2012. aastal (469). Sealjuures muutus apteegireformi käigus põhi- ja haruapteekide omavaheline jaotus.

Kui enne apteegireformi oli põhiapteekide ligi 350 ja haruapteekide 150, siis pärast reformi on apteekide jaotus vastavalt 400 ja 100. 2013. aastal loodi Eestis esimene kaugmüügiõigusega apteek ning 2022. aastaks tegutses juba viis internetiapteeki. Haiglaapteekide arv on kahekümne aasta jooksul vähenenud 30-lt 23-le. Kuna veterinaararstid võivad ravimeid osta otse hulgimüüjatelt, on veterinaarapteekide arv vähenenud 26-lt ühele.

Apteekide erialane tegevus. Apteekide kogukäibe osakaal apteegiliikide vahel pole kahekümne aastaga oluliselt muutunud: üldapteekide käibe on sellest moodustanud ligi 80%, haiglaapteekide käibe umbes 20% ja veterinaarapteekide käibe alla 1%. Küll aga on apteekide käibenumbrid aastate jooksul märgatavalt

kasvanud. Üldapteekide kogukäibe kasv on olnud ligikaudu 8% aastas. 2003. aastal oli üldapteekide kogukäive 124 miljonit eurot, 2022. aastal 506 miljonit eurot. Haiglaapteekide keskmine aastane kogukäibe kasv on olnud 9%. 2003. aastal oli haiglaapteekide kogukäive 27 miljonit eurot, 2022. aastal 137 miljonit eurot. Seda trendi kinnitab ka ravimiameti koostatav hulgimüügistatistika, mille järgi keskmine käibe kasv on olnud samuti 8% aastas.

Seoses veterinaarapteekide arvu vähenemisega on vähenenud ka veterinaarapteekide kogukäive, keskmiselt 5% aastas: 1,5 miljonit eurot 2003. aastal 0,5 miljoni euroni 2022. aastal. Seda põhjusel, et järjest enam ostetakse veterinaaravimeid üldapteekidest.

Ravimite turumaht. Ravimite osakaal aastate jooksul apteekide kogukäibest keskmiselt moodustanud:

- üldapteekides 76% (2003. aastal 82% ja 2022. aastal 71%);

- haiglaapteekides 68% (2003. aastal 57% ja 2022. aastal 72%);

- veterinaarapteekides 47% (2003. aastal 41% ja 2022. aastal 66%).

Kahekümne aastaga on apteekidest väljaostetud retseptide arv kasvanud pea kahekordseks – 2003. aastal käideldi üldapteekides 5,7 miljonit retsepti ning 2022. aastal 11,6 miljonit retsepti. Ravimite kulutused ühe elaniku kohta aastas (arvestades üld- ja haiglaapteekide kokku) on samuti kasvanud: 2003. aastal keskmiselt 85 eurot, 2022. aastal 344 eurot. Kui 2003. aastal olid patsiendi enda poolt tehtud kulutused ravimitele (käsimüügiravimid, soodustuseta ravimid, soodusravimite patsiendi omaosalus) keskmiselt 42 eurot, siis 2022. aastaks oli see summa 125 eurot aastas. Siinjuures on oluline märkida, et suurenenud on ka tervisekassa poolt kompenseeritav osa – 2003. aastal moodustas see 1/2 inimeste ravimikuludest ning aastal 2022. aastal juba ligikaudu 2/3.

Ava ka QR kood lehekülje päises!

Paradigma muutused ONKOLOOGIAKONVERENTS

16.05.24 Viru Konverentsikeskus +
veebikeskkond Worksup

Konverentsil osalemine annab 7 täiendkoolituspunkti e-tunnistuseks pärast e-testi edukat sooritamist, tunnistused väljastab Medicumi Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

Tunnistuse saavad e-testi edukal täitmisel nii saali- kui ka veebiosalejad.

E-testi saab sooritada 30 päeva jooksul, kuni kehtib konverentsi järelvaatamine.



Regionaalhaigla



Terve elu!



MEDITSIIINI-KONVERENTSID

- Vähihaigus pole enam surmahaigus
- Eesti vähiravi tulemuste võrdlus Põhjamaadega
- Õige ravimeetodi valik – millal ja milline?
- Kas kõik vähipatsiendid vajavad kohest ravi?
- Kas kõik vähipatsiendid vajavad kohest ravi?
- Onkogeriaatria
- Geeniuuringud onkoloogias – kellele ja millal?
- Noor naine vähiravis
- Uued ravimid, uued kõrvaltoimed
- Koostoimed. Milliste ravimitega onkoloogilised ravimid kokku ei sobi?
- Kas tehisintellekt saab patsiendile tuge pakkuda?
- Vaimne tervis pärast tervistava ravi lõppu

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

111,83 €

kuni 5. maini

Info ja registreerimine:

pood.aripaev.ee/onkoloogiakonverents

uudised



Farmakogeneetiline test on oluline komponent personaalmeditsiinis.

Kardioloog professor Margus Viigimaa geenitestidest, mis aitavad igale patsiendile just talle sobiva ravimi ja annuse määrata. mu.ee 18.01

Mändmaa võtab ette kliimamuutuste mõju

Tulevik Aasta lõpuks võiks valmida hea tahte leping

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Sotsiaalministeeriumi kantsleri Maarjo Mändmaa sõnul asutakse sel aastal hindama ja osapooltega läbi rääkima, kuidas tervisektor saastaks vähem loodust.

“Mida rohkem me saastame, seda suuremad on inimeste tervisekahjud ja seda rohkem nad omakorda vajavad abi tervishoiust. See nõiaring tuleks katkestada,” selgitas Mändmaa.

Ta tõdes, et Eestis ollakse taoliste keskkonnaalaste tegevustega alles alguses. “Mõnes suuremas haiglas, nagu PERH, TÜK, Ida-Tallinna keskhaigla, on keskkonnahoiu teemaga tegeletud aktiivsemalt ning osaletud ka rahvusvahelistes projektides,” rääkis kantsler. Samas puudub riigiülene vaade headest praktikatest või ka välisriikide tõendus põhjustest kogemustest, mida sektorisiselt jagada. “Soovime ministeeriumis sel aastal olla teema eestvedajad ja aasta lõpuks jõuda loodetavasti osapooltega läbi rääkida, mida ja millises ajagraafikus keegi vastavalt oma võimetele teha saab, et tervisektor saastaks vähem loodust,” jätkas Mändmaa. Ta tõi näiteks ohtlike biojäätmete ja ravimite ülejääkide nõuetekohase käitle-



Sotsiaalministeeriumi kantsler Maarjo Mändmaa.

FOTO: MU.EE

13

• projekti on praegu fookuses, neist üks tegeleb keskkonnateemadega.

mise, roheline elektri kasutuselevõtu või ühekordsete tarvikute vähendamise. Osa haiglatest on kahe viimase eesmärgiga juba edenenud, ohtlike biojäätmete ja ravimite ülejääkide käitlemise osas kehtivad ranged nõuded aga juba ammu.

“Plaanime tegeleda ka iseenda süsinikusaastega,” lisas Mändmaa.

Nimelt soovitakse alanud aasta jooksul hinnata sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutuste süsinikujalajäljed ja leppida kokku, mida konkreetset saab teha nende vähendamiseks.

“Tahame selgemini kehtestada keskkonnahoiu nõuded ka oma partneritele. Näiteks võiks tuua keskkonnasõbralikud riigihanked,” märkis kantsler.

Suuremate partnerite otsus loeb

Sotsiaalministeerium tegi möödunud aasta sügiskuudel plaane 2024. aasta oluliseimateks tegevusteks. Praegu on fookuses 13 projekti, mis on olulised tervise ja sotsiaalvaldkonna arenguks. Üks nendest projektidest puudutab kliimamuutuste mõju tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas. Selle käigus ootavad ees põhjalikud arut-elud ja loodetavasti jõutakse suuremate partneritega kokkuleppele selles, mida nemad teevad oma jalajälje vähendamiseks.

Hea tahte leppe allkirjastamiseni võiks ehk isegi jõuda selle aasta lõpuks. Ühtlasi soovitakse lähemalt hinnata sotsiaalministeeriumi ja haldusala jalajälge, et seda konkreetsete tegevustega vähendada, teatas ministeeriumi esindaja.

Lääne-Tallinna ja Ida-Tallinna keskhaigla nõukogu nõustab ja kontrollib auditikomitee

Kristiina Käit

kristiina.kait@aripaev.ee

Tallinna linnahaiglate - Lääne-Tallinna keskhaigla ja Ida-Tallinna keskhaigla - auditikomiteedesse kuuluvad peamiselt linnaasutuste finantstöötajad, kelle töötasu on 300-375 eurot.

Lääne-Tallinna keskhaigla auditikomitee tegutseb alates 2011. aastast. Auditikomitee on nõukogu nõuandev organ, kelle ülesandeks on jälgida ja analüüsida rahandusinformatsiooni töötlemist, riskijuhimise ja sisekontrolli tõhusust, raama-

tupidamise aastaaruande audiitorkontrolli protsessi, audiitorettevõtte ja seaduse alusel audiitorühingut esindava vandeaudiitori sõltumatust ja tegevuse vastavust teistele audiitortevõtte seaduse nõuetele.

Alates selle aasta algusest kuuluvad Lääne-Tallinna keskhaigla auditikomitee koosseisu esimehena Tallinna strateegiakeskuse jurist Kaia-Liisa Proust ning liikmetena Tallinna strateegiakeskuse linna pearaamatupidaja Kaja Vahar ja Lääne-Tallinna keskhaigla kvaliteedijuht Vahur Keldrima. Auditikomitee esime-

he brutotasu on 375 eurot ja liikme tasu 300 eurot kuus.

Ida-Tallinna keskhaigla (ITK) auditikomitee on nõukogu nõuandev organ raamatupidamise, audiitorkontrolli, riskijuhtimise, sisekontrolli ja -auditeerimise, järelevalve teostamise ja eelarve koostamise valdkonnas ning tegevuse seaduslikkuse osas. Arvestades ITK majandusnäitajaid, on ITK-l auditikomitee moodustamise kohustus tulenevalt audiitortevõtte seaduse paragrahvi 99 lõikest 1. Auditikomitee ülesanded on määratud ITK nõukogu kinnitatud auditikomitee põhimäärusega.

Auditikomitee liikmed määrab haigla nõukogu kuni kolmeks aastaks. Auditikomiteesse kuuluvad Tallinna linna finantsdirektor Silver Tamm ja Tallinna strateegiakeskuse õigusbüroo äriühingute ja juhtivspetsialist Vello Ervin. Üldjuhul toimuvad auditikomitee koosolekud üks kord kuus. Liikmetele makstakse tasu üks kord kalendrikuus. Tasu suuruse määrab nõukogu oma otsusega, lähtudes Tallinna linnavalituse heakskiidetud põhimõtetest. ITK auditikomitee esimehe brutotasu on samuti 375 eurot ja liikme tasu 300 eurot kuus.

23

GRIPIGA seotud surma on Eestis sel gripihooajal juba registreeritud. Hetkel ringleb Eestis üheaegselt kaks A-gripiviiruse alatüüpi. Ringlusse jõudis ka B-gripiviirus (3 juhtu). Kui COVID-19 levik väheneb, siis gripp viib haiglasse ka nooremaid ja lapsi.



Silmakliiniku 30 aastat onkoravi
30 aastat onkoloogiliste haiguste ravi algusest ITK silmakliinikus pälvis tähelepanu läbi tänavuse aasta. Juubeliaasta avas 12. jaanuari konverents. Kliinik ravib 2/3 patoloogiaga patsientidest Eestis.

Algab seni suurim Eesti naiste tervise uuring

TÜ naistekliiniku naisteartsid alustavad koos sotsiaalministeeriumiga seni suurimat Eesti naiste tervise uuringut, kuhu kaasatakse üle 12 000 naise vanuses 16–59 eluaastat.

Uuringuga selgitatakse välja, mis on naiste tervisekäitumises viimase kümne aasta jooksul muutunud ning milised on nende ootused meditsiinisüsteemile.

Tartu ülikooli sünnitusabi ja günekoloogia professori, TÜ kliinikumi naistekliiniku naiste arsti Helle Karro sõnul on neile arstidena oluline, et naiste tervist puudutavad otsused ja hoiakud oleksid tõendus põhised. „Korraldame Eesti naiste seas suurt terviseuuringut iga kümne aasta järel, et saada ülevaade pikema aja vältel toimunud muutustest ja teha valdkonnas paremaid



Uurimisrühma liikmed (vasakult), esimeses reas: Kai Part, Helle Karro ja Made Laanpere; seisavad Mall Eltermaa, Kristiina Paju ja Miina Hein.

FOTO: TARTU ÜLIKOO

otsuseid. 2024. aasta uuring on varasemast ulatuslikum – esimest korda kaasame üle 12 000 naise vanuses 16–59 eluaastat,“ rääkis Karro. Seekordne uuring algab 24. jaanuaril, mil 12 456 naisele saadetakse e-posti teel osalemiskutse. Uuringuküsimused puudutavad nii tervise- ja seksuaalkäitumist, tervishoiuteenuste kasutamist, kättesaadavust ja rahulolu teenustega kui ka naiste tervist mõjutavaid tegureid, nagu vägivalda kogemine või majanduslik toimetulek. „Iga naise kogemus on erinev ja mida rohkem on küsitlusele vastajaid, seda tõepärasema pildi saame probleemidest. Näiteks saime 2014. aasta uuringust teada, et iga kümnes Eesti naine kogeb nii oma lapsepõlves kui ka täiskasvanueas füüsilist, vaimset ja seksuaalset vägivalda. Varem olid teada vaid

registreeritud vägivallajuhumid ja suur osa probleemist oli peidetud,“ selgitas Karro. 2024. aasta uuringus keskendutakse ka varem uurimata teemadele, näiteks COVID-19 pandeemia mõju naiste seksuaaltervisega seotud otsustele ja teenuste kättesaadavusele. Samuti uuritakse esimest korda naiste üleminekueaga seotud probleeme ning menstruaaltsiooni mõju kooli- või töölus osalemisele.

Uuringut „Eesti naiste tervise uuring 2024: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine“ korraldab Tartu ülikooli naistekliiniku uurimisrühm koostöös sotsiaalministeeriumiga. Uuring on kooskõlastatud Tartu ülikooli inimuuringu eetika komiteega. Tulemused avalikustatakse 2024. aasta lõpus.

tasuta veebiseminar perearstidele

01.02.24

DEPRESSIOON NOORUKITEL

MIDA SELLEGA PEALE HAKATA?

Noorte ja lapsevanemate infomaterjalide kasutamine perearsti töös

dr PIRET VISNAPUU-BERNADT

psühhiaater, lastepsühhiaater, Marienthali Kliinik

Registreerimine:

pood.aripaev.ee/depressioon-noorukitel

NB! Ei anna täiendkoolituspunkte

Lapse ja täiskasvanu ATH

2023 sügisel valminud ravijuhise tutvustus

- Juhendi tähtsamad aspektid.
- Laste, noorte ja ka täiskasvanute esmane hindamine, diagnoosimine ja raviplaan.

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

Sihtgrupp: psühhiaatrid, perearstid, õed, psühholoogid, üldarstid ja muud eriarstid.

Annab 2 täiendkoolituspunkti.

25 €

(sisaldab käibemaksu)

Info ja registreerimine:
pood.aripaev.ee/ath

medicum
Terve elu!

MEDITSIINI-KONVERENTSID

veebiseminar
22.02.24

Lundbeck



MEDITSIINI-KONVERENTSID

2023 aasta arst

Kirglik asjade paremaks tegija

Jaauanaris Eesti tervise fondilt tiitli aasta arst 2023 pälvinud Le Vallikivi on teinud perearstitööd 2002. aastast, juhtinud perearstide seltse ja tegelenud terviseedendusega. Mullu perearstidelt aasta tegija ja 2019. aastal Meditsiiniuudiste lugejailt aasta meditsiinimõjutaja tiitli saanud doktor ütleb, et perearstindus on tema töö, hobi, kirg ja armastus ning et kui ise asju paremaks ei tee, ei tee keegi.

Margot Vent
margot.vent@aripaev.ee

Tiitli saamine oli doktor Vallikivi sõnul suur ehmatuse, sest pärast 18 aastat perearstide erialaorganisatsiooni piirkondliku või riikliku mittetulundusühingu juhatustes otsustas ta mullu väärikalt projektorivalgusest põgeneda ja jätkata tavaliise perearstina. Ometi väljendab ta suurt uhkust, et sellised tunnustused perearste väga sageli tabavad.

Vallikivi hinnangul on perearstitöös eriti oluline luua arsti ja patsiendi vaheline usaldus ning järjepidav püsisuhe – kui see on olemas, siis on paremad ka tervisetulemid ja töökeskkond. Kõige keerulisemaks ja samas kõige põnevamaks peab ta töö juures meditsiinimaastikul orienteerumist – kus, mida, millal ja millise kvaliteediga pakutakse ning kuidas jalga ukse vahele saada, et sinu patsient saaks õigel ajal õiges kohas õiget abi.

Olete öelnud, et jõudsite arsti elukutseni välistamisprintsipiil: et pidasite ainukeseks ülikooliks Tartu ülikooli, tõmbasite selle sisseastuja teatmikus maha kõik ebahuvitava ning alles jäi vaid arstiteadus. Kas kaalusite ka spetsialiseerumist mõnele muule erialale? Miks otsustasite perearstinduse kasuks?

Suguvõsas meil küll arste ei olnud, aga nagu hiljem selgus, oli vanaema kunagi kaks aastat arstiteaduskonnas õppinud, mis segaste aegade tõttu küll arstiks saamisega ei lõppenud.

Tegin 1995. aastal ettevaatliku inimesena sisseastumiseksamid ka majandusteaduskonda – olid ju 90ndad ja see oli kuum teema. Kuna arstiteaduskonda sain sisse esimesena, siis väga pikka kõhklusmomenti ei tekkinud, sest olen loomult pigem boheemlane ja see haakus arstiteadusega rohkem kui majandusega.

Arstiteaduskonnas õppides käib peast loomulikult läbi, et kelleks päriselt saada tahad, mis sind kõnetab ja millega tahad elu siduda. Sain üsna ruttu aru, et ma ei ole kiire inimene – lühike lasteintensiivis töötatud aeg oli minu jaoks täielik põrgu – ja üsna pea selgus ka, et ma ei ole käeliselt väga osav, mis välistas kirurgilised erialad.

Perearstinduse äratundmine tuli kuuenda kursuse perearstipraktika ajal, kui saatus viis mind kokku juhendaja doktor Siiri Lüdimoisiga. Siis sain aru, et see on mitmekesine, valikulist käelist tegevust lubav, väga palju rääkiv, kuulav ja mõtleav ning uudishimulik eriala, mille puhul ei jää jutud inimesega pooleli ehk saad alati teada, mis temast edasi saab.

Olete perearstitööd teinud 2002. aastast. Kus Te enne 2016. aastal Tallinna Jürgensoni perearstikeskuses alustamist töötasite?

2001. aastal läksin internatuuri, mis oli toona üks residentuurile eelnenud praktika-aasta ja koosnes eri tsüklitest, nagu peremeditsiin, sisemeditsiin, trauma, kirurgia jne.

Seda sai teha Tallinnas, mis oli Tartuga võrreldes nagu öö ja päev ja mis andis

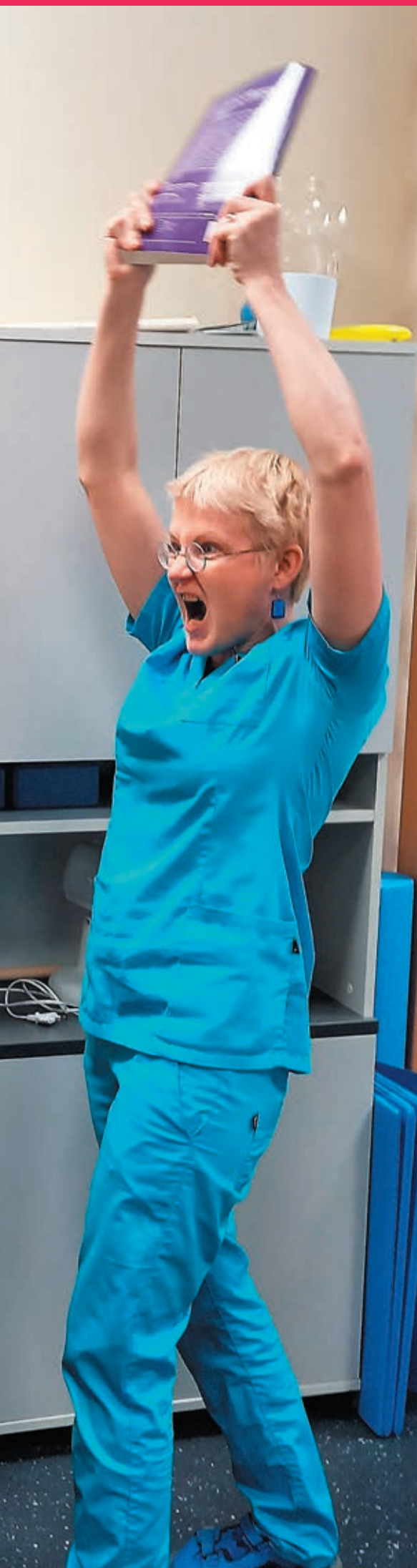
Doktor Le Vallikivi ründamas emotsioonide ohjamiseks ja viha väljaelamiseks mõeldud poksikot-ti, kes nimetati Valeri Gerassimoviks, et poleks häbi lüüa ja voodoo töötaks.

FOTO: ERAKOGU



Arstide liidu pöördumisest
õpetajate streigi
toetamiseks

Keegi ei taha streikida, aga õige eesmärgi nimel on seda vahel vaja.



noorele arstile mõnusa enesekindluse, et sa tegelikult midagi oskad ka.

Valisin peremeditsiini residentuuri samas asutuses, ent minu esimese residentuuriaasta kevadtalvel otsustas doktor Lüdimois jätkata peremeditsiiniga Austraalias ning oma ligi kahe tuhande inimesega nimistu mulle jätta. Tegu oli uju-võidu olukorraga: pidin vastuvõttudega samal ajal läbima ka teisi residentuurisükleid. Õnneks õnnestus mul appi kaubelda väga toredate kolleegidega. Teinekord sõitsin öösel kiirabi ja hommikul läksin vastuvõttu tegema – sellist asja saad teha puhalt nooruse entusiasmi pealt, kui ei ole pereelu ja hobisid ega erilist unevajadust.

Doktor Lüdimoisa juures soolopraksises töötasin seitse aastat, kuni pidin minema lapsehoolduspuhkusele ja nimistu anti poolte kokkuleppel üle Medicumile. Edasi töötasin oma nimistuga, aga juhatasin ka Medicumi perearstikeskust. 2016. aastal kolisime nimistuga Mustamäele ja ühinesime Jürgensoni perearstikeskusega.

Kuna olen näinud kõiki perearstikeskuse formaate – soolo-, hiid- ja grupipraktist – olen jõudnud töökeskkonnani, mis mulle ideaalselt sobib. Sel teel on mul olnud ka 2-3 tõsist läbipõlemist, ent praeguses tööformaadis oleme töökaaslastega saanud luua täpselt sellise töökeskkonna, kus mõtleme igal sammul, kuidas läbipõlemist ennetada. Töökoormus on mõistlik ehk töö-, puhkuse- ja uneaeg on rangelt paigas.

Kui suur on Teie nimistu ja kas inimeste pöördumise põhjused on aastakümnetega muutunud?

Meie keskkuses on kolm nimistut ja neli arsti, neist üks osalise koormusega. Minu nimistus on üle 2200 inimese. Inimeste mured on jäänud suhteliselt samasugusteks, aga nende usaldus perearstisüsteemi suhtes on aastakümnetega kasvanud ja teatakse oluliselt paremini, mida perearst suudab, näiteks sidumised, piskirurgia, kroonilised ja süvenevad haigused jne. Palju on muutunud vaimse tervise asjus: vaimse tervise mured on praegu sama normaalsed kui käe- või jalavalu, samas on abi kättesaadavus muutunud nii haruldaseks, et esmatasand on pidanud järjest rohkem õppima nendega toime tulema. Kui meeste tervise osas arvatakse, et mees ei taha keskealisele arstitädile oma südame- või sugueluprobleeme rääkida, siis mina olen küll mõnikord kuulnud märksa rohkem, kui teada tahaksin.

Et perearst peab teadma kõigest kõike, siis kas olete jälile saanud ka mõnele eriti haruldasele tõvele?

Meie kunagine sisehaiguste õppejõud ütles, et kui näed ukse taga kabjajälgi, on sinu juurde enamasti tulnud hobune, mitte sebra ning et reeglina esinevad tavalisemad haigused tavalisemalt. Peremeditsiinis tuleb siiski mõnikord ette ka haruldasi leide, millele vahel leiad diagnoosi teadlikult otsides, vahel juhuslikult otsa koperdades. Arstidena õpime alati ka oma vigadest, näiteks kui oled raske haiguse sümptomitest mitu korda mööda vaadanud, mõtled tagantjärele ajajooni paika

Le on on igas mõttes eriline! Arvan, et meid on temaga sidunud positiivsus ja olukordade huumoriga võtmine. Mulle tundub, et sarnased inimesed “kleepuvad”. Le on mind ajakirjanduses nimetanud kõige hullumeelsemaks arstiks ja oleme ühiselt leidnud, et ega meile normaalsus sobiks.

Mall Lepiksoo, dr Vallikivi lemmikperearst, Väike-Maarja perearst ja aasta arst 2019

pannes, et kuidas said nii rumal olla. Barjäärid seab paraku ka inimlik empaatia: sa ei taha patsiendilt koledat haigust leida ja loodad, et ehk on tegu mingi tavalise asjaga, mis läheb ise mööda.

Juhtisite pikalt perearstide seltse. Millised on Teie õppetunnid ja tööks pidamised juhina? On Teil vaenlasi?

Olin Tallinna perearstide seltsi juhatuses aastail 2007-2019 ja selle esimees 2013-2017 ning Eesti perearstide seltsi juhatuses aastail 2010-2023 ja selle esimees 2017-2023. Üks perearstitöö eripärasid on, et sa pead rääkima, mismoodi meditsiinis asjad käivad ja mismoodi inimene meditsiinile lähemale saab ning seda mitte ainult oma nimistu, vaid ka suuremas kontekstis. Kui mina paati hüppasin, oli perearstindus päris värske eriala ning kogu tegevus- ja õigusruum, aga ka suhetumine muu meditsiini toimetamistega paelus mind väga.

Arvan, et kui ise asju paremaks ei tee, siis ei teegi keegi. Juhikohustused tabasid mind varases nooruses, aga mitte seetõttu, et tahtnuksin tunda end jumalikul liidripositsioonil. Pigem on mul alati olnud õnn sattuda väga fantastilistesse meeskondadesse, kus sa juhina ei pea eriti midagi tegema: sul on tiimis inimesed, kellel on sinust oluliselt pädevamad kompetentsid ühes, teises ja kolmandas asjas ja sina oled lihtsalt see, kes palub endas looma valla lasta, vaatad, et orkester tööle hakkaks ja valid prioriteedid. Ette saaks ju võtta palju ristsõdasid, aga pead mõistma, et tegu pole spurdi, vaid maratoniga, et sul peab jaksu jätkuma pikaks ajaks.

Vaenlasi on mul kindlasti! Üks osa minu elufilosoofiast on, et kui on mingi erimeelsus, siis pigem deklareerid selle selgelt isegi juhul, kui see tähendab paksu pahandust.

Aja kulutamine diplomaatiline ja viisakas olemisele, läbirääkimisele ja nõupidamisele teades, et sa ei jõua kuhugi ja erimeelsused säilivad, ei ole mõttekas. Pigem austan partnerit, kellega saab olla aus, rääkida oma huvidest ja kuulata ära tema omad – see annab võimaluse edasi liikuda või asi pooleli jätta.

Kui palju tudengite ja residentide õpetamiseks aega leiate? Kuidas hindate tulevase kolleegi ja kuidas neid perearstiks hakkama motiveeriksite?

Praegu on mul väga palju aega ja võin tegeleda kõigega, mis varem võib-olla ajapuuduse tõttu tegemata jäi. Meie praktises on nii tudengid kui ka residentid alati teretulnud. On väga suur rõõm ja tegelikult kõige õpetlikum elu osa üldse, kui sul on elukogemus ja residentid värsked teadmised – see on energeetiline kombinatsioon, mis tekitab väga ägedat sünergiat, olles pigem puhkus kui töö.

Meie särasilmised perearstid, kes teevad oma tööd suure hoole ja armastusega on tudengitele ja residentidele kõige parem inspiratsioon. Ma ei saa küll kõigi 420 perearstikeskuse eest kätt piiblile panna, aga üliõpilasi koheldakse perearstikeskustes suure hoole ja armastusega erinevalt sellest, mis viimasel ajal ajakirjanduses haiglatega seoses kajastust on leidnud.

Lisaks sellele on neil praegu ka hiilgavad karjäärivõimalused: sa võid töötada ükskõik kus, esitada fantaasiarikkaid palgatingimusi, saada eri piirkondadest lisaboonuseid, nagu lasteaiakoht ja maja mere ääres, aga valida ka tööformaadi – kas minna kellegi teise keskkusesse, teha oma keskus või töötada asendusrastina.

Näeme praeguste residentide pealt, et tegu ei ole mujale mitte sisse saanute, vaid täiesti teadliku valiku teinutega. Kui arstiteaduskonnas, aga ka mõnes residentuuris on väljalangemisprotsent ehmatavalt kõrge, siis peremeditsiini residentuurist minnakse väga harva kuhugi mujale või ära.

Miks asusite tööle ka kaitseressursside ameti arstina ja milliseks hindate Eesti noorte meeste tervist?

Läksin kaitseressursside ametisse tööle mullu sügisel, kuna tahtsin seltsi juhi kohalt lahkudes midagi silmaringi avardavat lisaks teha ja kolleeg ütles oma hoiatava kogemuse pealt, et kui ma koormust väga järsult vähendan, võin hulluks minna. Korra-paar kuus kaitsevägekohustlastest noormehi hinnanuna võin öelda, et nende seas on väga terveid noormehi, aga ka ehmatavalt palju neid, kes nii noores eas absoluutselt kaitseväge ei sobi.

Olete lubanud perearstitööd teha pensionini. Kuidas suure koormuse juures oma füüsis ja vaimu vormis hoiate?

Toimetulek on kombinatsioon kogemusest, elukestvast õppest ning tasakaalust töö-, puhke- ja uneaja vahel. On umbes tuhat asja, millega mulle väga meeldib hobi korras tegeleda, lisaks ujumine, suusamine ja metsas hulkumine.

Teil on neli last. Kas mõni neist kaalub samuti arstikutset?

Ei usu. Ma ei ole neis seni sellist kalduvust tuvastanud. Kui laps tuleks küsima, mida arvan, siis ütleksin, et kui ta leiab, et see on tema kutsumus, siis lasku käia. Samas kui ta tahab seda teha kuulsuse, sisetuleku või mingi kolmanda asja pärast ilma, et see teda huvitaks, siis ma kindlasti ei soovita.

Sel aastal peaks rohkem tähelepanu pöörama atüüpilistele hingamisteede infektsioonide tekitajatele.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Astma, KOK ja pneumoonia

Pulmonoloogia Lisandunud on uued mõisted ja definitsioonid

Liina Viks

Põhja-Eesti regionaalhaigla
pulmonoloogiakeskuse juhataja

Konverentsil Meditsiini Update tehtud ülevaade uudistest astma, KOKi ja kopsupõletiku ravis.

ASTMA

Astma on heterogeenne haigus, mida iseloomustab hingamisteede krooniline põletik. Põletik tingib pöörduva varieeruva intensiivsusega õhupuuduse episoodide vilistava hingamise, hingelduse ja rindkere pingetundega. Viimast kirjeldavad paljud tundena, kus mingi raskus surub rinnakule või et rindkere vaba liikumine oleks justkui piiratud.

Astma levimus on maailmas paikkonniti väga erinev. Levimuse hindamine sõltub palju sellest, millised diagnostilised meetodid on riigis kasutusel. Eestis on doktor Mereni epidemioloogiliste uuringute alusel astma levimus hinnanguliselt 8% protsenti. Astma puhul esineb nii haiguse ala- kui ka ülediaagnoosimist. Praktikas hinnatakse heaks standardiks, kui valediagnoose esineb umbes 10%, astma puhul on see palju kõrgem, ulatudes ligi 30%ni.

Aladiagnoosimise põhjustena saab välja tuua spirograafide vähesuse esmatasandil.

Astma käsitlusse on tekkinud uus mõiste - astma remissioon.

dil. Olukord on märgatavalt paranenud, kuid suur osa perearstikeskustest on veel ilma spirograafideta. Samuti on vajalik koolitada inimesi aparatuuri õigesti kasutama, uuringuid korrektselt tegema ja neid tõlgendama. Probleem on ka inimeste suhteliselt madal terviseteadlikkus – paraku ei jõua suur hulk inimesi oma kaebustega arsti juurde. On inimesi, kes arvavad, et nad ei peagi kesk- ja vanemaealistena olema heas füüsilise vormis. Üllatavalt tihti mõtlevad inimesed, et suurema hingelduse teke tavapärasel rahulikus tempos kõndimisel on normaalne kasvava vanusega kaasnev nähe.

Esineb ka ülediaagnoosimist, mis tähendab, et patsiendid on saanud astma diagnoosi ja vastava ravi. Tegelikult või-

vad sümptomite põhjuseks olla kroonilised ülemiste hingamisteede põletikud, krooniline sinusiit, gastroösofageaalne reflukshaigus ja ordineeritud astma ravi osutub valeks.

Suur põhimõtteline muutus tuli astma ravis 2019. aastal, kui rahvusvahelises GINA (Global Initiative for Asthma) ravijuhendis toodi selgelt välja, et kõik astmaatikud peavad esimese baasravimina saama inhaleeritavat glükokortikosteroidi. Senini kasutati laialdaselt, tihti ainsa ravimina, lühitoimelist bronhilõõgastit salbutamooli, seda eriti kerge astma ravis. Uuringud on näidanud, et lühitoimelised bronhilõõgastid suurendavad kardiaalse äkksurma riski. Kui patsient saab astma püsiravina inhaleeritavat glükokortikosteroidi, siis hoiame ära haiguse ägenemisi ja sellega ka astma ägenemisest põhjustatud surmasid.

Viimases GINA 2023 ravijuhendis on ära toodud astma ravi astmeline skeem alates 12. eluaastast. Selles on hoaravimina eelistatud kasutada inhaleeritavat glükokortikosteroidi kombinatsioonis formoterooliga. Kui patsient on inhaleeritava glükokortikosteroidi peal kerge astma tõttu, siis kui ta vajab hoaravimina lühitoimelist bronhilõõgastit, on soovitus juurde võtta inhaleeritavat glükokortikosteroidi.

Nagu iga kroonilise haiguse ravis, onka

astma puhul oluline regulaarne ravi jälgimine ning teiste kaasuvate haiguste kontrolli all hoidmine.

Väga raske astma raviks on ka Eestis võimalik patsientidele määrata bioloogilist ravi. Võimalused selleks on loodud ja tervisekassa teatud tingimuste alusel rahastatud.

Eestis on astma raviks käesolevast jaanuarist kasutusel viis bioloogilist ravimit, millest üks on suunatud IgE-vahendatud põletiku maandamiseks ja neli eosinofiilide vahendatud põletiku raviks. Ligi 80% raskest astmast on eosinofiilset tüüpi.

Astma käsitlusse on tekkinud uus mõiste - astma remissioon. Lõplik definitsioon on veel väljatöötamisel ja muutub ajas. Mõiste põhineb enim kliinilisel leiul ja sellel, kuidas on patsiendil möödunud viimased 12 kuud astmaga.

Praeguse seisukoha järgi on astma remissioonis, kui 12 kuu jooksul:

- ei ole olnud ägenemisi
- ei ole vajanud suukaudseid süsteemseid glükokortikosteroide
- ACQ >1,5, või ACT >19 või mõlemad
- FEV1 ≥80% või FEV1 >10% tõus või mõlemad
- eosinofiilide arv <300 µl

Allikas: Moermans C et al. CHEST jun 1;163(6):1368-79. ERS 2023

Jätkub lk 12

ÜHEST HINGETÕMBEST – KOLM TOIMET KORRAGA^{1,*,**}

Soodustus
75/90%^{3,s}

VÄHENDAS OLULISELT MÕÕDUKAID/ RASKEID KOK-i ÄGENEMISI vs KOK-i KAKSIKRAVID^{1,2,#}



Ainus KOKi kolmikravi, mille manustamiseks piisab ühest inhalatsioonist ööpäevas^{1,*}

TRELEGY ELLIPTA

flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool

IMPACT prospektiivses aktiivse kontrolliga randomiseeritud topeltpimedas paralleelrühmadega mitmekeskuselises rahvusvahelises III faasi kliinilises uuringus sümptomaatilistel ägenemise riskiga ≥ 40 -aastastel KOK-i patsientidel ($n=10355$), kus võrreldi TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) efektiivsust ja ohutust/taluvust vs LAMA/LABA ja IKS/LABA ELLIPTA inhalaatoris, vähendas TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) 52 nädala jooksul oluliselt ($p < 0,001$) **mõõdukate/raskete ägenemiste aastast määra: 15% võrreldes IKS/LABA-ga** (95% CI: 10, 20) ja **25% võrreldes LAMA/LABA-ga** (95% CI: 19, 30), **raskete** (st haiglaravi vajavate või surmaga lõppevate) **ägenemiste aastast määra: 34% võrreldes LAMA/LABA-ga** (95% CI: 22, 44; $p < 0,001$)^{1,2}

Viited: 1. TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) ravimi omaduste kokkuvõte (kinnitatud märts 2023). 2. Lipson DA, et al. N Engl J Med. 2018;378:1671-1680 3. www.raviminfo.ee, vaadatud 31.05.2023

* TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 µg inhalatsioonipulber, mis sisaldab flutikasoonfuroaati, umekliidiinumbromiidi ja vilanterooli, on inhaleeritava sünteetilise kortikosteroidi, pikatoimelise muskariinireseptorite antagonisti ja pikatoimelise beeta₂-agonisti (IKS/LAMA/LABA) kombinatsioon.¹

** Pärast suukaudset inhaleerimist toimivad umekliidiin ja vilanterool lokaalselt hingamisteedele avaldades bronhodilatatiivset toimet läbi erinevate toimet mehhanismide ja flutikasoonfuroaat on tugeva põletikuvastase toimega.¹

§ Ravimi esmane väljakirjutamise õigus pulmonoloogil C-D staadiumi kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (J43-J44) patsientidele, kellel eosinofiilide arv perifeerses veres on ≥ 100 rakku/ μ L ning IKS/LABA või LAMA/LABA kaksikravil on esinenud vähemalt 1 hospitaliseerimist vajanud ägenemine viimase 12 kuu jooksul või vähemalt 2 mõõdukat või raskemat ägenemist viimase 12 kuu jooksul, mis vajadusel ravi antibiootikumide või suukaudse glükokortikosteroidiga.³

TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) **92 mikrogrammi/55 mikrogrammi/22 mikrogrammi annustatud inhalatsioonipulber. Retseptiravim.**

Näidustus¹: mõõduka kuni raske kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse säilitusraviks täiskasvanutele, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust inhaleeritava kortikosteroidi ja pikatoimelise beeta-2-agonisti kombinatsiooni või pikatoimelise beeta-2-agonisti ja pikatoimelise muskariinireseptorite antagonisti kombinatsiooniga.

Annustamine¹: soovitatav ja maksimaalne annus täiskasvanutele on üks inhalatsioon üks kord ööpäevas, iga päev samal kellaajal.

Vastunäidustused¹: ülitundlikkus toimeainete või mis tahes abiaine suhtes.

Kõrvaltoimed¹: Sage: pneumoonia, ülemiste hingamisteede infektsioon, bronhiit, farüngiit, riniit, sinusiit, gripp, nasofarüngiit, suuõõne ja neelu kandidiaas, kuseteede infektsioon, peavalu, kõha, orofarüingealne valu, kõhukinnisus, liigesevalu, seljavalu.

Kõrvaltoimete täielik loetelu, vastunäidustused, hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel on esitatud ravimi omaduste kokkuvõttes: www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trelegy-ellipta-epar-product-information_et.pdf

Müügiloa hoidja: GlaxoSmithKline Trading Services Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Iirimaa.

Täiendav info: Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612 või aadressil www.ravimiamet.ee.

Materjal on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele. Enne kasutamist lugege palun hoolikalt müügiloa hoidja poolt pakutud ravimi omaduste kokkuvõtet. Berlin-Chemie Menarini ei soovita kasutada käesolevat ravimit muul moel kui see, mis on kirjeldatud ravimi omaduste kokkuvõttes.

EE-TRE-01-2024-V1-press. Materjal koostatud: jaanuar 2024.

GSK

Kõrvaltoimetest peab teavitama.
Ravimi kõrvaltoimetest palume teavitada www.ravimiamet.ee
või Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ telefonil 6675001.

© 2024 GSK kontserni ettevõtted või litsentsisaajad.
GSK kaubamärgid kuuluvad või on litsenseeritud GSK
grupi ettevõtetele.

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Algus lk 10

Suitsetamine on üks tõsisemaid ja peamisi kopsuhaiguste ühiseid riskifaktoreid

Liina Viks

Põhja-Eesti regionaalhaigla
pulmonoloogiakeskuse juhataja

Konverentsil Meditsiini Update tehtud ülevaade uudistest astma, KOKi ja kopsupõletiku ravis.

KOK

Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus ehk KOK on keskealiste ja vanemate inimeste haigus, mis on rohkem levinud meeste seas, kuid seda leidub ka noorematel inimestel. KOK on maailmas surmapõhjuste seas kolmandal kohal ja haigusega on seotud kõrged tervishoiukulud.

Muutunud on KOKi definitsioon: krooniline obstruktiivne kopsuhaigus on kopsude heterogeenne seisund, mida iseloomustavad püsivad respiratoorsed sümptomid (düsnoe, köha, röga eritus) muutuste tõttu hingamisteedes (bronhiit, bronhiooliit) või alveoolides (emfüseem), mis põhjustavad püsivat, sageli progresseeruvat, hingamisteede obstruktsiooni.

Definitsioonist on võrreldes varasemaga konkreetse seni levinuima riskifaktorina välja võetud suitsetamine.

Levinuimateks riskifaktoriteks on suitsetamine, eriti varases eas suitsetama hakkamine, vanemate suitsetamine ja toitumine. Samuti mõjutab riski vanemate tervis ja tervisekäitumine enne lapse sündi. Mida enam riskifaktoreid, seda kiiremini ja raskemini võib KOK välja kujuneda.

KOKi üks võimalikke töös olevaid riskifaktoritel põhinevaid klassifikatsioone:

Tüüp 1 - geneetiliselt determineeritud KOK (nt $\alpha 1$ -antitripsinpuudulikkus).

Tüüp 2 - KOK, mis seondub elu varase faasi sündmustega (enneaegsus, lapsea astma).

Tüüp 3 - infektsioonidega seotud KOK (lapsea respiratoorsed infektsioonid, tuberkuloos, HIV).

Tüüp 4 - suitsetamise või veipimisega seotud KOK (tubakatoodete suitsetamine, ema suitsetamine raseduse ajal, passiivne suitsetamine nii lapse- kui ka täiskasvanueas, veipimine või e-sigarettide kasutamine, kanepi suitsetamine).

Tüüp 5 - keskkonna mõjust tingitud KOK (sise- ja välisruumide saaste, erialane kokkupuude aurude, gaaside, heitgaaside, tolmudega)

Mittesuitsetamisest tingitud KOK esineb rohkem noorematel, on levinum naiste hulgas, selle sümptomid on kergemad ja mõju elukvaliteedile väiksem. Neil esineb vähem neutrofiilset ja rohkem eosinofiilset KOKi. Samuti on muutused spirograafiliselt vähem väljendunud ja aeglase-



KOKi definitsioonist on võrreldes varasemaga levinuima riskifaktorina välja võetud suitsetamine.

FOTO: SHUTTERSTOCK

ma progressiooniga, vähem emfüseemi ja rohkem väikeste hingamisteede obstruktsiooni. Järjest enam on hakatud tähelepanu pöörama eosinofiilide rollile KOKi patsiendi käsitluses. Arutletakse, millised KOKi haiged peaksid saama inhaleeritavaid glükokortikosteroide.

Praeguse ravijuhendi järgi soovitatakse inhaleeritavat glükokortikosteroidi ravis kasutada patsientidel, kellel on:

- veres eosinofiile üle 300 raku/ μ L
 - anamneesis hospitaliseerimised KOKi ägenemise tõttu
 - aastas üle kahe KOKi ägenemise
 - anamneesis astma
- Kaaluda neil, kellel on:
- üks KOKi ägenemine aastas
 - veres eosinofiile 100-300 raku/ μ L
- Ei soovitata neil, kellel on:
- korduvad pneumooniad
 - veres eosinofiile alla 100 raku/ μ L
 - anamneesis mükobakternakkused

Rahvusvahelises ravijuhendis (GOLD) on muutunud KOKi klassifikatsioon haiguse raskuse järgi. Kui varem jagunes KOKi haigete klassifikatsioon haiguse raskuse järgi neljaks (A,B,C,D), siis nüüd kolmeks: A, B ja E. Uuenenud raskuse klassi-

fikatsioonis on A kerge, B mõõdukas ja E raske haiguskuluga KOK.

Endiselt on KOKi haiguse puhul parim ennetusmeetod riskifaktoritest loobumine.

PNEUMOONIA

Kopsupõletik on peamisi erakorralise hospitaliseerimise põhjuseid ja infektsioonidest juhtival kohal surmapõhjuste seas. Euroopas on keskmine haigestumine 1,07-1,2:1000 täiskasvanu kohta, üle 65aastaste seas 14:1000.

Kui vanasti peeti kopsupõletikku sage li surmatõveks, siis tänu praegusele kaas-aegsele meditsiinile on suremus küll vähenenud, kuid siiski üsna kõrge. Väljaandes The New England Journal of Medicine ilmus hiljuti uus pneumoonia ravijuhend, kus rõhutatakse, et lisaks kopsudele mõjutab põletikuline protsess kogu organismi. Ulatusliku põletiku puhul võib välja kujuneda sepsis, septiline šokk, hulgorganpuudulikkus ning haigus võib lõppeda letaaselt.

Pneumoonia tekke peamised riskifaktorid on immuunsüsteemi nõrgenenud seisund, suitsetamine ja alkoholism.

Hospitaliseeritud patsientidel on oluline etioloogia otsimine: rögakülv, verekül-

vid, uriinist Str pn Ag ja Leg pn Ag ning PCR-analüüs: gripp, RSV, SARS-CoV-2. Vastavalt uuringute tulemustele tuleb ravi vajadusel korrigeerida.

Pneumoonia lühiajalised (kuni 30 päeva) tagajärjed:

- Hingamisteed: hingelduse kiirem teke, hüpokseemia
- Kardiovaskulaarsed: rütmihäired, südamelihase infarkt, südamepuudulikkus
- Üldine nõrkus, lihasjõu kadu
- Mäluhäired, segasusseisund
- Teiste organite funktsiooni häired (maks, neerud)
- Kaasuvate krooniliste haiguste süvenemine
- Rehospitaliseerimine
- Surm (10-15% patsientidest sureb 30 päeva jooksul pärast kopsupõletikuga hospitaliseerimist ja hiljem aasta jooksul 30-35%).

Sel aastal peaks rohkem tähelepanu pöörama atüüpilistele hingamisteede infektsioonide tekitajatele. Mullu täheldati meil *Mycoplasma pneumoniae* puhangut, mille valikravim on makroliidid (asitromütsiin) ja teise reana soovitatakse uue põlvkonna fluorokinolone (levofloksatsiin, moksifloksatsiin).

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooli, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee

Teekond peale müokardi- infarkti ehk haige raviteekond

Keskmine infarktihaige
on 71aastane - naised
10 aastat vanemad, me-
hed 10 aastat nooremad.

FOTO : SHUTTERSTOCK



Violetta Riidas
violetta.riidas@aripaev.ee

**Infarktihaige raviteekonna vajalik-
kust rõhutas konverentsil “Kardiolo-
ogia tulipunkt 2023” regionaalhaigla
kardioloog Tiia Ainla.**

Eestis on riiklik programm insuldihaige raviteekonnale, kuid müokardiinfarkti (MI) haigetele seda pole ja teema on tõstatatud pigem tänu entusiastlikele kardioloogidele. Meie haiglate ravikäsitlus on võrreldav Euroopa teiste riikidega, kuid aasta möödudes on meie haigete suremus paraku kõrgem kui mujal Euroopas. Siiani on puudu infarkti läbi teinud inimese terviklik raviteekond.

2700 infarktihaiget aastas

Eestis on insuldihaigeid aastas umbes 4500 ja infarktihaigeid 2700 – mehi pisut rohkem kui naisi. Keskmine infarktihaige on 71aastane – naised 10 aastat vanemad, mehed 10 aastat nooremad. Umbes 40% on ST elevatsiooniga infarkte ja 60% ilma. Tegemist on kõrge riskiga haigetega, kellesse maksab panustada ning kelle käsitlust muutes saame parandada nende inimeste elukvaliteeti ja prognoosi. 30 päeva suremus hospitaliseeritud infarktihaigete hulgas on meil 13% ja ühe aasta pärast on igast 100st infarktihaigest surnud 20.

Doktor Ainla soovis eraldi välja tuua, et alla 55aastaseid patsiente on meil 10% ja 65–74aastaseid 20% ehk kolmandik infarktidest saadakse nooremalt kui 74 eluaastat. Tegemist on sageli tööealise ja varem ise hakkamasaavate inimestega. Meie elanikkond vananeb ja ka üle 85aastaste haigete hulk üha suureneb. Ainla tundis ka hea-

**Meie ravi on
võrreldav
muu Euroopaga,
kuid aasta möö-
dudes on meie
haigete suremus
kõrgem.**

Kardioloog Tiia Ainla

meelt, et ühte ravijuhisesse on kokku pandud nii STEMI kui ka NSTEMI patsiendid. “Nende haigete käsitlus on erinev ainult ägedas perioodis ja pikajalises käsitluses mingit vahet ei ole,” kommenteeris ta.

Nende haigete digiepi kriisis on kirjas, mitmes infarkt oli, mis kuupäeval, kas STEMI või NSTEMI, aga ka MI tüübid.

MI tüübid on jaotatud viieks:

- I tüüpi on kõige rohkem ja see tähendab ägedat arterotrombootilist geneesi.
- II tüüpi puhul ateroskleroos võib olla, kuid ei pea olema – ei käivitu äge trombootiline protsess.
- III tüüpi haigetega te kokku ei puutu, see on kirjas surmatunnistusel.
- IV tüüp on seotud koronaarinterventsiooniga.
- V tüüp aortokoronaarse šunteerimisega (AKŠ).

Infarktregistri andmetel on meil (se-da näitab ka muu maailma statistika) 90% I tüüpi infarktid (spontaanne MI) ja 10% kõike muud. Ägeda infarktiga haige on kõrge riskiga. 2022. aastal avaldati MI-haige käsitlus esimesel aastal pärast haigestumist. Kas tegemist on ideaalse raviteekonnaga, selgub aja jooksul, kuid selle käsitluse on heaks kiitnud nii taastusraviarstid, perearstid kui ka kardioloogid.

MI-haige käsitluse meeskonda kuuluvad kardioloog (sisearst), öde-nõustaja, infarktiõde, taastusrarst, füsioterapeut, perearst, pereõde. Tulevikus võiks meeskonda kuuluda võib-olla ka psühholoog, psühhiaater ja tegelikult, kellest me täna ehk kõige rohkem puudust tunneme – koordinaator. Näiteks insuldi raviteekonnas on koordinaator olemas.

Jälgimise 6 etappi

Jälgimise etappe on kokku 6: haiglaperiood, haiglast lahkumine, 4–6 nädalat, 3 kuud, 6 kuud ja 12 kuud.

● **Haiglaperiood** tähendab ägedat käsitlust ja seda peab tegema võimalikult hästi, et haige edasine teekond oleks hea nii elukvaliteedilt kui ka prognoosilt.

● **Haiglast lahkumisega** algab edasine teekond ja on hea, kui see on võimalikult detailselt ära kirjeldatud. Kardioloog peaks olema määranud esmase raviviskeemi ja eesmärgid. Füsioterapeut annab esimesed nõuanded patsiendile ja võimalusel pakub erinevaid edasisi taastusravi võimalusi. Öde-nõustaja räägib korduvalt patsiendiga sekundaarse preventsiiooni erinevatest eesmärkidest: suitsetamisest loobumine, toitumise tasakaalustamine, ravimite võtmise vajalikkus.

Meile tundub, et me tegutseme haiglas hästi ja ka infarktregister kinnitab, et me kirjutame välja kõiki neid soovitatud ravimeid. Riskitegurite eesmärkväärtused ei ole ajas väga palju muutunud ja näiteks LDL kolesterool on ülioluline saada alla 1,4. Me soovime 90% haigetest statiine.

● **4–6 nädalat** haiglast lahkumisest. Kuu aja pärast võiks patsient kohtuda füsioterapeudi või taastusraviarstiga, perearst võiks esmased analüüsid teha ja haige käest küsida, kuidas tal läheb, kuidas tal uus raviskeem sobib. Kas on koronarograafia tehtud? Kas kõik sooned on revasculariseeritud või on tekkinud stenokardilisi kaebuseid?

Tuleb hinnata, millal haige saata kardioloogile (stenokardilised kaebused, koormustestil tekkivad isheemilised muutused, SP nähud jne). Kuna haige organism alles kohaneb raviga, siis näeme väga sageli, et oleme vererõhku kas üle- või alaravinud. Seega ühe kuu visiit on oluline.

● **3 kuud** infarktist. Soovituslik on kardioloogile suunamine, kui haigel on olnud vasaku vatsakese väljutus alla 35% (hindamiseks defibrilaatori implanteerimist), kui vaatamata maksimaalsele statiinravile püsib LDL ikkagi >3.

● **6 kuud.** Perearst vaatab patsiendi üle. Tavaliselt lõppevad ravimite retseptid ja üle tuleks vaadata raviskeem.

● **12 kuud.** Perearst vaatab patsiendi üle. Lõpeb kaksikantiagregantravi. Kui patsient on püsiantikoagulatsioonil, tuleks otsustada, kas raviga jätkata ja millises doosis.

Tuleb hinnata, kas senise raviga on saavutatud ravieesmärgid.

Rahu südamel!

Betaloc® ZOK

25 metoprolol
50 metoprolol
100 metoprolol



BETALOC ZOK 25 (metoprolol) 23,75 mg toimeainet prolongeeritult vabastavad tabletid.

BETALOC ZOK 50 (metoprolol) 47,5 mg toimeainet prolongeeritult vabastavad tabletid.

BETALOC ZOK 100 (metoprolol) 95 mg toimeainet prolongeeritult vabastavad tabletid.

Näidustused: Täiskasvanud: Arteriaalne hüpertensioon. Stenokardia. Südamel rütmihäirete profülaktika ja ravi.

Krooniline südamepuudulikkus vasaku vatsakese funktsiooni langusega. Ägeda müokardiinfarkti järgsete tüsistuste profülaktika.

Migreeni profülaktika. Lapsed ja noorukid vanuses 6...18 aastat: Hüpertensiooni ravi.

Retseptiravim.

Müügiloo hoidja: Recordati Ireland Ltd, Raheens East, Ringaskiddy, Co.Cork, P43 KD30 Iirimaa.

Täiendav teave on saadaval müügiloo hoidja esindusest:

Recordati Polska Sp. z o.o, Al. Armii Ludowej 26,

(00-609) Warsaw, Poola.

Eesti esinduse kontaktandmed: +372 5340 0353.

RE_EE_BZ_2024_265

 **RECORDATI**

Alaseljavalu tugevus ei viita kahjustuse suurusele

Aleksandra Šilova

Ida-Viru keskhaigla pediatría osakonna
kirurgia vanemarst

Alaseljavalu on ülemaailmne terviseprobleem, mille epidemioloogilised andmed näitavad kõrget esinemissagedust ja märkimisväärset mõju elukvaliteedile.

Alaseljavalu eluaegne levimus on ligi 90%, esinedes nii lastel, täiskasvanutel kui ka eakatel (1). Siiski jääb antud terviseprobleemi käsitus heterogeenseks ja ühekülseks, toetudes suurelt ainult farmakoterapiale ning eirates multimo-daalset biopsühhosotsiaalset lähenemist. Tulemuseks on pikem taastumine, puue, töövõimetus, elukvaliteedi langus ning ka suurem koormus tervishoiusüsteemile.

Alaseljavaluks nimetatakse valu alumiste roiete ja tuharavoldi vahelisel alal, mis võib kiirguda ühte või mõlemasse jalga. See on mitmest bioloogilisest, psühholoogilisest ja sotsiaalsest mehhanismist tingitud probleem.

Lülisammas on luuline struktuur, mis seob erinevaid luu-lihassüsteemi komponente, et anda kehale vormi, kaitsta seljaaju ning võimaldada liikumist, olles ka kogu organismi funktsiooni määravaks teljeks. Lülisammas on üles ehitatud lüliskehade, mis toetuvad teineteisele fasettliigeste abil ning mille vahel on amortisaatoritena funktsioneerivad lülivahekettad. Lülisammast ümbritseb mitu sidet ja lihast, mis teeb sellest väga tugeva, ent liikuva struktuuri. Lüliskaartest moodustuv seljaaju kanal kaitseb selles kulgevat seljaaju, selgrookanalist väljuvad fasettliigeste vahele jäävate avauste kaudu närvijuured.

Spetsiifiline või mittespetsiifiline

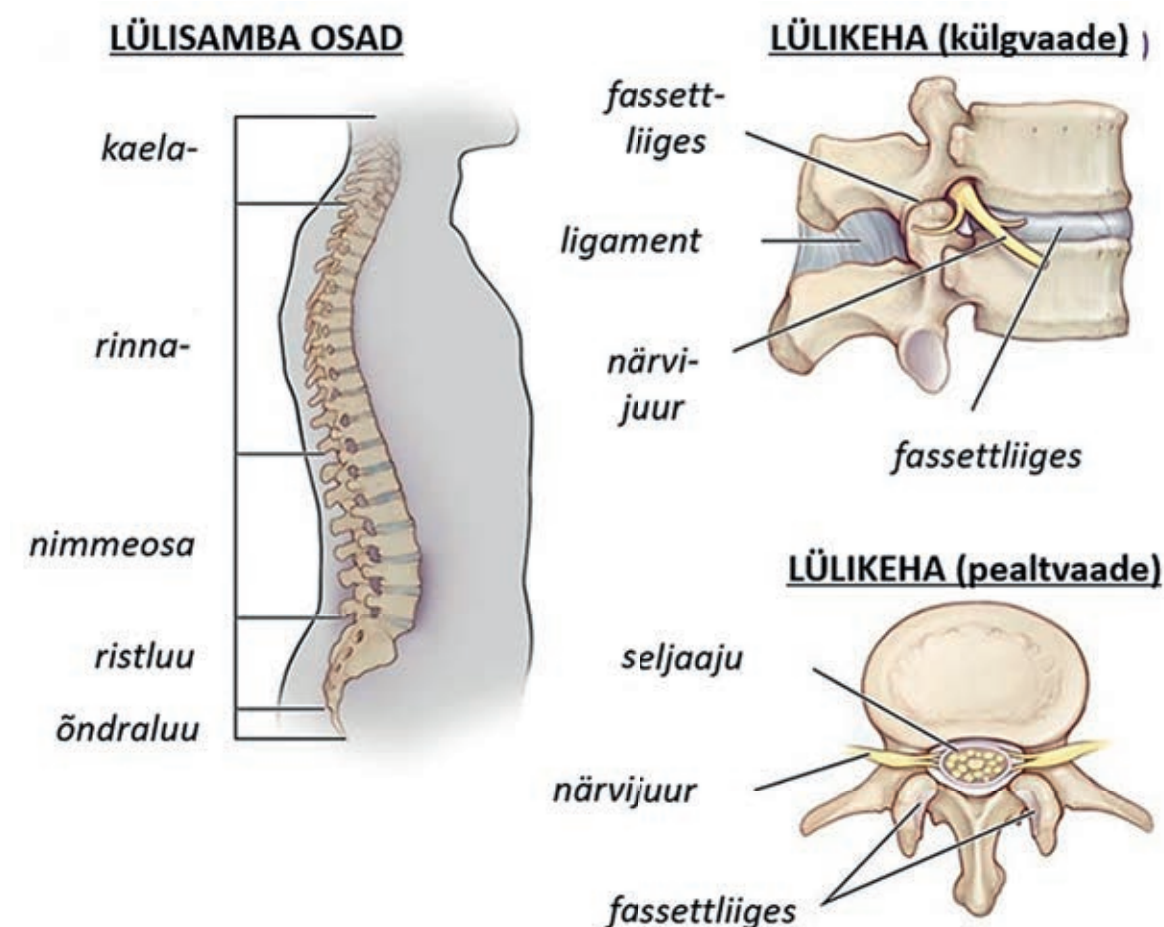
Olenevalt biomehhaanikast ja närvisüsteemi mõjutustest, võib valu tuleneda kõikidest eelpool mainitud komponentidest – siis on tegemist spetsiifilise alaseljavaluga (põhjuseks näiteks vähk, luumurd, põletik). Struktuuralne patoloogia võib aga hoopiski puududa ning sellisel juhul käsitletakse alaseljavalu kui mittespetsiifilist.

Mittespetsiifiline seljavalu on sagedasem tüüp, esinedes üle 90% alaseljavalu põhjustest (2). Spetsiifiliselt tuvastatava alaseljavalu põhjusega inimeste osakaal on hinnanguliselt 0,7–4,5% osteoporoosiliste lülidemurdude, 5% põletikuliste spondüloartropaatiade, 0,0–0,7% pahaloomuliste kasvaja ja 0,01% nakkuste korral (2). Spetsiifilist alaseljavalu aitavad tuvastada nn punased lipud (lk 18). Need saab kindlaks teha süsteemse anamneesi kogumise ja läbivaatuse käigus.

Rutiinne pildidiagnostika ei paranda

Tasub teada: Lülisamba ülesehitus

Allikas: Aleksandra Šilova



Suurem osa alaseljavalust omab head paranemistendentsi ja käsitlemisel võib edukalt piirduda koduse raviga.

prognoosi ja radioloogiliste uuringute määramisel tasub lähtuda punastest lipudest või siis, kui uuringutulemus võib muuta ravi (näiteks operatsiooni või interventsionaalse valuravi planeerimine).

Äge, alaäge või krooniline

Alaseljavalu võib olla äge (kuni 6 nädalat), alaäge (6–12 nädalat) või muutuda krooniliseks (üle 12 nädala). Valu tüüpe võib eristada ka mehhanismi alusel. Notsitseptiivse ehk kõige tavalisema valu puhul on olemas kahjustus (trauma, põletik jms) tugi-lihassüsteemis, nahas, siseorganites.

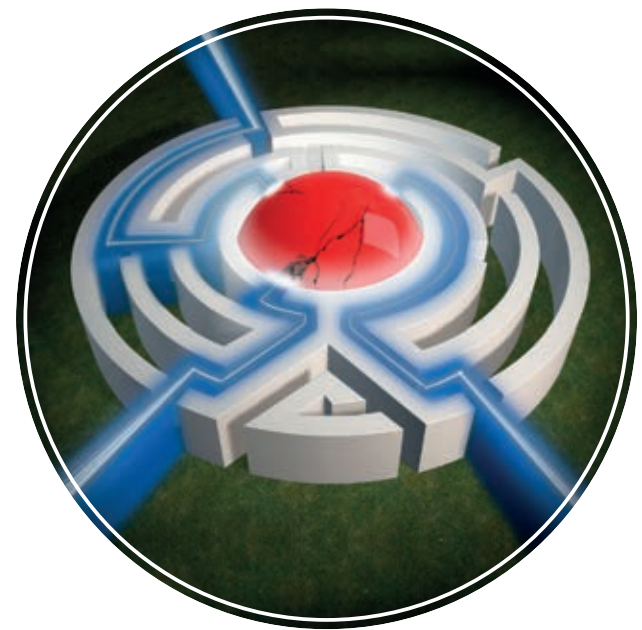
Valuga võivad kaasneda ka surinad, tuimustunne, põletav tunne ehk neuroloogilise valu komponendid. Siis on teatud määral kahjustatud/mõjutatud närvisüsteem. Kui aga kahjustus puudub, kuid muutunud on valu tajus, on tegemist notsiplastilise valuga. Viimase kujunemise puhul on olulisel kohal psühhoemotsionaalne komponent. Ka kroonilise valu puhul on tavaliselt koekahjustus paranenud, ent tekkinud on ülitundlikkus valule.

Valu on individuaalne ning selle kujunemist mõjutavad erinevad biopsühhosotsiaalsed komponendid, mis võivad soodustada ka valu püsijäämist (joonis lk 18). Alaseljavalu omakorda ei piira ainult liikumist, vaid võib põhjustada probleeme une, tuju ja suhetega. See psühholoogiline stress on omakorda seotud hormonaalsete ja neuraalsete protsessidega, mis on kooskõlas enesekaitsega. Ravimata või alaravitud valu puhul muutub see kaitsereaktsioon patoloogiliseks ülitundlikkuseks.

Siiski, suurem osa alaseljavalust omab head paranemistendentsi ja käsitlemisel võib edukalt piirduda koduse raviga. Kroonilise valu ja ülitundlikkuse tekke ennetamiseks on oluline õigeaegne korrektne ning terviklik valuravi. Alaseljavalu ravi sobitamiseks on oluline lähtuda valu tüübist, punaste ja kollaste lippude olemasolust, võtta arvesse võimalikke sotsiaalseid faktoreid ning ka inimese enda eesmärgi.

Jätkub lk 18

Multimodaalne tõhus valuravi ägeda valu kiireks* leevendamiseks¹



N15



Mõõduka kuni tugeva ägeda valu korral¹

Opioidne valuvaigisti ja MSPVA¹

Suukaudne fikseeritud annuste kombinatsioon¹

Skudexa (75 mg tramadoolvesinikkloriid/ 25 mg deksketoprofeen) tabletid N15. Retseptiravim.

Näidustus: Mõõduka kuni tugeva ägeda valu lühiajaline sümptomaatiline ravi täiskasvanutel, kui valu raviks peetakse vajalikuks tramadooli ja deksketoprofeeni kombinatsiooni.

Annustamine: Soovitatav annus on üks tablett. Lisaannuseid võib võtta vajaduse järgi minimaalse annustamisintervalliga 8 tundi. Maksimaalne ööpäevane annus ei tohi ületada kolme tabletti. Skudexa on ette nähtud ainult lühiajaliseks kasutamiseks ja ravi peab olema rangelt piiratud sümptomaatilise perioodiga ega tohi mingil juhul ületada 5 päeva.

Vastunäidustused: Deksketoprofeeni ei tohi manustada järgmistel juhtudel: ülitundlikkus deksketoprofeeni, mõne teise MSPVA või abiaine suhtes; patsiendid, kellel sarnase toimega ained põhjustavad astmahooge, bronhospasmi, ägedat riniiti või ninapolüüpe, urtikaariat või angioneurootilist turset; teadaolevad fotoallergilised või fototoksilised reaktsioonid ketoprofeeni või fibraatide kasutamisel; patsiendid olemasoleva peptilise haavandi või seedetrakti verejooksuga või seedetrakti verejooksu, haavandi või perforatsiooni anamneesiga; patsiendid, kellel on anamneesis varasema MSPVA-de kasutamisega seotud seedetrakti verejooks või perforatsioon; kroonilise düspepsiaga patsiendid; patsiendid, kellel on hetkel teised verejooksud või veritsushäired;

Crohni tõve või haavandilise koliidiga patsiendid; raske südamepuudulikkusega patsiendid; mõõduka kuni raske neerutalitluse häirega patsiendid (kreatiniini kliirens < 59 ml/min); raske maksatalitluse häirega patsiendid (Child-Pugh' klass C); hemorraagilise diateesi ja muude koagulatsiooni häiretega patsiendid; raske dehüdratsiooniga patsiendid. Tramadooli ei tohi manustada järgmistel juhtudel: ülitundlikkus tramadooli või abiainete suhtes; ägeda mürgistuse korral alkoholi, uinutite, valuvaigistite, opioidide või psühhotroopsete ravimitega; patsiendid, kes saavad MAO inhibiitoreid või kes on neid tarvitanud viimase 14 päeva jooksul; epilepsiaga patsiendid, kelle haigus ei ole raviga piisavalt kontrolli all; raske hingamisdepressioon. Skudexa on raseduse ja imetamise ajal vastunäidustatud.¹

Palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttes vastunäidustuste, kõrvaltoimete ja erihoiatuste täieliku nimekirjaga.

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

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

¹ SKUDEXA[®] tabletid, ravimi omaduste kokkuvõte (kinnitatud detsembris 2022)

* Deksketoprofeeni C_{max} saabub alates 15. minutist. 1

Algus lk 16

Alaseljavalu ravis on väga olulisel kohal füsioteraapia ja üldine treening

Aleksandra Šilova

Ida-Viru keskhaigla pediaatria osakonna
kirurgia vanemarst

Alaseljavalu puhul on ravimite eesmärk on leevendada valu, et oleks võimalik keskenduda füsioteraapiale.

Ägeda notsitseptiivse valu puhul kasutatakse vähese ning mõõduka valu leevendamiseks paratsetamooli ja/või mittesteroidseid põletikuvastaseid preparaate. Tugevama valu puhul võib vaja minna ka opioide, mida kasutatakse võimalikult lühikest aega, sobitades annust individuaalselt. Neuropaatilise valu esinemisel on abi antidepressantidest ja/või gabapentinoididest. Ka kroonilise valu puhul on esmavalikuks antidepressandid ja gabapentinoidid ülitundlikkuse käsitluseks.

Personaalne ravi peaks alati sisaldama põhilisi nõuandeid liikumise ja füüsilise aktiivsuse kohta, kuna need on alaseljavalu puhul ravimitest prioriteetsemad. Ravimite eesmärk on leevendada valu, et oleks võimalik keskenduda füsioteraapiale. Üldine ja aeroobne treening, kehaharjutused, mis on suunatud lihaste tugevdamisele ja vastupanu treenimisele, koordineeritud parandavad harjutused, jooga, treenimine rühmas või individuaalselt – kõik need meetodid avaldavad kasulikku mõju alaseljavalule, aitavad tasakaalustada lihaste toonust ja taastada liikumisvõimet.

Iseseisva toimetuleku olulisus

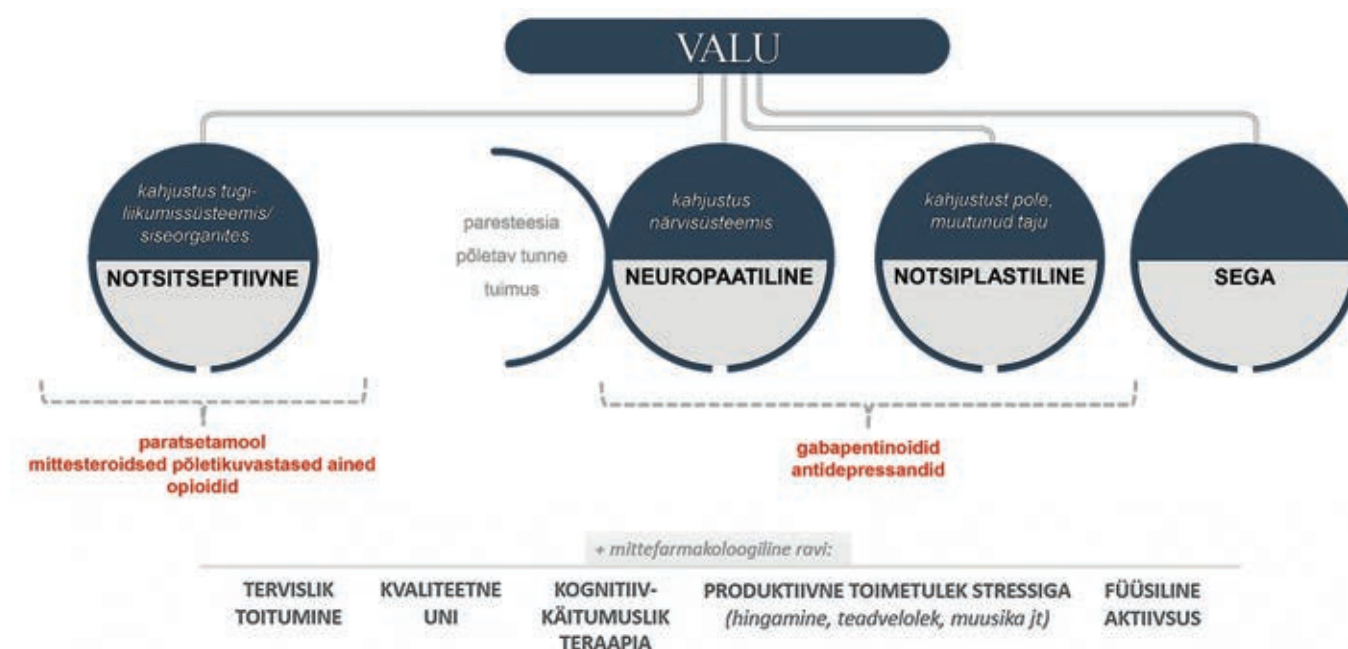
Ka kasutute uskumuste ümbersõnastamine ning psühholoogilise stressi maandamine on olulisel kohal. Selleks kasutatakse teadvelolekut, kognitiiv-käitumuslikku teraapiat ning erinevaid lõdvestustehnikaid (hingamine, meditatsioon). Valu võib põhjustada unehäireid. Samas ka ebapiisav uni soodustab valu intensiivistumist ja krooniliseks muutumist, tekitades sellega suletud ringi. Seega valuravi oluliseks komponendiks on ka kvaliteetse une tagamine. Iseseisev toimetulek on oluline ravikomponent alaseljavalu käsitluses. Selleks tuleks olla füüsiliselt aktiivne, optimiseerida vaimset seisundit, säilitada tervislikku kehakaalu, lõpetada suitsetamine, jälgida unehügieeni, osaleda sotsiaalses ja tööelus, teha ergonoomilisi kohandusi töökohal. Ka valualane ja haiguspuhune teadlikkuse tõstmine aitab alaseljavaluga iseseisvalt toime tulla ning seda isegi ennetada.

Ravi sobitamiseks võib kasutada STaT-küsimustikku, mille vastuste põhjal saab prognoosida, kes paraneb spontaanselt ja vajab vaid nõustamist, kes vajab täiendavat füsioteraapiat või intensiivsemat kombineeritud sekkumist kognitiiv-käitumusliku teraapiaga. Mida pikemaalt on inimesel valu olnud, seda olulisemaks muutub süsteemne biopsühhosotsiaalne lähenemine, kuna eriti kroonilise valu puhul tõusevad esikohale psühhomotsionaalsed ja sotsiaalsed komponendid.

Joonis:

Alaseljavalu tüübid

Allikas: Aleksandra Šilova



Teadlikkuse tõstmine aitab alaseljavaluga iseseisvalt toime tulla ja seda isegi ennetada.

siaalne lähenemine, kuna eriti kroonilise valu puhul tõusevad esikohale psühhomotsionaalsed ja sotsiaalsed komponendid.

Ravijuhend ja infovoldik

WHO määratleb kõrgekvaliteedilist ravi kui „ravi, mis on ohutu, efektiivne, inimkeskne, õigeaegne, õiglane ja integreeritud“. Eesmärk on maksimeerida tervisetulemusi, ennetada puuet ja vähendada kulusid. Alaseljavalu käsitluse standardiseerimiseks ja tõenduspõhiseks käsitluseks on Eestis välja töötatud ravijuhend „Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil“, mis on leitav Eesti ravijuhendite keskkonnast ning ka patsientide infovoldik „Sinu alaseljavalu“.

Tasub teada:

Kasulikud faktid:

- Alaseljavalu tugevus pole proportsionaalselt seotud kahjustusega, ent valu tugevust, kordumist ja püsijäämist võib oluliselt mõjutada psühhomotsionaalne seisund.
- Rutiinne pildidiagnostika pole vajalik, et selgitada seljavalu põhjust ja määrata raviplaani. Radioloogilistel uuringutel kirjeldatavad muutused võivad esineda ka ilma alaseljavaluta inimestel.
- Vanus üksi pole alaseljavalu põhjus. Alaseljavalu võib esineda igas vanuses inimestel.
- Alaseljavalu ei põhjusta seljalihaste nõrkust, vaid vastupidi – lihaste ülepinge, mis tekib staatilise ja mitteergonoomilise lihastöö tagajärjel. Sobiv lahendus on regulaarsed venitusharjutused.
- Valu ägenemine ei tähenda alati haiguse progressiooni. Valu võivad vallandada ebapiisav uni, stress, murelikkus, alanev meeleolu, inaktiivsus, harjumatu tegevus. Nende tegurite kontroll algab rahu säilitamisest, hingamisest-löögastumist ning liikumise säilitamisest.
- Koormus ei ole nimmeosa jaoks halb ning lülisamm ei kulu igapäevase koormuse juures ära. Oluline on ergonoomika, individuaalse koormuse sobitamine ning järk-järguline treeninguga alustamine.

Harjutuste tegemise ja liikumise ajal esinev valulikkus kajastab struktuuri tundlikkust, mitte nende kahjustust. Seega õigesti sobitatud tegevused on vajalikud valuga toimetulekul ning harjutused on üks tõhusamaid viise alaseljavalu raviks.

Millal pöörduda perearstile/EMosse ehk punased lipud

Arstiabi tuleks otsida eelkõige siis, kui on viiteid nn punastele lippudele:

- äge seljavigastus,
- tekib uus neuroloogiline defitsiit jalgades ja/või põie/soole poolt,
- palaviku tõus koos seljavalu ägenemisega.

Eriarsti konsultatsioonile tuleks mõelda siis, kui tegemist on spetsiifilise haigusega (nt reumatoloogiline haigus, trauma). Olukorrad, mil tuleks otsida eriarsti abi on kokku võetud ravijuhendis.

Kasutatud kirjandus:

- 1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10234592/>
- 2) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
- 3) <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/back-pain/>

Toitumis- ja liikumisravi konverents

Radisson Blu Hotel Olümpia ja
WorksUp keskkond veebis



15.02.2024

PINGED TOIDUTA JA TOIDUGA: neuropsühhiaatria toitumis- ja liikumisravis

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

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

ESTSPEN
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition

MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

110 €

kuni 05.02.24
sisaldab käibemaksu
tavahind 130 eurot

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

NB! Järelvaadatav kõigile 30 päeva!

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

Vaimse tervise konverents 2024

14.03.2024
Viru konverentsikeskus,
WorksUp veeb

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

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

Konverentsil osalemine annab
7,5 täiendkoolituspunkti

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



Eesti Psühhiaatrite Selts
Estonian Psychiatric Association

MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

Krooniline valu – elevant toas?

09.05.2024

KRUIISITERMINALIS JA VEEBIS



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

Osalemine annab täiendkoolituspunkte.

Hinnad ja täpsem kava:

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2024

EESTI REUMALIIT

Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

VEEBISEMINAR
7. veebruar 2024

TÕHUS RAVI RASVUMISELE – ELUVIISIST LÕIKUSENI

Rasvumise ravi alustalad – elustiil,
medikamentoonne ravi ja bariaatriline lõikus
KRISTEL EHALA-ALEKSEJEV
arst ja toitumisterapeut

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

KATRIN LUTSAR analüütik

Sihtgrupp: perearstid, pereõed, eriarstid, apteekrid

Hind **33 €** (sisaldab käibemaksu)

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

medicum
Terve elu!

MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

Annab
2 täiend-
koolituspunkti
pärast e-testi
edukat
sooritamist

COVID-19 kodune ravi riskigrupi patsiendile^{1*}

▼ Paxlovid®

(nirmatrelviiri 150 mg tabletid | ritonaviiri 100 mg tabletid)



**Tegutse kiiresti.
Alusta ravi mitte hiljem
kui 5 päeva jooksul sümptomite
tekkest patsientidel, kes ei vaja
lisahapnikku.**

Viited:

¹ Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) ravimiomaduste kokkuvõte https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_et.pdf.

* Uuringu EPIC-HR disain: PAXLOVIDi (nirmatrelviir/ritonaviir) ohutust ja efektiivsust hinnati uuringus EPIC-HR (N=2113), mis oli II/III faasi randomiseeritud topeltpime platseebokontrolliga uuring mittehospitaliseeritud sümptomaatilistel täiskasvanud osalejatel, kellel oli laboratoorselt kinnitatud SARS-CoV-2 infektsiooni diagnoos ja suur raskeks haiguseks progresseerumise risk. Esmane tulemusnäitaja hindas osalejate osakaalu, kes hospitaliseeriti COVID-19 tõttu või kes surid mis tahes põhjusel enne 28 päeva möödumist, kui ravi algas ≤3 päeva pärast sümptomite avaldumist. Teisene tulemusnäitaja hindas sarnaselt patsiente, kelle ravi algas ≤5 päeva pärast sümptomite avaldumist.

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

Paxlovid (nirmatrelviir/ritonaviir) 150 mg + 100 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN: *Nirmatrelviir + ritonavirum*. Üks roosa õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 150 mg nirmatrelviiri. Üks valge õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 100 mg ritonaviiri. Paxlovid (nirmatrelviir/ritonaviir) on näidustatud 2019. aasta koroonaviirushaiguse (COVID-19) raviks täiskasvanutel, kes ei vaja lisahapnikku ja kellel on suurenenud risk raske COVID-19 tekkeks. Soovitatav annus on 300 mg ravimit nirmatrelviir (kaks 150 mg tabletti) koos 100 mg ritonaviiriga (üks 100 mg tablett) suu kaudu iga 12 tunni järel 5 päeva jooksul. Suukaudne. Kerge neeru- või maksakahjustusega patsientidel ei ole vaja Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) annust kohandada. Mõõduka neerukahjustusega patsiente hoiatada, et iga 12 tunni järel tuleb koos ritonaviiri tabletiga võtta ainult üks Nirmatrelviir tablett. Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) ei ole soovitatav kasutada raseduse ajal ja rasestumisvõimelistel naistel, kes ei kasuta rasestumisvastaseid vahendeid, välja arvatud juhul, kui kliiniline seisund nõuab ravi toimeaine Paxlovidiga (nirmatrelviir/ritonaviir). Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) kasutamise kohta imetamise ajal andmed puuduvad. **Müügiloa hoidja:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgia. **Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:** Pfi zer Luxembourg SARL Eesti fi liaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn, tel: +372 666 7500. Retseptiravim. 30 tabletti ühes pakendis. SPC detsember 2023. Materjal valmis jaanuar 2024.

