



Töö

Peremeditsiinis regulaarsed ületöötunnid

Uuring: perearstid ja -õed teevad igapäevaselt kuni kolm ületundi, selgus esmatasandi tervisekeskuste liidu (ETT-KL) töökoormuse uuringust. Olukorda selgitab Vee perearstikeskuse juht, perearst **Ingrid Alt**. ▶6



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 9 (508) 20. mai 2025

www.mu.ee

Mõra koostöös

Arstide liidu hiljutised soovitusel valitsusele kulude kärpeks käisid **kolleegidele** au pihta. ▶3, 8–9



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Onkoloog
Vahur Valvere
põhjalik üle-
vaade rinnavä-
hi ennetusest
geeniuringu-
te või liikuva
mammograa-
fiabussi abil.

▶10

Uudised Linna ja riigi ühendhaigla

ÜHENDHAIGLA on vajalik, olen valmis linnaga ühise aktiivselt nimel läbirääkimisi jätkama, kinnitas sotsiaalmi-
nister **Karmen Joller**. ▶7



Fookuses: peavalu Pea poolte eakate pead valutavad

SEENIORITE peavalud on ar-
stile väljakutse, tõdeb neuro-
loog professor **Toomas Toom-
soo**. ▶14

Fookuses: nakkus Mitmenäoline hirmutav haigus

INFEKTSIONIST **Kerstin
Aimla** rõhutab, et kroonilist
borrelioosi ei ole olemas, kuid
krooniline hirm selle ees on
täiesti reaalne. ▶16

Fookuses: vaim Abi on eelkõige toest ja mõistmisest

TOOMPARGI vaimse tervise
keskuse psühhiaater **Margus
Lõökene** annab ülevaate täis-
kasvanute ATH diagnoosimi-
sest ja ravist. ▶24

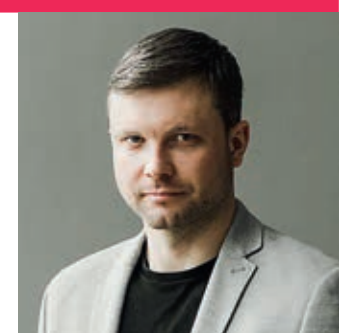
Abilinnapea muretsseb Tallinna haigla pärast

Tallinna abilinnapea **Karl Sander Kase** tõdeb uue Tallinna haigla
projektiga seonduvat kommenteerides, et iga protsessi pidurdumi-
ne on kaotatud aeg, mida tunnevad kõige valusamalt omal nahal
patsiendid ja tervishoiutöötajad. ▶3



Terviseidude areng peatus

Eesti tervisetehnoloogia sektor vajab süs-
teemset muutust, kinnitab tervisetehnolo-
ogiale keskendunud Health Founders Estonia
programmijuht **Siim Saare**. ▶5





EUROPEAN
TESTING
WEEK
www.testingweek.eu
2025



EuroTEST

Working together for integrated
testing and earlier care

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädal 19.–26. mai 2025!

HIV

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

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

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



Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata infektsioonhaiguste arsti vastuvõtule.



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

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädala teavitust
toetab AbbVie OÜ | EE-VHCV-250027
Valmistatud: märts 2025

C-hepatiit

Viirus kulgeb enamasti sümptomiteta ja jääb tihti diagnoosimata.

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

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



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

B-hepatiit

Keda testida:

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

www.testingweek.eu
www.eurotest.org

arvamus



Ligi 60% tervishoiuteenuste kulu-
dest moodustavad tervishoiutö-
tajate palgad.

Tervisekassa juht Rain Laane eelarve pingelisest seisust, mu.ee

Kommentaar:

Olulisi otsuseid ei saa lõputult edasi lükata



Karl Sander Kase
Tallinna abilinnapea

Viimaste nädalate jooksul on taas käivitunud aktiivne arutelu Tallinna haigla rajamise üle.

Tallinn on alates mullu augustist pidanud riigiga läbirääkimisi, liitmaks linnale kuuluvad Ida-Tallinna keskhaigla, Lääne-Tallinna keskhaigla, Tallinna lastehaigla ja riigile kuuluv Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH) üheks aktsiaseltsiks. Linna tingimus on, et linna rahalise panuse kõrval peab ka riik olema valmis kaasomanikuna uue meditsiinilinnaku ehitust rahastama. Paraku on need kõnelused võtnud oodatust kauem aega ning tervishoiuvaldkonnas valitseb seetõttu veel teatav selgusetus.

Valitsuse eelmise aasta lõpus kinnitatud haiglavõrgu arengusuunad aastaks 2040 näevad ette haiglavõrgu konsolideermise ning sõnastavad ka eesmärgi, et Tallinna tekiks tulevikus kaks meditsiinilinnakut: üks Mustamäele ja teine Lasnamäele. Lisaks võttis riik endale kohustuse töötada tänava välja finantsplaan uue linnaku rajamiseks.

Kaotatud aeg on kallis. Suuremahuliste muudatuste ettevalmistamine võtab aega, ent ei uue ühendhaigla loomise ega ka uue meditsiinilinnaku rajamise idee ole uued. Nüüd oleks aeg muutus ellu viia, kuna oluliste otsuste tegemist ei saa lõputult edasi lükata. Iga protsessi pidurdumine on kaotatud aeg, mida tunnevad kõige valusamalt omal nahal patsiendid ja tervishoiutöötajad. Just sellel põhjusel oleme jätkanud edasiliikumist mitmel tasandil: alates möödunud augustist oleme pidanud läbirääkimisi riigiga ja esitanud ettepanekuid eduka lõpptulemuseni jõudmiseks, kuulutasime välja uue meditsiinilinnaku projekterimishanke, oleme kaasanud arhitektide liidu ning tellinud lisaanalüüse, valitsuse otsuse venimisel aga asusime tegema ettevalmistusi ainult linnale kuuluvate haiglate liitmiseks.

Raha on vähe. Mõistame, et riigieelarves on raha alati piiratud hulgal ning kõik sõltub prioriteetidest, samas peaks 600 000 patsiendi ning tuhandete meditsiinitöötajate tulevik olema oluline iga valitsuse jaoks. Linn on valmis panustama vaatamata sellele, et seadusest tulenevalt ei kuulu eriarstiabi kohaliku omavalitsuse kohustuslike ülesannete hulka. Tervishoiuasutuste liitmine toob potentsiaalselt kasu ja ressursi tõhusama kasutamise, seda nii personali, IT- kui ka haldusküsimustes. Et elevanti toas ei tasu lõputult ignoreerida, ootab linnavalitsus hiljemalt 16. maiks valitsuselt otsust, kas riik on valmis uue meditsiinilinnaku rajamist kaasrahastama.



ILLUSTRATSIION ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Pöidlad pihku, et koostöö jätkuks!

Aprilli keskel pahasdas arstide liidu koalitsioonileppe koostajatele tehtud ettepanekukiri perearstide seltsi sedavõrd, et selle liikmeid kutsuti üles liidust välja astuma. Sõna võtsid erateravishoiuasutuste liidu ja teistegi end kirjast puudutatuna tundnute esindajad.

Meditsiiniuudised ei taha võtta poolt ega kohut mõista ja loodab, et organisatsioonide koostöö ühise eesmärgi ehk tervemate inimesteni jõudmisel saab siiski jätkuda.

Pahameelt tekitas peamiselt ettepanek vaadata üle tervisekassa rahastusmudelid, seda eriti erakliinikute ja perearstiabi puhul. Viimase osas toodi põhjenduseks, et näiteks 2023. aastal oli enamik perearstiabiastutustest (420st 400) kasumise keskmise tulemiga 92 000 eurot ja osa kasumist moodustas tervisekassast saadud raha.

Rahastamine läbipaistev. Perearstide seltsi, peremeditsiini professori ja esmatasandi arengukava tööühma, MTÜ Eesti Noored Perearstid ja esmatasandi tervisekeskuste liidu esindajate vastuskirjas märgiti muu hulgas, et perearstiabi rahasta-

mine on läbipaistev, detailne ja rangelt kontrollitud, et EMODE ja perearstide töökorralduse muutmisel on oluline lähtuda vajaduspõhise meditsiiniteenuse kriteeriumitest kõikides etappides ning et perearsti kohustuslik vastuvõtuaeg lepingus sätestab miinimumi, mille perearst peab pühendama kontaktvastuvõtule, ent üha rohkem on ju kaugvisiite.

Erakliinikutel oma roll. Erateravishoiuasutuste liidu teatel sisaldas arstide liidu kiri mitut heas usus tehtud ettepanekut tervishoiusüsteemi parandamiseks, ent väljendas ka seisukohati, mis käsitlevad erateravishoiuasutusi kriitilises toonis ning ei ravad erasektori rolli ja väärtust Eesti tervishoiusüsteemis. Erateravishoiuasutused pakuvad kiiremat kättesaadavust, paindlikkust ja suurt hulka teenuseid, mida avalik sektor ei suuda piisavas matus või kvaliteedis pakkuda. Ettepanek piirata nende lepingumahtu juhul, kui haiglavõrgu arengukava haiglad (nn HVA haiglad) ei suuda mahutu täita, lähtub soovist eelistada riiklikke partnereid, kuid ei arvesta patsiendi vaatenurka.

Loe samal teemal lk 8-9

On tähtis, et koostöö poolte vahel tervemate inimeste nimel jätkuks.

VÕITJA
Merike Luman

Kuu algul anti pidulikul tunnustusõhtul üle regionaalhaigla 2025. aasta *grand lady* tiitel. Tänavu pälvis elutööpreemia nefroloog **Merike Luman**, kes on olnud selles haiglas ka mitmel juhiposit-sioonil. Toimetust ühineb õnnitlustega!

VÕITJA
Triin Jagomägi

Tartu ülikoolis alustas tänavu tööd Eesti esimene ortodontia profes-sor – ülikooli kliinikumi vanemarst-õppejõud **Triin Jagomägi**. Orto-dontia teadusmagistri kraadi omandas ta Soomes Kuopio ülikoolis, arstiteaduse doktorikraadi aga Tartu ülikoolis. Palju õnne!

Nädala foto:

Teatepulk uuele õdede liidu juhile



Samal päeval aasta õdede väljakuulutamise andis senine kauaaegne õdede liidu president Anneli Kannus sümbolse teatepulga üle uuele presidendile Laura Keidongile. Aasta õdedeks aga valiti tänavu koguni kaks õde: Katti Kõrve ja Regyta Eriste, aasta hooldustöötajaks Tiit Lehemets ning aasta teoks eriõe teenuste laiendamine. Tiitlid anti üle 12. mail Tallinnas toimunud rahvusvahelisele õdede päevale pühendatud konverentsil.

FOTO: RAUL MEE/ÕDEDE LIIT

mu.ee lugude TOP

- Uuring näitas, milliste ametite esindajad vananevad kõige kiiremini
- GALERII Õdede liit kuulutas välja aasta õed, hooldustöötaja ja teo
- Regionaalhaigla grand lady on doktor Merike Luman
- Lastehaigla kirurgiakliiniku uueks juhiks valiti Aleksandra Šilova
- Kui palju on Eestis õdesid ja kui suur on nende tööde maht?
- Esmatasandi tervisekeskuste kvaliteedi tõstmiseks loodi uus standard
- Soome arstide kollektiivleping sai allkirjad

Toimetaja repliik:

Keeletõlke äpp näib kõige parem abimees

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Noored arstid ja õed ei oska vene keelt – see on ammu läbikirjutatud uudis Eesti meedias. Nüüd, kus teema ühe juhtumi pinnalt pealinna ühes EMOs jälle pinnale tõusis, oleks kõige lihtsam lahendus muretseda tervishoiutöötajate telefonidesse vastavad äpid, mis suulise kõne vajalikku keelde

tõlgivad. Jah, paremad neist ei ole tasuta, aga midagi pole teha: tehisintellekt on selles vallas küll paratamatu abimees. Pole ju mõeldav, et kolleeg rebib end oma tööst vabaks ja asub tõlkima, või siis keeleoskaja kaaspatsient saab kurssi viidud võõra inimese raviandmetega. Prooviks võiks teha kasvõi piloodi mõnes EMOs või haiglaosakonnas, et kas sellest oleks muukeelsega suheldes abi.

Üks küsimus: Millistest ravijuhenditest veel puudust tunnete?

Madis Veskimägi

Tõstamaa perearst

Ravijuhendid töötavad hästi siis, kui inimesel on 1-2 haigust. Kui haiguseid on aga 4-5, tekivad juba ravijuhendite vahelised vastuolud. Selles olukorras on parima lahenduse leidmine nii patsiendile kui ka arstile paras katsumus. Võiks koostada ravijuhise polümorbiidse patsiendi käsitlestest.

Piret Rospu

Tabasalu perearstikeskuse perearst

Üks võiks olla rasvmaksa ja maksatsirroosiga haigete jälgimist puudutav: neid haigeid on palju ja soovitusi nendega tegelu-seks väga vastukäivaid, seega võiks kokku leppida, kuidas me Eestis nende haigete-ga toimetame.

Teine võiks olla *Helicobacter pylori* oma, aga sellega minu teada tegeletakse.

Kunagi tromboos.ee lehel olnud pindmise veenitromboosi juhend on praegu kadunud ja kuigi teema on pisike, läheb ravijuhendit ikka aegajalt tarvis.

Mall Lepiksoo

Väike-Maarja perearst

Olen püüdnud kiire muutuste tuules saada vajaliku info lähima test värske teabe kanalitest, eelkõige ajakirjandusväljaannetest Perearst, Eesti Arst ja Meditsiiniuudised, koolitustelt ja konverentsidelt. Toetudes oma 54aastasele arsti-praktikale, teen otsuseid kiiresti ja vajadus juhendite järgi on vähene, ka uusi ma ei vaja. Noorele arstile on ravijuhendid minu arvates oluliselt vajalikumad.

Karjäär Tallinna lastehaigla kirurgiakliinik sai uue juhi

TALLINN Lastehaigla kirurgiakliiniku uue juhina alustab 1. juunist Aleksandra Šilova. Ta on lõpetanud Tartu ülikooli arstiteaduskonna (2014), üldkirurgia (2020) ja lastekirurgia (2023) erialal. Ta on tegev toitmisravi spetsialistina ja valuravi arstina ning külalisõppejõud Tallinna tervishoiu kõrgkoolis. Varasem töökogemus on Šiloval Narva haiglast ja Ida-Viru keskhaglast aga ka erasektorist.

„Minu visioonis kujuneb Tallinna lastehaigla lastekirurgia kliinik järgneva viie aasta jooksul mitmetasandiliselt – arenevad keskkond, inimesed ja professionaalne kompetents. Meie eesmärk on pakkuda kaasaegset, tõenduspõhist ja patsiendikeskset ravi, mille tugisambad on innovatsioon, rahvusvaheline koostöö ja lapse-sõbralikkus,“ tõdeb Šilova oma nägemuses kirurgiakliinikust.

Tehnoloogia AI loob arsti ja patsiendi vestlusest dokumendi

SOOME Tervishoiuasutuses Harjun Terveys on hakatud kasutama tehisintellekti, et vähendada arstide dokumenteermiskoorumust ja parandada patsiendikogemust. Lahtis ja kolmes teises Päijät-Häme piirkonnas on testitud tehisintellekti kuu aja vältel arstivisiitide dokumenteermisel, vahendab yle.fi Etelä-Suomen Sano-mat uudist. Arsti ja patsiendi vestlus salvestatakse patsiendi loal ning tehisintellekt loob selle põhjal esialgse dokumentatsiooni. Arst kontrollib teksti ja lisab selle ametlikku süsteemi, salvestus ise seejärel kustutatakse. Lahtis on juba kolmandik arstidest koolitatud süsteemi kasutama, tulevikus plaanitakse laiendada kasutust ka erakorralisele vastuvõtule. Süsteem vabastab arsti aega, võimaldades kas rohkem keskenduda patsiendile või suurendada visiitide arvu päevas.

Areng Tallinna hambapolikliinik jääb müümata

TALLINN Tallinna linnavalitsus loobus hambakliiniku müügist ja otsustas liita selle tulevase ühendhaiglaga, et säilitada linnale olulised hambaraviteenused, kirjutas ERR. Tõnismäel asuv ja ka Lasnamäel filiaali omav hambakliinik plaanitakse liita ühendhaiglaga, kuhu koondatakse kõik linna haiglad. Linnapea Jevgeni Ossinovski sõnul näitas analüüs, et hambakliiniku müümine oleks toonud kaasa riske, kuna oluline osa teenustest on linnale vajalik. Samuti on hambakliinik kasumlik ja teenindab patsiente, mistõttu kiireid muudatusi ei ole tarvis. Tallinna hambapolikliiniku juht Marika Priske võitis aga äsja konkursi ja on aastase lepinguga ka SA Tallinna Haigla tegevjuht. Sihtasutuse eelmine juhtkond astus maist tagasi.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

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

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

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

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

Trükk: AS Printall
Väljaandja: AS Äripäev

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

Lihaste jäikust ja valu saab vältida

Sportiarst ja kirurg-ortopeed **Nakamura Kakuko** on 25aastase arstipraktika vältel ja igapäevaselt Jaapani olümpiakomitee toetatavaid sportlasi ja teisi atleete ravidest välja töötanud tõhusta treeningprogrammi keha liikuvuse parandamiseks, vananemisprotsessi aeglustamiseks ja vigastuste vältimiseks. Doktor Nakamura pakub raamatus välja venitamismetoodika, mis aitab vältida jäikust ja valu, vältida kukkumisohtu ning keha noorena hoida. Kirjastus Tänapäev



28.08

KOGNITIIV-KÄITUMISTERAAPIAT teades saab oma tööd rikastada arst, öde ja apteeker. Loengus räägime, mida ja kuidas teha ning anname kiiresti kätte põhitõed. Lektor: kliiniline psühholoog **Kaia Kastepõld-Tõrs**. Info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/kkp>

Sissevaade:

Tervisetehnoloogia valdkond seisab teelahkmel

Eesti tervisetehnoloogia valdkond seisab teelahkmel: meil on kõik eeldused, et luua maailma muutvaid tervisetehnoloogia lahendusi, ent seni oleme edulugude arvult ja mastabilt selgelt naaberriikidele alla jäänud. Muutust soovides peame looma keskkonna, mis soosib uute ettevõtete pealekasvu.

Meil on head eeldused välismaal läbiloõmiseks. Mitu maailmas laineid löövat Eesti päritolu iduettevõtet tõestab selgelt, et siin on tugev ettevõtluskeskkond ja suur potentsiaal tehnoloogia-ettevõtete arendamiseks. Tervisetehnoloogia sektor seisab aga väljakutsete ees: Eesti majanduskeskkonnas valitsev ebakindlus, tervishoiusüsteemi kasvav koormus, teadlaste ja kliiniliste spetsialistide vähene ettevõtlusvalmidus ning piiratud rahastusvõimalused on viinud selleni, et uute ettevõtete pealekasv on viimaste aastate madalaim. See takistab Eesti teadusavastuste ja uuen-



Siim Saare

Health Founders Estonia
programmijuht

Eestis ei ole puudu mitte ideedest, vaid ökosüsteemist, mis toetaks ettevõtte arengut kogu innovatsioonitekkonna vältel.

duslike tehnoloogiate turule liikumist ning maailma muutvateks lahendusteks muutumist.

Puudu on ka toimivatest koostöömehhanismidest – avalik ja erasektor töötavad tihti eraldi ning teadlaste, arstide ja ettevõtjate koostööd ei toetata süsteemselt.

Eesti on selliste ettevõtete arvult Soomest kaugel maas. Kui Eestis tegutseb umbes poolsada aktiivset tervisetehnoloogia ettevõtet, siis näiteks Soomes asutatakse selle valdkonna ettevõtteid kaks-kolm korda enam. Selliste ettevõtete omakapitali investeeringute maht on kuni 20 ja ekspordimaht 50 korda suurem kui meie omadel. Seejuures ei ole Eestis puudu mitte ideedest, vaid ökosüsteemist, mis toetaks ettevõtte arengut kogu innovatsioonitekkonna vältel ideest ekspordini.

Hiljuti loodud ja pooltele esitletud Health Founders Estonia (HFE) eesmärk on ühendada teadus, meditsiin ja ette-

võtlus ning toetada uue põlvkonna ettevõtjaid, et Eesti tervisetehnoloogia maailmakaardile viia ning pakkuda nii kodumaise tervishoiusüsteemi probleemide kui ka globaalsete väljakutsete lahendusi. Pakume iduettevõtjatele süsteemset tuge nii uue lahenduse arendamisel, kliinilisel valideerimisel, regulatiivsel ettevalmistusel kui ka turule jõudmisel. Meie tegevus lähtub „praktikult praktikule“ põhimõttest, kus asutajad, teadlased, arstid ja teised eksperdid loovad koos praktilisi ja mõjuvaid lahendusi. Arendame aktiivselt kogu sektorit, et Eestis sünniks edaspidi rohkem maailma muutvaid tervisetehnoloogia edulugusid.

On nii kiirendeid kui ka häkatone.

Tänavu algavatesse kiirendiprogrammidesse kutsume osalema nii eluteaduste kui ka digitaalse tervishoiu valdkonna iduettevõtjaid, kahepäevasel häkatoniil aga asume lahendama pakilisimaid valdkonna väljakutseid.

02.10.2025

Radisson Blu
Hotel Olümpia
ja veeb

SILMA- KONVERENTS 2025

Käsitleme erinevaid akuutseid teemasid Ida-Tallinna Keskhaigla silmapetsialistide abil. Räägime nii laste kui ka täiskasvanute silmaprobleemidest.

SIHTGRUPP:

perearstid, pereõed, lastearstid, proviisorid, farmatseudid, EMO arstid ja teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte. Tunnistuse väljastab Ida-Tallinna Keskhaigla koolituskeskus.

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

Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniudiste meditsiini-meedia müügijuht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA



MEDITSIINI-
KONVERENTSID

SÜSTEEMSED HAIGUSED JA SILM:

- düstreoidne orbitopaatia
- diabeet ja silm
- Sclerosis Multiplex ja silm
- temporaalarteriit silmaarsti vaatevinklist
- uveit lastel
- uveit täiskasvanutel

AKUUTSED SILMAPROBLEEMID:

- sähvatused ja hõljumid silma ees – kas see on ohtlik?
- silmapatsiendi käsitlus: e-konsultatsioon ja EMK
- koostöö silmaarstide ja optometristide vahel. Silmaarsti vaatenurk
- koostöö silmaarstide ja optometristide vahel. Optometristi vaatenurk
- põletikuvastased silmatilgad

TASUB TEADA:

- silma melanoom
- IPL – meetod, mis ravib kuiva silma põhjust
- periokulaarne esteetika

SOODUSHIND

kuni 21. septembrini

TÄPSEM KAVA JA PILETIINFO:

pood.aripaev.ee/konverentsid-silmakonverents-2025

uudised



Turule tuleb üha kallimaid ravimeid ja apteegi müügmarginaal on hinnaga võrreldes peaaegu olematu.

Soome apteekrite liidu esimees Risto Holma, mu.ee 9.05

Perearstid ja -õed teevad iga päev ületunde

Seoses pöördumiste arvu kasvuga on perearstiabi teenuse osutajatel järjest keerulisem täita õigusruumis kehtestatud tingimusi ilma ületunde tegemata või lisapersonali kaasamata, selgus esmatasandi tervisekeskuste liidu (ETTKL) töökoormuse uuringust.

Uuringu kohaselt oli 2024. aasta aprillis tervisekeskustes töötavate arstide töötundide arv tegevustesse kodeerituna keskmiselt ühe nimistu kohta ligi 191 ning õdedel 176 tundi. „Arvestades, et normtundide arv oli 168 ja optimaalne töötundide arv vaid 127,2 tundi, mis arvestab ka seaduses ettenähtud puhkepause, koolitusi ja puhkuspäevi, tähendab see, et arstid tegid sisuliselt 64 ja õed 49 tundi rohkem tööd kui ette nähtud,” selgitas ETTKL juhatuse liige ja Vee perearstikeskuse juht perearst Ingrid Alt.

Tööajatabeli töötundide alusel oli ületundide keskmine arv päevas arsti kohta 2,9 ja õe kohta 2,2. Samuti selgus uuringust, et mida suurem on nimistu, seda rohkem tegevusi ja töötunde arstil kulub nimistu patsientide pöördumise ja terviseurede lahendamiseks. „Nii arstid kui

ka õed tahavad oma patsientidele parimat terviseabi anda ja seetõttu on nad valmis tegema ületunde, et tagada abi kättesaadavus ja kvaliteet,” ütles Alt.

Samuti tehakse ületunde, et vastata digipöördumistele, koostada e-konsultatsiooni vastuvõtte ning tegeleda keskuse halduse ja korraldusega. „Siiski ei ole jätkusuutlik pidevalt töötada ületundide kiuste ning senine rahastusmudel tuleb viia vastavusse tegeliku töömahu ja patsientide vajadustega,” tõdes Alt.

Arste ja õdesid on juurde vaja

Uuringus tuuakse esile, et eeldusel kui kõik töö on kodeeritud raviarvetele, on vajalik täna kehtivate õigusruumi nõuete täitmiseks lisapersonali minimaalse suurusega (kolm nimistut) tervisekeskuse kohta 1,5 koormusega lisaõde ning 0,44 koormusega arsti. Kui arvestada graafikujärgseid ületunde, on vaja 1,5 koormusega arsti ja 1,2 koormusega õe ressursi.

Alt märkis, et paljud tervisekeskuste töötajad peavad oma tööd tähenduslikuks, hindavad võimalust töötada mees-

Tasub teada: Ületunde igas päevas

- Tööajatabeli töötundide alusel oli ületundide keskmine arv päevas arsti kohta 2,9 ja õe kohta 2,2.
- Perearstid töötasid keskmiselt kuus 191 tundi ja õed 176 tundi.

konnana kaasaegses tervisekeskuses ning on motiveeritud. „Oleme oma organisatsioonis uurinud ka töötajate rahuolu, tulemused on analüüsitud ja teame, et meie kolleegid tulevad tööle hea meele ja positiivsete ootustega ning soovivad teha oma parima, et patsiendid saaksid õigel ajal vajalikku abi, olgu tegemist ennetuse, ravi või taastumise toetamisega. Seejuures peegeldab ka töötajate rahuolu uuring, et peamine väljakutse on just töökoormus,” lisas Alt.

Lisaks selgus töökoormuse uuringust, et digipöördumiste osakaal on kasvanud.

Kasutades digiplatvorme, nt e-perearstikeskus, on inimestel võimalik anda perearstile märku näiteks enda haigestumisest, paluda kordusretsepti ning saada esmast nõu ja abi terviseure korral. Digipöördumised (kodeeritud kui telefoni ja e-posti teel nõustamine) kokku moodustasid aprillis kodeeritud tegevustest arstil 67% ja õel 64% ning novembris vastavalt 64% ja 67%.

Uuring veerand miljoni pealt

Töökoormuse raport hõlmas 26 tervisekeskust üle Eesti, mis teenindavad kokku ligi 240 000 inimest. Raport tugineb tervisekeskuste enda esitatud tööajaandmetele ja kodeeritud tegevustele möödunud aasta aprillis ja novembris. Raportiga saab tutvuda veebiaadressil <https://www.ettkl.ee/liidust/dokumendid>

ETTKL koondab endas edumeelseid tervisekeskusi, et luua tervishoiu esmatasandi ettevõtluse alustamise, hoidmise ja lõpetamisega seotud head tavad ja seeläbi olla Eesti parimad tööandjad tervisekeskuste meeskondadele.

mu.ee

KOGNITIIV-KÄITUMISTERAAPIA PÕHITÕED



LOE Äripäeva terviseraamatuklubi väljaantud raamatut „Kognitiivse käitumisteraapia tööraamat”

pood.aripaev.ee/raamatud-kognitiivse-kaitumisteraapia-tooraamat



Kognitiiv-käitumisteraapia on psühhikahäirete ravina kasutatav psühhoteraapia vorm. Samas saab selle põhimõtteid tundes ja sekkumisviise teades oma tööd rikastada ka arst, õde ja apteeker. Loengus räägime, mida ja kuidas seda teha.

LEKTOR: KAIA KASTEPÖLD-TÖRS

kliiniline psühholoog, Tartu ülikooli psühholoogia instituudi lektor

SIHTGRUPP: perearstid, õed, eriarstid, apteekrid, proviisorid, teised teemast huvitatud tervishoiutöötajad.

NB! Veebiseminar annab 1 täiendkoolituspunkti pärast e-testi edukat sooritamist. Tunnistuse väljastab Medicum Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

SOODUSHIND kuni 18. augustini

Täpsem info:

pood.aripaev.ee/kkp



VEEBISEMINAR
28.08.2025

523

ÄMMAEMANDAT töötas 2023. aastal Eestis, mida on 1/5 enam kui 2013. aastal. Tänavu pälvis aasta ämmaemanda tiitli Kärt Pielberg, kes töötab Lääne-Tallinna keskhaiglas. Aasta noor ämmemand on Reelika Tsirp Pärnu haiglast.



Tallinna hambakliinikut ei müüda
TALLINNA linnavalitsus loobus hambakliiniku müügist mõnele erafirmale ja otsustas liita selle tulevase ühendhaiglaga, et säilitada linnale olulised hambaraviteenused.

Joller: Tallinna ühendhaigla on hädavajalik

Sotsiaalministeerium tutvustas hiljuti valitsuskabineti nõupidamisel kaava luua eriarstiabi tippkeskus, milleks ühendatakse Tallinna linnale kuuluvad Ida-Tallinna keskhaigla (ITK), Lääne-Tallinna keskhaigla (LTKH), Tallinna lastehaigla ja riigi omanduses olev Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH).

Sotsiaalminister Karmen Joller sõnul on sisulised muudatused Tallinna tervishoiuteenuste korraldamises hädavajalikud.

“Kõik need neli haiglat on tugevad, kompetentsed ja teevad head tööd. Nende tugevuste liitmisel ei oleks summaks number neli, vaid kuus, kaheksa ja võibolla isegi kümme,” ütles Joller. “Suudaksime nii parandada ravikvaliteeti, lõpetada haiglate vahelise “võidurelvastumise” ning pakkuda meedikutele võimalust töötada ja oma oskusi tõsta tõelises tippkeskuses. Vähendame ka kulutusi, säästetud raha saab omakorda kasutada järgmiste inimeste ravimiseks ja aitamiseks, tehnoloogia arendamiseks ja uudsete ravimeetodite kasutuselevõtmiseks.”

Praegu on Tallinna ja Harjumaa eriar-



**Suudaksime
nii paranda-
da ravikvaliteeti
ja vähendada
kulutusi.**

Karmen Joller, sotsiaalminister

stiabi teenused eri haiglate vahel killustunud, samuti arendatakse konkureerivaid teenuseid ja dubleeritakse üksteist. Näiteks arendavad vähiravi praegu nii PERH kui ka ITK, mis mõlemad on soetanud selleks kulukat tehnoloogiat ehk dubleerivad teineteist. Samal ajal ei ole ITKs kiiritusravi võimalust ning sinna ravile sattunud patsiendid peaksid kombineeritud ravi jaoks liikuma kahe asutuse vahel.

Joller sõnul ei ole see mõistlik avaliku raha kasutamine, eriti arvestades, et tervishoiusüsteem on kriisis ning kasutame aastas umbes 200 miljonit eurot tervisekassa reserve.

Lõuna-Eestist kogemus võtta

“Ühendamine ja tekkiva suurhaigla juhtimise korraldamine on pikk ja keerukas protsess. Õnneks on olemas varasem kogemus Lõuna-Eestist, kus kliinikumi loomisel ühendati eri haiglad,” ütles Joller.

“Samuti on selge, et sellise suure ühendhaigla moodustamine mõju ulatub Tallinnast ja Harjumaa kaugemale ning seega tuleb vaadelda kogu Eesti tervishoiusüsteemi tervikuna,” lisas ta.

Ühendhaigla loomiseks Tallinnas on kavas ühendada neli haiglat – SA Põhja-Eesti regionaalhaigla (riigi asutatud sihtasutus), ASid Ida-Tallinna keskhaigla ja Lääne-Tallinna keskhaigla (Tallinna linnale kuulvad äriühingud) ning SA Tallinna Lastehaigla (Tallinna linna asutatud sihtasutus).

Ühinemise ettevalmistamiseks on alates möödunud aasta augustist tegutsenud töörühm, mis koosneb sotsiaalministeeriumi, rahandusministeeriumi, Tallinna linnavalitsuse ja haiglate esindajatest.

Tallinna haiglad on väga oluline osa Eesti tervishoiusüsteemist, osutades kokku ligikaudu 46% kogu Eesti eriarstiabist. Pealinna neljas haiglas asub kokku üle poole haiglavõrgu voodifondist ja töötab ligi kolmandik Eesti tervishoiutöötajatest.

Tulevase ühendhaigla moodustamise positiivne rahaline mõju järgmise kümne aasta vaates on esialgse hinnangu põhjal ligi 350 miljonit eurot. See peaks tulema näiteks juhtimise ja tugifunktsioonide tsentraliseerimisest, ühishangetest jm.

mu.ee

12.–13.09

V Spaahotelli
Konverentsikeskus
Tartu

**Soodushinnad
kuni 1. juunini!**

Eraldi ühepäevahind.
Erihind tudengitele ja
õdedele.
Võimalik soetada pilet
õhtusöögile, esineb
Paul Neitsov.
11. septembril saab
osaleda ERMi tuuril
(inglise keeles).

**Vaata lähemalt
www.bsm2025.com**



**Meditsiini-
konverentsid**

**Kaks saali!
Üle 40 lektori!**
Konverents on inglise keeles.

**Peaesineja:
Harald Hrubos-Strøm**
Norra Akershusi ülikooli haigla
somniaal ja vanemkonsultant
teema: “Preventive, predictive,
personalized and participatory (4P)
management of obstructive
sleep apnea (OSA)”

Balti riikide unemeditsiini spetsialiste ühendav konverents toimub esmakordselt Eestis.

Konverentsi teadusprogramm hõlmab erinevaid erialasid: rasvumine ja obstruktiivne uneapnoe, kardioloogiliste haiguste seosed unehäiretega, seosed oftalmoloogia ja unemeditsiini vahel, laste unemeditsiin, respiratoorne unemeditsiin, neuroloogia/unega seotud liikumishäired, otorinolarüngoloogia une ajal, unetus, ööpäevärütmi häired, geneetika ja unemeditsiin, unediagnostika, ortoterapeutiline ravi, unemeditsiin ja farmakoloogia jpm.

Osalevad kogu Euroopa, sh Eesti, Läti, Leedu ja Soome parimad unemeditsiini valdkonna spetsialistid ja eksperdid. Oodatud on ka perearstid, uneõed, unetehnikud, audioloogid, neuroloogid, psühhiaatrid, lastearstid, pulmonoloogid, psühholoogid, logopeedid, arstitudengid ja residendid.

Konverents annab täiendkoolituspunkte.

Baltic
Sleep
Meeting
2025



luubi all

Tervishoid Arstide liidu ettepanekud tekitasid ärevat vastukaja

Tekk on kitsas, kõigile ei jagu

Arstide liit (EAL) ehmatas hiljuti perearste ja erakliinikute juhte, kui soovitas valitsusel kärbeta saamiseks üle vaadata just nende rahalised lepingud ja töökorralduse. Kolleegid pole nõus.

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

Rapla perearst ja perearstide seltsi juhatuse liige Argo Lätt ütleb, et on arstide liidu koalitsioonilepingusse esitatud ettepanekute pärast mures, kinnitades, et liidu kirja avalikuks tulles oli nii tema kui ka kümned teised perearstid valmis liidust välja astuma. Tema ise veel vastavat avaldust teha ei ole jõudnud.

Lätt räägib, et arstide liidu aprilli keskel saadetud kirja arutati perearstide seltsi (EPS) laiendatud juhatuse koosolekul aprilli lõpus ning leiti, et perearstiabi muutmise ettepanekud olid ääretult solvavad: "Saadetud kiri näitab, et EAL on asunud kritiseerima perearstide töökorraldust, omamata ettekujutust meie ülesannetest, võimalustest ja rahastamispõhimõtetest."

Lätt ei ole rahul, et EAL perearste ettepanekute koostamisse piisavalt ei kaasatud ega nõustu kõige ette panduga. "Näiteks ei vasta tööle väide, et perearstid töötavad vaid neli tundi päevas, sest perearsti töö hõlmab lisaks vastuvõtuajale dokumentide täitmist, telefonikonsultatsioone, koduviisi, koolitusi jne." Kokkuvõtteks avaldab ta lootust, et koalitsioon võtab arvesse kõiki vaatenurki ja teeb otsused, mis on parimad patsientidele ja tervishoiusüsteemile. Samuti loodab ta, et EAL on tulevikus avatum ja kaasab perearste protsessi rohkem.

Perearstid tööga niigi väga üle koormatud

Perearstid ja teisedki organisatsioonid ei jätanud asja niisama. "Perearstiabi rahastamine on läbipaistev, detailne ja rangelt kontrollitud. Seoses kärbetega meditsiinisüsteemis perearstikeskuste töömaht suureneb, ent kasumit ei saa kasvata patsiendi arvelt: uuringud ja analüüsid tasustatakse tehtud mahus lepinguli-



Confido tegevjuht Edvard Garder ei pea õigeks erakliinikute töö alatähtsustamist.

FOTO: CONFIDO

se piirmäära täitumiseni, nende tegemata jätmisel kasum ei suurene," kirjutasid perearstid oma vastuses. "Perearstide rahastusmudel ei kata juba praegu mitut õigusruumiga kaasnevat kohustust, näiteks töötervishoiukulud ning vastutuskindlustuse ja küberturbega kaasnevad nõuded, mille katmiseks tuleb tervisekeskustel arukalt majandada."

Tervishoiukorralduse kättesaadavu-

se parandamise muudatuste ettepaneku osas viidati, et uuringute kohaselt saab 80% inimeste tervisemuredest lahendada esmatasandil, ülejäänud osas on konstruktiivne koostöö esmatasandi ja eriarstiabi vahel tööpoolest vältimatu. "Kogu süsteem peab lähtuma ühtsest põhimõttest, et inimene saab abi õigel ajal ja õiges kohas kiirusega, mille määrab tema terviseprobleemi tõsidus. Patsiendi haiglasüstee-

mi suunamise vajaduse üle otsustab perearst, kelle juurest algab patsiendi tervise teekond. Üld- ja eriarstiabi lahususe printsiip peab säilima," lisasid nad.

EMode ja perearstide töökorralduse muutmise ettepaneku osas leiti, et riiklikult peab olema selge sõnum, et EMO on mõeldud erakorralistele seisunditele, mis ohustavad elu ja tervist ning peab saama suunata patsiendi mitte-erakor-

Katrin Rehema, arstide liidu peasekretär

Rahastusmudeleid võiks muuta nii eriarsti- kui ka perearstiabis.

ralise probleemiga perearstikeskusesse. Perearsti kohustusliku vastuvõtuaja pikendamise ettepanekule vastati, et perearstikeskused on avatud kaheksa ja tervisekeskused kümme tundi tööpäevas. "Kohustuslik vastuvõtuaeg lepingus sätestab miinimumi, mille perearst peab pühendama kontaktvastuvõtule, ent arstitöö ei ole ammu ainult kontaktvastuvõtt. Samas oleme nõus, et oluline on tagada tervishoiuspetsialistide ressursi asjakohane kasutus tervishoiukorralduse tasemel: esmatasand vajab efektiivseks tööks rohkem spetsialiseeritud ödesid ja teisi kliinilisi spetsialiste, aga ka mittekliinilisi töötajaid," selgitasid perearstid.

Kokkuvõtteks ütlesid allakirjutanud – seltsi juht Elle-Mall Sadrak, peremedit siini professor ja esmatasandi arengukava töörühma juht Ruth Kalda, MTÜ Eesti Noored Perearstid juht Kadri Ann Salumäe ja esmatasandi tervisekeskuste liidu tegevjuht Kersti Esnar –, et arstide liidu liikmetel on õigustatud ootus, et liit seisab kõikide liikmete eest. "Perearstide teavitamata jätmise otseselt nende valdkonda puudutavate ettepanekute esitamisest kogu liikmeskonna nimel on põhikirja rikkumine. Olukorras, kus Eesti tervishoiusüsteem on sügavas kriisis, ootame arstide katuseorganisatsioonilt selgeid ja konstruktiivseid sõnumeid. Reaalsete lahenduste leidmise eeldus on ühtsus ja avatud kommunikatsioon."

Erakliinikute suunas ebakohaselt palju kriitikat

Confido tegevjuhi, üldkirurg Edvard Garderi hinnangul jääb arstide liidu seisukohtadest mulje, nagu esindaks liit vaid haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglas töötavaid arste, ehkki põhikirja alusel võivad liidu liikmeks astuda kõik Eestis arsti kutset omavad isikud. Ta lisab, et paraku on liidu ettepanekud ebaproportsionaalselt kriitilised nii erateravishoiuasutuste kui ka perearstide suunal ning vastamata jääb küsimus, kuidas piiratud ressursidega olukorras vähemaga rohkemat teha.

"Perearstikeskuste kasumeid demoniseerides tuleb mõista, et ka HVA haiglad teenivad kasumit ja kasumit haigla arendamise nimel betooniks valades teenib kunagise raviraha pealt kasumit ka ehitusettevõtja. Kasum on kapitalistlikus ühiskonnas normaalne nähtus, mis võimaldab ettevõtetel ja ühiskonnal toimida," sõnab Garder. Ta tuletab meelde sedagi, et erateravishoiuasutused olid COVID-19 pandeemia ajal riigile väga väärtuslik partner nii testimise kui ka vaktsineerimise osas ning kinnitab, et tulevikuski ollakse sarnastes olukordades valmis kiiresti abikätt ulatama.

Garderi kinnitusele peavad erakliinikud tervisekassa lepingute saamiseks läbima korraliku kadalipu. "Protsessist tingituna on enamik erakliinikutest töötavatest arstidest sertifitseeritud, samal ajal kui HVA haiglatel lepingumahu saamiseks sellist nõuet ei ole – leping lihtsalt antakse." Ka on erateravishoid maailmas sageli innovatsiooni eestvedaja.

Garder lisab, et peab arstide liidu kirja väga destruktivseks dokumendiks, mis ei lahenda ühtegi probleemi, sest lepingu-

Perearstide rahastusmudel on läbipaistev ja kontrollitav.

Elle-Mall Sadrak, perearstide seltsi president

mahtude ümbertõstmine ühelt asutusele teisele ei too süsteemi raha juurde ega aita kuidagi kaasa Eesti arstkonna seas kõiki pooli austavate heade suhete hoidmisele. "Olen arstina töötanud nii Põhja-Eesti regionaalhaiglas, Kuressaare haiglas, Hiiumaa haiglas, Läänemaa haiglas kui ka Confidos. Minu vaade ja kogemus Eesti tervishoiumaastikule on lai ning võin täie veendumusega öelda, et patsient on igal pool ühesugune – teda ei huvita põrmugi asutuse omandivorm, küll aga kõrge ravikvaliteet," tõdeb ta.

"Loodan, et tulevikudebatid keskenduvad rohkem konstruktiivsele arutelule, kuidas Eesti tervishoiusüsteemi kõiki ressursse võimalikult efektiivselt ära kasutada ning pakkuda patsientidele parimat ravi," võtab Garder teema kokku.

Liidu peasekretär: erakondadelt veel vastuseid pole

Arstide liidu peasekretäri Katrin Rehema kinnitusele liit koalitsioonierakondadelt veel konkreetseid vastuseid saanud ei ole. "Kohtumiste põhjal tundus, et lähedased on seisukohad eesti keele oskuse ja IT-süsteemide ühendamise teemadel, aga seda, mis lepingusse läheb, ei oska ennustada," sõnab ta.

Erakliinikute lepingumahu vähendada ja HVA haiglate oma suurendada, kui neil on võimekust rohkem patsiente ravida, soovitati tema sõnul seetõttu, et rahapuuduses peaks eelistama solidaarset süsteemi ja palju haiglate lepingumahu ei ole piisavad.

Rehema hinnangul võiks rahastusmudeleid muuta nii eriarsti- kui ka perearstiabis, samuti vähendada eelkõige üldhaiglate valveringe, mis säästaks jõudu. "Osa üldhaiglaid on juba üle läinud nn 50:50 rahastusele (pool teenuste miinimumpaketi ja pool eraldi teenuste eest) ning olevat sellega rahul. Perearstiabi on väga oluline ja selle kättesaadavust tuleks parandada, kuid tervisekassa miljonid ei peaks minema keskuste kasumiks," lisab Rehema. Erakliinikud peaks tema sõnul suutma tegutseda ka väiksema tervisekassa rahastusega, kaasates rohkem eraraha.

Rehema kinnitusele nn tüli perearstidega tegelikult ei ole, vaid on mõni eriarvamus, mis on loomulik. "Perearstid on arstid nagu kõik teised, aga osa neist ka ettevõtjad ja nende seisukohad on paraku vahel erinevad. Saime oma ettepanekutele nii negatiivset kui ka positiivset tagasisidet," sõnab ta kokkuvõtteks.

Tasub teada:

Arstide liidu ettepanekud koalitsioonileppe koostajatele

- Liit pani kodulehel 15. aprillil avalikustatud ettepanekutes koalitsioonileppe koostajatele ette koostada tervishoiu rahastamise suurendamise pikaajaline kava, eelistades solidaarset süsteemi: tagada tervisekassale üle antud kohustuste täismahus riigieelarvest rahastamine ja tasuda vahepeal tekkinud võlgnevus, lubada tervisekassal kulude katmiseks kasutada reserve vastavalt eelarve vajadusele ning vaadata üle tervisekassa rahastusmudelid (vähendada erakliinikute eriarstiabi lepingumahte, kui HVA haiglatele mahtu ei jätku ja nende lepingumahu ületavat tööd tasustatakse alla TTL hinnaga koefitsiendiga 0,3 (statsionaaris) ja 0,7 (ambulatoorne), muuta perearstiabi rahastust, kuna osa sellest läheb perearstiabi asutuste kasumiks ning vähendada üldhaiglate valveringe nädalavahetustel).

- Teiseks soovitati välja töötada pikaajaline kava tervishoiutöötajate solidaarset tervishoiusüsteemist lahkumise vähendamiseks ja nende piisava juurdekasvu tagamiseks ning tagada vastav tervishoiusüsteemi ja kõrghariduse rahastamine.

- Kolmandaks pandi ette teha muudatusi tervishoiukorralduse kättesaadavuse parandamiseks: parandada eriarstiabi ja esmatasandi koostööd, kaotada juriidilised piirangud ja töötada välja uued rahastusmudelid ning teha muudatusi EMOde ja perearstide töökorralduses, et perearstiabi oleks paremini kättesaadav ja EMO saaks keskenduda erakorralise abi andmisele (luua regionaal- ja keskhaiglate EMOde juures perearsti või üldarsti valveteenus, kuhu saab suunata vältimatut abi mittevajavad patsiendid; vaadata üle perearstiabi töökorraldus, vabastada perearstid kõigist arstlikku pädevust mitte nõudvatest ülesannetest ning pikendada nende kohustuslikku vastuvõtuaega praeguselt neljalt tunnilt kuule tunni-le päevas).

- Neljandaks soovitati viia haiglad üle ühisele IT-süsteemile.

- Viies ettepanek puudutas ravikvaliteedi ja patsiendihutuse tagamist: soovitati luua raviasutustes tasulised tõlkevõimalused eesti keelt mittevaldavatele patsientidele, kohustada tööandjaid tagama raviasutustes eestikeelset töökeskkonda ning kehtestada eesti keele oskuse tõendamise nõue välisarstidele enne vastavuseksami sooritamist (B2) ja tähtajatu registreeringu saamisel (C1).

- Kuuendaks tehti ettepanek vähendada tuleviku tervishoiukulusid, soodustades tervislikumaid valikuid alkoholipoliitika jt valdkondades.

7%

- ulatuses ostab tervisekassa oma lepingumahu tööd erakliinikutelt.

Kommentaari:

EETAL: Majanduse kiratsemine ei ole kooskõlas pideva palgatõusuga kollektiivleppes

Kui majandus kiratseb, satub Eesti tervishoid alati suur-hanenu sotsiaalmaksu laekumine ja kulud samal ajal kiiresti kasvavad palgalepped ei ole omavahel kooskõlas. Arstide liidu koalitsioonileppe koostajale suunatud avaldus sisaldab mitut heas usus tehtud ettepanekut tervishoiusüsteemi rahastamise ja korralduse parandamiseks, ent väljendab ka seisukohti, mis käsitlevad erateravishoiuasutusi ebaproportsionaalselt kriitilises toonis ning eiravad erasektori rolli ja väärtust Eesti tervishoiusüsteemis, seisab erateravishoiuasutuste liidu (EETAL) vastuses.

Eratervishoiuasutused ei ole tervisekassa ega haiglavõrgu konkurendid, vaid koostööpartnerid, mis täidavad riikliku süsteemi kõrval lünka, pakkudes kiiremat kättesaadavust, paindlikkust ja suurt hulka teenuseid, mida avalik sektor ei suuda piisavas mahu või kvaliteedis pakkuda. See on võimaldanud tervisekassal nendega läbi hangete sõlmida ravi rahastamise lepinguid mahu, mis jääb umbes 7% juurde kogu ostetava ravi-teenuse mahust.

Patsient ei huvitu sellest, kas teenuse osutaja on era või riiklik – teda huvitab, et abi oleks kättesaadav, kvaliteetne ja võimalikult kiire. Kitsendav ja ideoloogiline lähenemine tervishoiule viib ainult suuremate järjekordade ja rahulolematute patsientideni.

EALi ettepanek piirata erateravishoiuasutuste lepingumahu juhul, kui haiglavõrgu arengukava haiglad (nn HVA haiglad) ei suuda mahtu täita, lähtub soovist eelistada riiklikke partnereid, kuid ei arvesta patsiendi vaatenurka. Kui HVA haigla ei suuda mingit teenust pakkuda, siis ei lahenda olukorda see, kui ka eramedit siin selle eest tasu ei saa – see vähendab lihtsalt patsientidele pakutavate teenuste mahtu ja halvendab ravi kättesaadavust.

Erasektori ravijuhtude kasv näitab vajadust, lepingumahu suurenemine on vastus reaalsele nõudlusele. Samal ajal pakub erasektor paindlikkust, investeerib ise taristusse ja tehnoloogiasse ning stabiliseerib tervishoiusüsteemi. Iga ravijuht, mille erasektor võtab enda peale, on riigieelarvele investeeringute, personali ja halduskoormuse mõttes üks koormus vähem. Samas maksavad eraraviasutused maksud ja arendavad tervishoiusüsteemi oma rahast, mis on ühiskonnale lisaväärtus.

Eesti tervishoid vajab terviklikku ja tulevikku vaatavat käsitlust, kus kõik pooled – riiklikud haiglad, perearstid ja erateravishoiuasutused – on osa ühisest süsteemist. Erateravishoiuasutuste rolli alavääristamine või nende teadlik eemaldamine rahastusmudelidest on lühinägelik, patsiendikahjulik ja tervishoiu-vaenulik samm.

Rinnavähk Kõrge riskiga 40aastased naised võetakse sihikule

Pilootprojekt riskinaistele

Vahur Valvere

MD, PhD, regionaalhaigla onkoloogia- ja hematoloogiakliiniku onkoloog-ülemarst, vähiliidu president

Eestis on aastatega välja kujunenud traditsioon, et mai on rinnavähi teadlikkuse tõstmise kuu, juhtimaks tähelepanu rinnavähi varajasele avastamisele ja teavitamiseks avalikkust selle võimalustest. Lisaks annab roosa lindi kui lootuse sümboli kandmine kandjale võimaluse toetada vähiga võitlevaid naisi ja nende pereliikmeid, et ühiselt paremini toime tulla tõsise haiguse ja sellega seotud hirmudega.

Rinnavähk on endiselt naistel kõige sagedasem pahaloomuline kasvaja nii Eestis kui ka maailmas tervikuna. Eesti vähiregistri andmetel registreeriti Eestis 2022. aastal uut 938 rinnavähi juhtu (neist naistel 932 ja meestel kuus). Maailmas põhjustas rinnavähk samal aastal 670 000 surma.

Rinnavähk oli 2022. aastal kõige levinum vähivorm naiste seas 157 riigis 185st ning seda esineb kõigis maailma riikides. Ligikaudu 0,5-1% rinnavähi juhtudest diagnoositakse meestel, kuid 99% naistel.

Haigestumine on kindlas kasvutrendis – võrreldes vahepealsete COVID-19 infektsiooni aastatega on tõus olnud märgatav (2020. aastal 803 juhtu ja 2021. aastal 797 juhtu). Rinnavähijuhud moodustavad umbes viiendiku kõigist naistel diagnoositud esmastest vähijuhtudest.

Kõige tugevam riskitegur haigestumiseks ongi naissugu.

Teised rinnavähi riski suurendavad faktorid on näiteks vanuse kasv, ülekaal, alkoholi liigtarbimine, perekondlik rinnavähi anamnees, varasem kokkupuude kiiritusega, reproduktiivne ajalugu (nt varajane menstruatsiooni algus ja hiline esimene rasedus), suitsetamine ning hormoonasendusravi pärast menopausi.

Ligikaudu pooled rinnavähi juhtudest esinevad paraku aga naistel, kellel puuduvad muud teadaolevad riskitegurid peale soo ja vanuse (üle 40 aasta).

Rinnavähi sõeluuringus osalemise aktiivsus on aastatega paranenud, ulatudes 60-65%ni.

Tervisekassa andmetel osales sõeluuringus möödunud aastal 50aastastest naistest juba 70%, 74aastaste hulgas oli osalusprotsent vaid 55.

Juba aastaid on ka mobiilsetes mammograafiabussides osalus sageli ületanud 70% piiri.



Rinnavähi sõeluuringus osalemiseks maal on mugav võimalus mammograafiabuss.

FOTO: MATS ÕUN

Pilootprojekt riskinaistele

Selle aasta lõpus või järgmise aasta alguses kaasatakse pilootprojektina uurigusse ka kõrge riskiga 40aastased naised. See võimaldab sõeluuringule läheneda senisest tunduvalt personaalsemalt ja lisaks vanusele võtta arvesse teisi väga olulisi riskifaktoreid.

Suve alguses on plaanis katsetada geenianndmete liikumise korraldust IT-süsteemis ja suve lõpus alustada rinnabinettides töötavate ja konsulteerivate ämmaemandate koolitust.

Ravi on tasemel

Eestis on rinnavähi diagnostika ja ravi heal rahvusvahelisel tasemel, mis on aastatega oluliselt paranenud haigete viie aasta elulemust (vähiregistri 2021. aasta andmete põhjal 81%), kuigi näiteks Soome 91% tasemeni on veel pisut minna.

Vahe tuleneb pigem asjaolust, et Soomes avastatakse enamik haigusjuhte sõeluuringul varases staadiumis (st I-II). Ka Eestis avastame läbi sõeluuringu oluliselt sagedamini I-II staadiumi rinnavähki ja ka nende haigete viie aasta elulemus on 90% ning paljud neist tervistuvad täielikult.

Ravimeetodites (kaasa arvatud innovaatiliste vähiravimite kasutamine) meil

Tasub teada: Mammograafiabuss on mugav lahendus

- Kutsume üles kõiki märkama ja hoolima nii enda kui ka oma lähedaste tervisest: tuleta ka oma lähedasele meelde, et ta läheks sõeluuringule, kui tema sünniaasta kuulub sihtgruppi (1951, 1953, 1955, 1957, 1959, 1961, 1963, 1965, 1967, 1969, 1971, 1973, 1975). Varajane avastamine päästab elusid.

- Ootame inimesi osalema sõeluuringus ka vähiliidu mammograafiabussis, mida saab koostöös Viljandi haiglaga külastada oma kodukoha lähedal üle Eesti. Lisainfo ja mammograafiabussi registreerimine: Viljandi haigla registratuuri telefonil 600 3155 (tööpäevadel kella 8-16).

enam olulisi erinevusi Lääne-Euroopa riikide ja Põhjamaadega ei ole. Eesti tervisekassa kompenseerib praegu rinnavähi ravis mitut immuunravimit (pembrolizumab ja atezolizumab) ja alates selle aasta algusest ka ravimi-antikeha konjugaati-sihtmärkevõimega trastuzumabderivatest (väikese molekuli derivatest) ja monoklonaalse raviantikeha trastuzumab kombinatsioon).

Mammograafiabussi ajad maikuu teises pooles, Pärnumaal

20.05 Tõstamaa, Varbla mnt 24, Tõstamaa perearstikeskuse ees
21.05 Audru, Pärna allee 7, osavalitsuse parkla
22.05 - 23.05 Pärnu-Jaagupi, Pärnu mnt. 16, kaubamaja parkla
26.05 - 27.05 Lihula, Tallinna mnt 1a, kultuurikeskuse parkla
28.05 - 30.05 Vändra, Pärnu-Paide mnt 2, kultuurimaja parkla

70%

- piiri on juba aastaid ületanud sõeluuringus osalemine mobiilsetes mammograafiabussides.

MURRAME PIIRE

HER2+ metastaatilise rinnavähi
2. ravireas oli ENHERTU
(trastuzumabderukstekaan)
**mPFS 28,8 kuud* ja surma
risk vähenes 27%****

Kood 436R

**Alates 1. jaanuarist 2025 on
ENHERTU (trastuzumabderukstekaan)
Tervisekassa tervishoiuteenuste
loetelus.*****

Rahvusvaheliste ravijuhendite järgi eelistatud ravivalik HER2+ metastaatilise rinnavähi 2. ravireas¹⁻³

DESTINY-Breast03 uuringu tulemused:

* Enhertu (trastuzumabderukstekaan) mPFS 28,8 kuud (95% CI: 22,4-37,9) vs trastuzumabemtansiini mPFS 6,8 kuud (95% CI: 5,6-8,2); HR 0,33; 95% CI: 0,26-0,43; $p < 0,0001$ (esmane tulemusnäitaja)⁴⁻⁶

** Enhertu (trastuzumabderukstekaan) mOS 52,6 kuud (95% CI: 48,7-NE) vs trastuzumabemtansiini mOS 42,7 kuud (95% CI: 35,4-NE); HR 0,73; 95% CI: 0,56-0,94 (teisene tulemusnäitaja)⁷

*** Tervisekassa võtab ravimiteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle mitteresetseeritava või metastaatilise HER2+ rinnavähiga patsiendilt monoterapiaplane kaugelarenenud haiguse 2. rea raviks või 1. rea raviks, kui haigus on progresseerunud (neo)adjuvantse ravi ajal või kuni kuue kuu jooksul pärast selle lõppu.⁸

mPFS (ingl k. *median progression-free survival*) - progressioonivaba elumuse mediaan; HER2(+) (ingl k. *human epidermal growth factor receptor-type 2*) - inimese epidermaalse kasvufaktori 2. tüüpi retseptor (positiivne); NE (ingl k. *not estimable*) - mittehinnatav

Viited: 1. Gennari A et al. Ann Oncol 2021; 32:1475-1495 & Gennari A et al. ESMO Metastatic Breast Cancer Living Guideline, v1.2 April 2025. Kättesaadav: <https://www.esmo.org/living-guidelines/esmo-metastatic-breast-cancer-living-guideline>. Külastatud: mai 2025. 2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Breast Cancer V4.2025. 3. Cancer Institute NSW, eviQ Cancer Treatments Online, Protocol ID 4150 v4: Breast Metastatic Trastuzumab Deruxtecán. Kättesaadav: <https://www.eviq.org.au/medical-oncology/breast/metastatic/4150-breast-metastatic-trastuzumab-deruxtecán>. Külastatud: mai 2025. 4. Enhertu (trastuzumabderukstekaan) ravimi omaduste kokkuvõte, märts 2025. 5. Hurvitz SA et al. Lancet 2023;401:105-117. 6. Cortés J et al. N Engl J Med 2022;386:1143-1154. 7. Cortés J et al. Nature Medicine 2024;30:2208–2215. 8. Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu, redaktsioon jõustumise kuupäev 01.04.2025. Kättesaadav: <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032025011#para63>. Külastatud: mai 2025.

Enhertu (trastuzumabderukstekaan) on retseptiravim.

Näidustus: Enhertu (trastuzumabderukstekaan) monoterapiaplane on näidustatud mitteresetseeritava või metastaatilise HER2-positiivse rinnavähi raviks täiskasvanud patsientidel, kes on eelnevalt saanud vähemalt ühe HER2-vastase ravikuuri.

Müügiloa hoidja: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 München, Saksamaa

Müügiloa hoidja esindaja Eestis: AstraZeneca Eesti OÜ. Täiendav teave ravimi omaduste kokkuvõttest www.ravimiamet.ee või AstraZeneca Eesti esindusest, Valukoja 8, Tallinn 11415, tel 6549 600.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada selle ravimi kõigist võimalikest kõrvaltoimetest Ravimiametile, raporteerimisvormid leiata www.ravimiamet.ee. Teatada saab ka aadressil <https://contactazmedical.astrazeneca.com> või AstraZeneca Eesti OÜ telefonil 6549 600.

Rinnavähi sõeluuringule on oodatud ka tervishoiutöötajad

Kersti Kallak

Tartu ülikooli kliinikumi onkoloog

Tervishoiutöötajad on harjunud olema hoolitsejate rollis: aitame, ravime, kuulame ja nõustame. Teiste toetamise kõrval ei tohi me aga unustada kõige olulisemat – samad tervisesoovitused, mida anname oma patsientidele, peavad kehtima ka meile endile.

Rinnavähi ennetust sümboliseerib kevadiste kirsioite karva roosa lint. Roosades öites mai on rahvusvaheline rinnavähi ennetuskuu. Jah, rinnavähk on küll väga levinud, kuid meile on antud erinevad võimalused raskelt haigestumist ennetada ning neid võimalusi tuleb teada ja rakendada.

2022. aastal diagnoositi Eestis rinnavähk enam kui 900 naisel. Haiguse avastamisest rääkides on hea ja halb uudis. Alustame halvast: rinnavähki diagnoositakse järjest rohkem. Hea uudis on aga see, et järjest rohkem avastatakse seda varajases staadiumis, mil kasvaja allub paremini ravile.

Varajase avastamise üks võtmesõna on tervisekassa pakutav sõeluuring – just tänu aktiivsemale sõeluuringus osalemisele leiame väikesed kasvajakud varem üles ja saame kiiresti alustada tulemusliku raviga.

Naised tervishoius

Ei tule ilmselt üllatusena, et rinnavähi peamisi riskitegureid on kaks: naissugu ja vanus üle 50 eluaasta. Need on ka märksõnad, mis kirjeldavad paljusid tervishoiutöötajaid. On ju tervishoid selgelt naiste poole kaldu. Tervise arengu instituudi andmetel on 89 protsenti meditsiinitöötajatest õrnema soo esindajad. 74 protsenti arstidest on naised, ödede ja hooldustöötajate seas on naiste osakaal veelgi suurem.

Kuna rinnavähk on kõige levinum pahaloomuline kasvaja naistel, tähendab see, et ka meie – arstid, öed, hooldustöötajad ja teised tervisevaldkonna spetsialistid – ei jää sellest haigusest paraku puutumata. Kasuks ei tule ka valdkonnaga kaasas käivad eluviisi riskitegurid: suur töökoormus ja palju stressi, öövalved, ajapuudusest tingitud ebaregulaarne söömine ja vähene liikumine.

Onkoloogina kuulub minu patsientide ringi inimesi kõikvõimalikelt elualadelt, ka tervishoiust. Paraku on ka kliinikumi töötajate seas olnud neid, kellest on saanud minu patsiendid. Kui aktiivravi ajal on näha nende võitlusvalmidust ja ravile orienteeritust, siis emotsionaalselt murrab vähist paranevat inimest enamasti just jälgimisperiood.

Iga muutus enesetundes ja kehas pääs-



Sõeluuringul osalemine annab võimaluse rinnavähk võimalikult vara avastada.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Kui tahame olla usaldusväärsed, peame olema patsientidele eeskujuks.

Tasub teada: Sõeluuringu aastakäigud

- Eestis kutsutakse rinnavähi sõeluuringule 50–74aastaseid naisi iga kahe aasta tagant.
- 2025. aastal on tasuta uuringule kutsutud kõik naised, ka ravikindlustamata, sünniaastatega 1951, 1953, 1955, 1957, 1959, 1961, 1963, 1965, 1967, 1969, 1971, 1973, 1975.
- Rohkem infot sõeluuringute kohta: <https://sõeluuring.ee/>

tab valla hirmu, et haigus võib olla tagasi. Vahel on tulnud ette, et haigla peal kolleegidena kohtudes palub ta mul oma rinna üle kontrollida, et hirmule veidigi leevendust saada.

Rinnavähki lõpuni ennetada ei saa, aga on asju, mis on siiski meie endi teha – selleks on tervislik eluviis, mille hulka kuulub ka sõeluuringutel osalemine ja regulaarne rindade kontroll.

Eeskuj algab meist endist

Julgen arvata, et kui tervishoiutöötajalt küsida, kas nad soovitsid oma pat-

sientidel osaleda rinnavähi – või mis tahes muu kasvaja – sõeluuringul, et rasket haigust ennetada, oleks vastus alati üksmeelne “jah”.

Kui paljud aga jõuavad selleni tegudes ise? Andmed selle kohta puuduvad, kuid olen veendunud, et see arv saaks olla suurem. “Pole aega” või “läks meelest” on tavalised põhjused, miks uuringule ei jõuta. Aga me kõik teame, et varajane avastamine päästab elusid. Ka meie omi.

Kui tahame olla usaldusväärsed nõustajad ja ennetuse eestkõnelejad, peame olema ise oma tegudega patsientidele eeskujuks. Head kolleegid, leidke enda jaoks aega, osalege regulaarselt rinnavähi sõeluuringul ning tuletagi osalemist meelde ka neile, kes on sel aastal kutsutud. Oleme üksteisele turvavõrk!

Uuringul osalemine on lihtne, kiire ja ohutu ning mis peamine – uuring on kättesaadav üle Eesti. Seda saab teha nii suuremates haiglates kohapeal kui ka mammograafiabussides, mis peatuvad väiksemates kohtades.

Meie patsiendid vajavad meid – terve, tugevate ja motiveerituna. Selleks, et hoolitseda nende eest, peame kõigepealt pöörama tähelepanu iseendale.

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®

(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim.

Melanoom

KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud kauglearenenud (mitteresetseeritava või metastaatilise) melanoomiga täiskasvanute raviks.

KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud IIB, IIC või III staadiumi melanoomiga täiskasvanute adjuvantraviks pärast täielikku resektsiooni.

Mitteväikerakk-kopsuvähk (non-small cell lung carcinoma, NSCLC)

Neoadjuvantravi KEYTRUDA ja plaatinat sisaldava keemiaravi kombinatsiooniga, millele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga, on näidustatud resetseeritava mitteväikerakk-kopsuvähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

KEYTRUDA kombinatsioonis pemetrekseedi ja plaatinat sisaldava keemiaraviga on näidustatud metastaatilise mittelamerakulise mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele, kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone.

KEYTRUDA kombinatsioonis karboplatiini ja kas paklitakseli või nab-paklitakseliga on näidustatud metastaatilise lamerakk-mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

KEYTRUDA kombinatsioonis karboplatiini ja kas paklitakseli või nab-paklitakseliga on näidustatud metastaatilise lamerakk-mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Klassikaline Hodgkini lümfoom (cHL)

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

Pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoom (head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC)

KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud mikrosatelliitide kõrge ebastabiilsusega (*microsatellite instability-high*, MSI-H) või valepaardumis-reparatsiooni geeni defektusega (*mismatch repair deficient*, dMMR) metastaatilise kolorektaalvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Kolorektaalvähk (colorectal cancer, CRC)

KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud mikrosatelliitide kõrge ebastabiilsusega (*microsatellite instability-high*, MSI-H) või valepaardumis-reparatsiooni geeni defektusega (*mismatch repair deficient*, dMMR) metastaatilise kolorektaalvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Mitte-kolorektaalvähid

KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud järgmiste MSI-H või dMMR kasvajate raviks täiskasvanutel, kellel on:

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

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

Kolmiknegatiivne rinnanäärmevähk (triple negative breast cancer, TNBC)

Neoadjuvantravi KEYTRUDA ja keemiaravi kombinatsiooniga, mille pärast kirurgilist operatsiooni järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga, on näidustatud lokaalselt kauglearenenud või varajases staadiumis kolmiknegatiivse rinnanäärmevähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

Emakakaelavähk

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

ANNUSTAMINE:

Täiskasvanutel on soovitatav annus kas 200 mg iga 3 nädala järel või 400 mg iga 6 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina.

cHL-ga 3-aastastel ja vanematel lastel või melanoomiga 12-aastastel ja vanematel noorukitel on soovitatav annus monoteeraapiana 2 mg/kg kehakaalu kohta (maksimaalselt kuni 200 mg) iga 3 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina.

Patsiente tuleb pembrolizumabiga ravida kuni haiguse progresseerumise või vastuvõetamatu toksilise toime ilmnemiseni. Täheldatud on ebatüüpilisi ravivastuseid (st esialgsel mõeldud kasvaja suurenemist või väikese uute vähikollete teket esimestel kuudel, millele järgneb kasvaja kahanemine). Kliiniliselt stabiilsetel patsientidel, kellel ilmnevad esialgsed haiguse progresseerumise tunnused, on soovitatav ravi jätkata kuni haiguse progresseerumine on kinnitatud.

Melanoomi ja NSCLC adjuvantraviks tuleb KEYTRUDAt manustada kuni haiguse retsidiivi või mittevastuvõetava toksilisuse tekkeni või kestusega kuni üks aasta.

TNBC neoadjuvant- ja adjuvantravi korral tuleb patsiente ravida neoadjuvantse KEYTRUDA ja kemoteeraapia kombinatsiooniga: 8 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 4 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni lõplikku kirurgilist ravi välistava haiguse progressioonini või vastuvõetamatu toksilisuseni. Sellele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga, manustades 9 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 5 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni haiguse retsidiivi tekkeni või vastuvõetamatu toksilisuseni. Patsiendid, kellel tekib lõplikku kirurgilist ravi välistav haiguse progressioon või KEYTRUDA ja kemoteeraapia kombinatsiooni neoadjuvantraviga seotud vastuvõetamatu toksilisus, ei tohi saada adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga.

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

Ohutusalaane teave KEYTRUDA (pembrolizumab) kohta

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

VASTUNÄIDUSTUSED:

Ülitundlikkus toimeaine või abiainete (histidiin, histidiinvesinikkloriidmonohüdraat, sahharoos, polüsorbita 80, süstevesi) suhtes.

ERIOHJATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL:

Immuunvahendatud kõrvaltoimed

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

3. raskusastme kõrvaltoime ja mis tahes immuunvahendatud 4. raskusastme toksilisuse korral, välja arvatud hormoonasendusravile alluvate endokriinopaatiate korral.

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

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

KÕRVALTOIMED:

Pembrolizumabi ohutust kombinatsioonis kemoteeraapiaga või kemoradioteeraapiaga on hinnatud kliinilistes uuringutes 6334-l erinevat tüüpi kasvajatega patsientidel, kes said pembrolizumabi annuses 200 mg, 2 mg/kg kehakaalu kohta või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel. Selles patsiendipopulatsioonis olid kõige sagedamad kõrvaltoimed iiveldus (52%), aneemia (51%), väsimus (36%), kõhulahtisus (35%), kõhukinnisus (32%), oksendamine (28%), neutrofiilide arvu vähenemine (27%) ja vähenenud söögiisu (27%). 3..5. astme kõrvaltoimete esinemissagedus oli NSCLC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 69% ja ainult kemoteeraapia puhul 61%, HNSCC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja kemoteeraapia pluss tsetuksimabi puhul 84%, söögitoru kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 86% ja ainult kemoteeraapia puhul 83%, TNBC-ga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 80% ja ainult kemoteeraapia puhul 77%, emakakaelavähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoteeraapia koos bevatsizumabiga või ilma) puhul 68%, sapiteede kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 77% ja kemoteeraapia (koos bevatsizumabiga või ilma või ainult kemoradioteeraapia) puhul 71%, maovähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoteeraapia koos trastuzumabiga või ilma) puhul 74% ja kemoteeraapia (koos trastuzumabiga või ilma) puhul 68%, sapiteede kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja ainult kemoteeraapia puhul 84%, endomeetriumi kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 59% ja ainult kemoteeraapia puhul 46% ning pahaloomulise pleura mesoteliomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 44% ja ainult kemoteeraapia puhul 30%.

Kliinilistes uuringutes on pembrolizumabi monoteeraapia ohutust hinnatud 7631-l erinevat tüüpi kasvajatega patsientidel nelja annuse (2 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel, 200 mg iga 3 nädala järel või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 2 või 3 nädala järel) korral. Selles patsiendipopulatsioonis oli jälgimisperioodi mediaan 8,5 kuud (vahemikus 1 päev kuni 39 kuud) ja pembrolizumabi kõige sagedasemad kõrvaltoimed olid väsimus (31%), kõhulahtisus (22%) ja iiveldus (20%). Enamik monoteeraapia korral teatud kõrvaltoimetest olid 1. või 2. raskusastmega. Kõige tõsisemad kõrvaltoimed olid immuunvahendatud kõrvaltoimed ja rasked infusiooniga seotud reaktsioonid. Immuunvahendatud kõrvaltoimete esinemissagedus oli pembrolizumabi monoteeraapia adjuvantravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 37% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 9% ning metastaaside ravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 25% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 6%. Uusi immuunvahendatud kõrvaltoimeid adjuvantravi puhul ei tuvastatud.

Immuunvahendatud kõrvaltoimed: pembrolizumabi saanud patsientidel esines: pneumoniiti 4,2%, koliiti 2,1%, hepatiiti 1%, nefriiti 0,5%, endokriinopaatiatest neurupealiste puudulikkust 1%, hüpofüsiiti 0,7%, hüpertüreosist 5,2%, hüpotüreosist 12,3% ning immuunvahendatud rasked nahareaktsioonid esines 1,7%. Harvadel juhtudel esines SJS ja TEN juhtumeid, mis mõnel juhul lõppesid surmaga. Muud immuunvahendatud kõrvaltoimed: uveiid, artriit, müosiit, müokardiit, pankreatiit, Guillaini-Barré sündroom, müasteeniline sündroom, hemolüütiline aneemia, sarkoidoos, entsefaliit, müeliit, vaskuliit, skleroseeriv kolangiit, gastriit, mittenakkuslik tsüstiit hüpoparatiroidism ja perikardiit.

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



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

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

EE-KEY-00119 05/2025



Pingetüüpi peavalu on vanemas eas üks sagedasemaid, kuid selle diagnoosimisel tuleb olla ettevaatlik.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Seeniori peavalu on arstile väljakutse

Toomas Toomsoo
Confido arstikeskus

Kuigi peavalude üldine levimus langeb vanusega, jäävad need eakate patsientide seas siiski oluliseks probleemiks. Uuringud näitavad, et pea pooltel 65-74aastastest ja umbes veerandil üle 85aastastest esineb peavalusid. Veelgi olulisem on, et kuni veerandil patsientidest võib esmane peavalu tekkida alles kõrges eas.

Arvestades, et sümptomaatika võib olla varasemast erinev ja sageli varjatud, on peavalude hindamine ja diferentseerimine seenioritel omaette väljakutse.

Pingetüüpi peavalu on vanemas eas üks sagedasemaid, kuid selle diagnoosimisel tuleb olla ettevaatlik. Kui üle 50aastasel inimesel tekib äkitselt pingetüüpi peavalu tunnustega sümptomaatika, peab alati kaaluma võimalikke sekundaarseid põhjuseid. Vanemaealiste puhul on pingetüüpi peavalu sageli välistusdiagnoos, mitte esmase oletusena määratav seisund.

Harva esinevad vormid

Seenioritel tuleb tähele panna ka harvaesinevaid peavalu vorme, mis võivad jääda kergesti märkamata. Näiteks hüpniline peavalu, mis tekib sügava une faasis ja kestab kuni kolm tundi, võib esineda just 60ndates eluaastates. Samuti võib ilmne da primaarne kõhapeavalu, mis esineb sagedamini meestel ja võib olla seotud koljusiseste anomaaliatega, nagu Chiari I malformatsioon. Vähem teada, kuid kliiniliselt äärmiselt oluline on kardiaalpeavalu - seisund, mille puhul peavalu võib olla müokardiinfarkti ainus sümptom. Kuna enamikul juhtudel puudub sellistel patsientidel klassikaline stenokardia, võib diagnoos jääda panemata. Ometi reageerib selline peavalu hästi nitroglütseriinile ja nõuab kiiret sekkumist.

Kõrge vererõhk on eakate seas laialt levinud ning mängib olulist rolli peavalude tekkes. Süstoolse vererõhu tõus üle



Pikaajaline kõrge vererõhk on krooniliste peavalude riskifaktor.

140 mmHg on seotud suurema peavalude riskiga. Samas võib nii vererõhu järsk tõus kui ka langus provotseerida peavalu episoodide. Pikaajaline kõrge vererõhk on lisaks krooniliste peavalude riskifaktor, mõjutades peavalu intensiivsust, kestust ja sagedust. Eriti hommikused peavalud võivad viidata vererõhu kõikumisele või kontrolli alt väljumisele.

Kuigi migreen on sageli nooremaealiste haigus, ei kao see alati vanusega. Kolmandikul patsientidest esineb migreen ka hilisemas elus. On täheldatud, et naistel väheneb migreeni levimus peale menopausi, kuid ka uue algusega migreen ei

ole haruldus - uuringutes on seda täheldatud ligi viiel protsendil üle 64aastastest.

Ravi põhimõtted

Eakate ravi põhimõtted ei erine oluliselt nooremate ravimisest - kasutada tuleb samu hoovõtete ja ennetusravi lähenemisi, kuid ettevaatlikult, alustades väikestest annustest. Uuemad bioloogilised ravimid ja triptaanid ei ole automaatselt välistatud, kuid kaasuvate kardiovaskulaarsete haiguste korral tuleb valik teha kaalutult. Võimalik on ka neuromodulatsiooniseadmete kasutamine, kuid näiteks vagnärvi stimulatsiooni puhul tuleb olla ettevaatlik, kui patsiendil on teadaolev karotiidarterite ateroskleroos.

Migreeni mõju

Migreeni mõju kognitiivsetele funktsioonidele on viimasel kümnendil saanud teaduses suurt tähelepanu. On leitud, et sagedased ja pikaajalised migreenihood võivad suurendada kognitiivse languse riski. Näiteks üle viie hoo kuus 15 aasta vältel tähendab pea kolm korda suuremat tõenäosust kognitiivse kahjustuse tekkeks. Samuti seostatakse lapseas alanud migreeni kõrgema dementsuse riskiga. Ajukuvamisuurinud on näidanud hallaine tiheiduse vähenemist ja valgeaine hüperintensiivsuse kollete sagenemist sagedaste migreenihoogude korral. Need muutused võivad olla varajased neurodegeneratsiooni markerid ja viitavad vajadusele hoolikalt jälgida migreeniga patsientide kognitiivset seisundit. Hormonaalsetel teguritel on migreeni kulus oluline roll. Loomuliku menopausi järel paraneb migreen enamikul juhtudest, kuid kirurgilise menopausi korral võib haigus hoopis ägeneda. Hormoonide, eriti östrogeeni ja testosterooni mõju peavaludele on keerukas, kuid teada on, et näiteks kobarpeavalu puhul võib madal testosteroonitase sümptomeid soodustada. Jätkuv migreen postmenopausis naistel võib viidata kõrgemale neurodegeneratsiooni riskile.

Neurobioloogiliselt seostatakse migreeni kortikaalselt leviva depressiooniga, mis käivitab neuroinflammatoorsed protsessid, viies potentsiaalselt neuronite kahjustuseni. Samuti on leitud põletikumarkereid, nagu CGRP ja IL-1β, mille kontsentratsioonid korreleeruvad migreeni sagedusega. Uutel terapeutilistel sihtmärkidel, sealhulgas CGRP antagonistidel, võib lisaks valuleevendusele olla ka potentsiaalne neuroprotektiivne toime.

Viimastel aastatel on üha rohkem räägitud migreeni ja neurodegeneratiivsete haiguste seostest, eeskätt Alzheimeri ja Parkinsoni tõvest. Epidemioloogilised andmed näitavad, et migreeni, eriti auraga migreeni korral, on nende haiguste risk mõnevõrra kõrgem. Parkinsoni tõvega patsientidel esineb sagedamini migreeni anamneesis ning ka kliinilised tähelepanekud viitavad võimalikele dopaminergiliste radade düsfunktsioonidele mõlema haiguse korral. Uuringud, sh Eesti geenivaramu andmetel põhinevad analüüsid, on näidanud, et kõrge geneetilise riskiga isikutel esineb sagedamini auraga migreeni. Samas jääb siiani ebaselgeks, kas tegemist on otsese põhjusliku seose või lihtsalt kattuvate riskifaktoritega.

Järjekindel ravi

Mida siis arstina teha? Kindlasti on migreeni korral oluline rakendada tõenduspõhist ja järjekindlat ravi, eesmärgiga vähendada hoogude sagedust ja raskust. Oluline on mõjutada ka eluviisitegureid - vähendada stressi, toetada und ja liikumist ning edendada südame-veresoonkonna tervist. Kroonilise migreeniga patsientide puhul tasub kaaluda kognitiivse funktsiooni regulaarset hindamist. Kuigi seosed neurodegeneratiivsete haigustega on statistiliselt olulised, ei tähenda see, et igal migreenipatsiendil kujuneb välja dementsus või Parkinsoni tõbi. Oluline on informeerida patsienti, jälgida sümptomeid ja pakkuda individuaalselt sobivat ravi.

Migard[®]

Frovatriptaan 2,5 mg

26h!

Poolväärtusaeg¹



Näidustus¹

Auraga või aurata migreeni peavalufaasi ravi täiskasvanutel.

Annustamine¹

Frovatriptaani soovitatav annus on 2,5 mg. Kui migreen tekib pärast esmast taandumist uuesti, võib võtta teise annuse tingimusel, et kahe annuse vahel on vähemalt 2 tundi. Ööpäevane annus ei tohi ületada 5 mg.

Vastunäidustused¹

Ülitundlikkus frovatriptaani või abiaine suhtes; patsiendid, kellel on anamneesis müokardiinfarkt, südame isheemiatõbi, koronarospasm (nt Prinzmetali stenokardia), perifeerne veresoonte haigus; patsiendid, kellel on südame isheemiatõvele viitavad sümptomid või nähud; mõõdukalt raske või raske kõrgvererõhutõbi, kontrollimata kerge kõrgvererõhutõbi; anamneesis tserebrovaskulaarne juhtum või transitoorne isheemiline atakk; raskekujuline maksakahjustus; frovatriptaani samaaegne manustamine ergotamiini, ergotamiini derivaatide (k.a metüsergiid) või teiste 5-hüdroksütrüptamiini (5-HT₁) retseptori agonistidega.

Tavalisemate Migard'i kõrvaltoimetena (<10%) on ilmnunud pearinglus, väsimus, paresteesia, peavalu ja vaskulaarne punetus.¹

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud aprill 2022).¹

Retseptiravim

Müügiloa hoidja: Menarini International O.L.S.A. 1 Avenue de la Gare, L-1611, Luksemburg. Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 29, Tallinn. Tel: 667 5001

¹. Migard (frovatriptaan) 2,5 mg ravimi omaduste kokkuvõte (kinnitatud aprill 2022)

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

EE-MIG-04-2024-V01-print (06.2024)



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Kroonilist borrelioosi pole olemas

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Puukborrelioos ehk Lyme'i tõbi on jätkuvalt tähelepanu keskmes, olles Euroopa ja Põhja-Ameerika levinuim puukidega leviv haigus. Eestis on see aastakümnete vältel esinenud tõusu- ja mõõnadega, kuid terviseameti andmetel on nakatumine püsinud mu-rettekitavalt kõrgel tasemel. Kliiniku-mi infektsioonhaiguste arst-õppejõud Kerstin Aimla rõhutab, et kroonilist borrelioosi ei ole olemas, kuid krooniline hirm selle haiguse ees on täiesti reaalne.

Lyme'i tõbi on zoonoos ehk haiguse looduslik reservuaar on väikeloomad ja linnud ning inimeseni jõuab haigus puugi kaudu. Eestis levitavad borreliat kaks puugiliiki: *Ixodes ricinus* ja *Ixodes persulcatus*.

„Nakatumiseks ei piisa lühiajalisest kokkupuutest – puuk peab olema nahas vähemalt 12-24 tundi,“ rõhutas Aimla. Ometi põhjustab see haigus tema sõnul ebaproportsionaalselt palju paanikat ja põhjendamatu antibiootikumide kasutamist.

Mitmenäoline haiguskulg

Puukborrelioos ei ole ühtse mustriga haigus, vaid võib ilmned mitmesuguste sümptomitega ja eri elundkondi haarates.

● **Varajane lokaliseerunud vorm** avaldub enamasti migreeruva erüteemina. „Tegemist on klassikalise borrelioosi tunnusega, mida esineb 60-80% juhtudest,“ selgitas Aimla. Lööve tekib mõne päeva kuni kuu jooksul pärast puugihammustust ja võib kasvada mitmekümne sentimeetrise läbimõõduga alaks. Kaasned võivad griptalised sümptomid: palavik, halb enesetunne, lihasvalud.

● **Varajane dissemineerunud faas** võib ilmned nädalatest kuni kuudeni pärast esmast infektsiooni. „Siin tulevad mängu keerulisemad vormid, nagu neuroborrelioos või Lyme'i artriit,“ ütles Aimla. Selles faasis võivad esineda kas mitmed erüteemi laigud, *borrelia* lümfotsütoom, radikulopaatia, näonärvi halvatus või ühe suure liigese – eeskätt põlve – põletik.

● **Hiline dissemineerunud borrelioos** on haruldane, kuid võib avalduda kroonilise naha atroofia (*acrodermatitis chronica atrophicans*) või entsefalomüeliidina. Aimla sõnul esineb hilist neuroborrelioosi siiski väga harva ning seda diagnoositakse sageli valesti.

Borrelioosijärgne sündroom

Aimla toonitas, et kroonilist puukborrelioosi ei eksisteeri. „Paljud sümptomid, mida inimesed omistavad borrelioosi kroonilisele vormile, kuuluvad tegelikult borrelioosijärgse sündroomi (PTLDS) alla.

See on immuunvahendatud seisund, mille puhul patsiendil püsivad väsimus, lihasvalud või neurokognitiivsed kaebu-



Lööve tekib mõne päeva kuni kuu jooksul pärast puugihammustust ja võib kasvada mitmekümne sentimeetrise läbimõõduga alaks. FOTO: SHUTTERSTOCK



Kui ravi ei anna tulemust, tuleb üle vaadata diagnoos.

Kerstin Aimla

Tasub teada: Meelespea

- Migreeruva erüteemi korral analüüsi ei tehta, kliinilise leiu alusel määratakse antibakteriaalne ravi doksütsükliiniga.
- Lyme'i tõbe ravitakse üks kord, ravi-kuuri kordamine ei ole näidustatud.
- Borrelioosijärgset sündroomi ei ravita antibiootikumidega.
- Kroonilist borrelioosi ei ole olemas. Kui ravi ei anna soovitud tulemust, tuleb vaadata üle diagnoos ja leida kaebuste tegelik põhjus.

sed rohkem kui kuus kuud pärast ravi,“ selgitas Aimla. Ta lisas, et antikehad jäävad küll positiivseks, kuid elusaid baktereid ei ole enam võimalik tuvastada – seega antibiootikumid ei aita.

Kõige alus kliiniline pilt

Puukborrelioosi diagnostika tugineb esmalt kliinilisele pildile. „Kui inimene tuleb erüteemse lööbega, ei ole laboritest vaja,“ kinnitas Aimla.

Laboratoorsed analüüsid on vaid abistavad ja määratakse kindla sümptomaatikaga patsientidel diagnoosi kinnitamiseks/välistamiseks. Diagnostiline standard on kaheetapiline: esmalt tehakse seroloogiline test (nt ELISA), millele järgneb kinnitav Western blot.

Siin aga tuleb olla ettevaatlik. „Seroloogiline test ei ütle meile, kas patsiendil on aktiivne haigus. Vastus peab sobima kliinilise pildiga,“ rõhutas Aimla. Ta tuletas meelde ka valepositiivsuse võimalust – tulemusi võivad mõjutada näiteks süüfilis, EBV, CMV, *Mycoplasma pneumoniae* või autoimmuunhaigused.

Neuroborrelioosi korral on vajalik tse-rebrospinaalvedeliku uuring. Diagnoosi toetab lümfotsütaarne pleotsütoos, valgusisalduse tõus ja intratekaalne antikehade indeks. „Üksnes antikehade olemasolust seerumis ei piisa,“ lisas Aimla.

Tõendus põhine ravi

Ravi valik sõltub haiguse vormist. Valikpreparaat on doksütsükliin 100 mg x2, alternatiiv amoksitsilliin 500 mg x3, 14 (10-21) päeva. Dissemineeritud vormide (artriit, kardiit, akrodermatiit jne) korral on samuti esmavalik doksütsükliin 100 mg x2, alternatiiv amoksitsilliin 500 mg x3 või tsefuroksiim 500 mg x2, ravikuuri pikkus 21 (14-30) päeva.

Ka neuroborrelioosi puhul on valikra-

vim doksütsükliin. Alternatiiv, kui patsient on raskes seisundis ja ei saa suu kaudu ravimit võtta, on tseftriaksoon 2 g x1, ravi kestus 21 (14-30) päeva.

Lastele on esmavalik amoksitsilliin 50 mg/kg : 3, alternatiiv doksütsükliin 4,4 mg/kg : 2 (<8a <21 päeva lubatud erandina kasutada).

Rasedatele ja imetavatele emadele sobib sama skeem, mis täiskasvanutele ja kasutada lubatakse ka doksütsükliini.

Aimla sõnul tuleb ravitulemuse hindamisel lähtuda ainult kliinilisest paranemisest: „Seroloogiat dunaamikas ei jälgi- ta – antikehad jäävad positiivseks ka pärast ravi, nende püsimine ei peegelda ravitulemust.“ Borrelioosijärgset sündroomi ei ravita antibiootikumidega. „Kui ravi ei anna soovitud tulemust, tuleb üle vaadata hoopis diagnoos,“ lisas Aimla.

Ennetuseks vaid hoolsus

Praegu puudub spetsiifiline profülaktika puukborrelioosi vastu. Aimla nentis, et puugi uurimine *Borrelia* ega teiste nakustekitajate suhtes ei anna kliinilist kasu ega muuda raviotsust.

„Peamiseks soovitusena jääb puukide vältimine ja kiire eemaldamine pärast looduses viibimist,“ andis ta nõu ja lisas, et vaktsiiniarendused küll käivad, kuid midagi kasutusvalmis veel ei ole.

Tema sõnul vajab puukborrelioosi käsitlus rohkem teaduspõhisust ja vähem hirme. Kliiniline mõtlemine, korrektne diagnoos ja asjakohane ravi on võtmetähtsusega.

„Peame suutma eristada, millal on tegu tõelise borrelioosiga ja millal mitte – see aitab vältida nii ülediaagnoosimist kui ka üleravimist,“ võttis Aimla puukborrelioosi teema kokku.

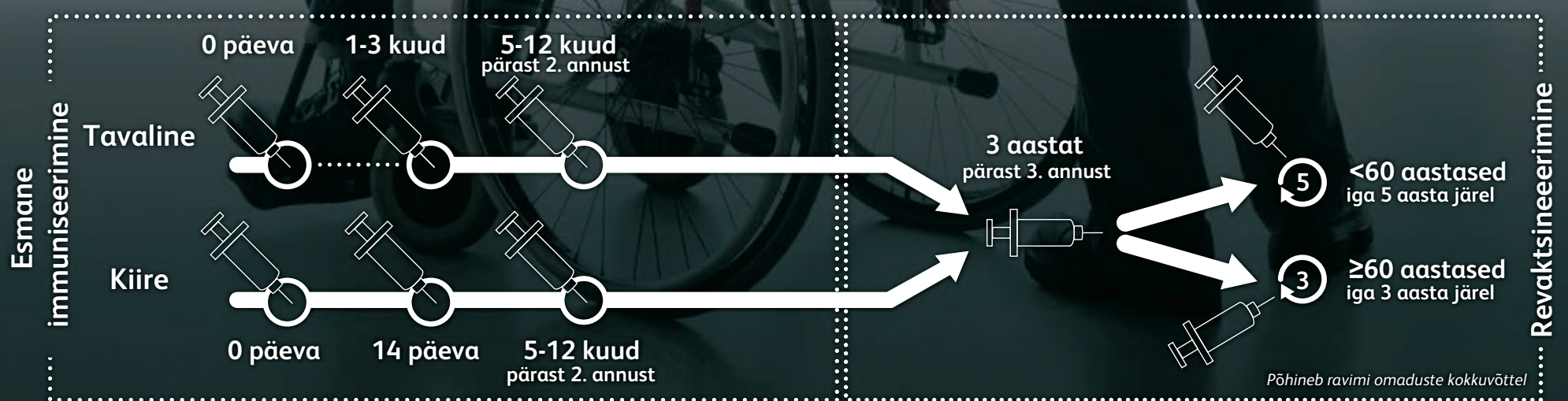
Kokkuvõtte Kerstin Aimla tänava veebruaris toimunud neuroloogia konverentsi ettekandest.

Puugid on aktiivsed – vaktsineeri puukentsefaliidi vastu, ära lase haigusel patsiendi elu muuta



TICO vac

Puukentsefaliidi
vaktsiin
(inaktiveeritud
koguviirus)



TICOVAC 0,5 ml või TICOVAC 0,25 ml süstesuspensioon süstlis, puukentsefaliidi vaktsiin (inaktiveeritud koguviirus), N1. Retseptiravim.

TICOVAC 0,25 ml (inaktiveeritud puukentsefaliidi koguviirus) https://www.ravimiregister.ee/Data/SPC/SPC_1201598.pdf

TICOVAC 0,5 ml (inaktiveeritud puukentsefaliidi koguviirus) https://www.ravimiregister.ee/Data/SPC/SPC_1201677.pdf

Näidustused: Puukentsefaliidi vastane aktiivne (profülaktiline) immuniseerimine 1...15-aastastel lastel (0,25 ml) ja alates 16 aasta vanusest (0,5 ml). Vaktsiini manustamisel tuleb lähtuda kohalikest kehtivatest immuniseerimisjuhistest.

Müügiloa hoidja: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgia.

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, Tammsaare tee 47, tel: +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 10.2024. Märts 2025





Migreeni levimus on suurim 15-50aastaste seas, tabades seega inimesi just nende elu kõige aktiivsemal perioodil.
FOTO: SHUTTERSTOCK

Migreeni ja depressiooni vaheline seos on kahepoolne

Mark Braschinsky

MD, PhD - SA TÜK närvikliiniku vanemarst-õppejõud, Tartu ülikooli neuroloogia kaasprofessor

Migreen on kõige levinum neuroloogiline haigus maailmas, millel on suur mõju patsiendi elukvaliteedile ja igapäevasele toimimisele. Eestis kannatab migreeni all ligi 18% elanikest ja kroonilise migreeni esinemissagedus on hinnanguliselt umbes 1% täiskasvanud elanikkonnast.

Migreeni mõju ei seisne ainult esinemissageduses, vaid ka selles, et tegemist on kõige rohkem elukvaliteeti langetava neuroloogilise seisundiga ja seda eriti kroonilise vormi korral. Migreeni levimus on suurim 15-50aastaste seas, tabades seega inimesi just nende elu kõige aktiivsemal perioodil.

Tegemist ei ole pelgalt peavaluga. Kliiniline kogemus ja teaduslikud uuringud kinnitavad, et migreenil on märkimisväärne psühhiaatriline ja somaatiline komorbiidsus, sh on sagedased meeleoluhäired. Umbes 75% kroonilise migreeni patsientidest kannatab samaaegselt vähemalt ühe kaasneva haigusseisundi all, millest üks sagedasemaid on depressioon. Epidemioloogilised andmed näitavad, et migreenihaigetel on kliiniliselt olulise depressiooni risk 2-4 korda kõr-



Migreenihaigetel on kliiniliselt olulise depressiooni risk 2-4 korda kõrgem.

gem. Samuti on teada, et depressioon võib soodustada migreeni krooniliseks muutumist ning muuta selle kulgu raskemaks ja ravile halvemini alluvaks.

Sarnased mehhanismid

Patofüsioloogiliselt jagab migreen mitmeid mehhanisme depressiooniga. Mõlema häire korral on kirjeldatud serotonergilise ja dopaminergilise süsteemi düsregulatsiooni, põletikumarkerite (nt IL-6 ja TNF-alfa) kõrgemat taset ning hüpotalamuse-hüpofüüsi-neerupealiste telje talitlushäireid. Lisaks on leitud ka geneetilisi seoseid, sh serotoniinergilise ülekande geenivariatsioone ja ioonkanalitega seotud geneetilisi mutatsioone. Need ühised neurobioloogilised muutused seletavad, miks depressioon ja migreen sageli koos esinevad ning teineteise kulgu mõjutavad.

Migreeni sümptomaatika hõlmab lisaks valule prodromaalseid ja postdromaalseid faase, mille raames võivad esineda tuju kõikumised, väsimus, ärevus ja keskendumisraskused. Meeleoluhäired ei ole seega üksnes kaasuv nähtus, vaid sageli migreeni tsüklilisuse osa. Kroonilise migreeni ja depressiooni komorbiidsus mõjutab tugevalt ka ravitulemusi. Näiteks on leitud, et patsientidel, kellel esineb samaaegselt depressioon, on migreeni spetsii-

filiste bioloogiliste ravimite - nagu CGRP-vastased monoklonaalsed antikehad ja gepandid - ravivastus halvem võrreldes nende patsientidega, kellel depressiooni ei esine. Kliinilises praktikas tähendab see vajadust käsitleda migreeni ja meeleoluhäireid integreeritult.

Migreeniravi võib iseenesest parandada ka depressiooni sümptomeid. Näiteks hiljutine, enam kui 350 migreenipatsiendiga fremanezumabi uuring näitas, et kolmekuulise ravi järel vähenes mitte ainult peavalupäevade arv, vaid paranesid ka patsiendi elukvaliteet ja depressiooniskoorid. Oluline on märkida, et uuringus ei ravitud depressiooni. See viitab, et migreeni efektiivne kontroll võib leevendada ka meeleoluhäireid.

Samas tuleb olla tähelepanelik antidepressantide valikul. Kuigi depressiooni ravimisel on mitu farmakoloogilist võimalust, ei mõju kõik antidepressandid migreeni sümptomitele ühtemoodi. Näiteks SSRId ei ole näidanud olulist toimet migreeni ravis, samas kui SNRId, duloksetiin ja venlafaksiin, on näidanud positiivset mõju ka migreeni kontrollile. See tõstatab küsimuse vajadusest depressiooni käsitlemisel arvestada kaasneva migreeni eripäradega ning teha valikuid ravimi toime mehhanismi põhjal.



75%/90%
soodustus^{1,2}

PALJU MIGREENIGA SEOTUD VAJADUSI ÜKS LIHTNE LAHENDUS

Esimene ja ainus ravim nii migreenihoogude
RAVIKS kui ka **ENNETAMISEKS**

Migreenihoogude akuutne ravi	Annustamine: 75 mg rimegepanti vajaduse korral üks kord ööpäevas	Soodustus 75%/90% diagnoosiga G43 (auraga või aurata) täiskasvanutel, kellel on ebaõnnestunud 2 või enam triptaanravi ^{1,2}
Migreenihoogude ennetamine	Annustamine: 75 mg rimegepanti ülepäeviti	Ei ole soodustust

Viited: **1.** Sotsiaalministri 24. septembri 2002. a määruse nr 112 „Tervisekassa ravimite loetelu” muutmise–Riigi Teataja
2. Tervisekassa; <https://www.tervisekassa.ee/ravimite-kompenseerimine>

VYDURA (rimegepant) 75 mg suukaudne lüofilisaat. INN. *Rimegepant sulfate*. Retseptiravim. Näidustused: auraga või aurata migreeni ennetamiseks ja akuutseks raviks täiskasvanutel. Migreeniepisoodide ennetavaks raviks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreenihoogu kuus.

Müügiloa hoidja: Pfizer Europe MA EEIG Boulevard de la Plaine 17 1050 Brüssel Belgia.

Täiendav teave saadaval müügiloa esindaja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti Filiaal,
A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 06/2023.

PP-NNT-EST-0027

Materjal kinnitatud: oktoober 2023.



Algus lk 18

Migreen soodustab ja süvendab depressiooni

Kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT) on näidanud väga häid tulemusi nii migreeni kui ka depressiooni ravi toetamisel.

Tegemist on A-klassi tõendusega meetodiga, mis peaks olema integreeritud peavalukeskuste töökorraldusse. Eestis tegelevad selle valdkonnaga kliinilised psühholoogid, kes töötavad migreeniga patsientidega, pakkudes neile tuge nii valu- kui ka meeleoluhäirete juhtimisel. Kliiniliselt on oluline mõista, et migreeni ja depressiooni vaheline seos on kahepoolne: migreen võib soodustada depressiooni teket ja vastupidi. Seetõttu peaks migreenipatsiendi hindamisel teda alati küsitlema ka meeleolu kohta ning vajadusel suunama psühholoogilisele või psühhiaatrilisele hindamisele. Samuti tuleks pidades silmas, et eluviisifaktorid - une kvaliteet, füüsiline aktiivsus, toitumine - mõjutavad mõlema häire kulgu ning nendega tuleks tegeleda ravi osana. Tänapäevane lähenemine migreenile ei piirdu enam ainult valu leevendamisega. Kuna krooniline migreen on seotud nii kõrge komorbiidsuse kui ka halvenenud elukvaliteetiga, tuleb ravi planeerida terviklikult ja mitmetasandiliselt. See tähendab spetsiifiliste ravimite kasutamist migreeni kontrolliks, aga ka meeleoluhäirete diagnostikat ja ravi. Käsitledes migreeni ja depressiooni koos, saab saavutada paremaid tulemusi mõlema haiguse kontrollimisel ja patsiendi elukvaliteedi parandamisel.

Tasub teada: Migreen ja depressioon alandavad elukvaliteeti

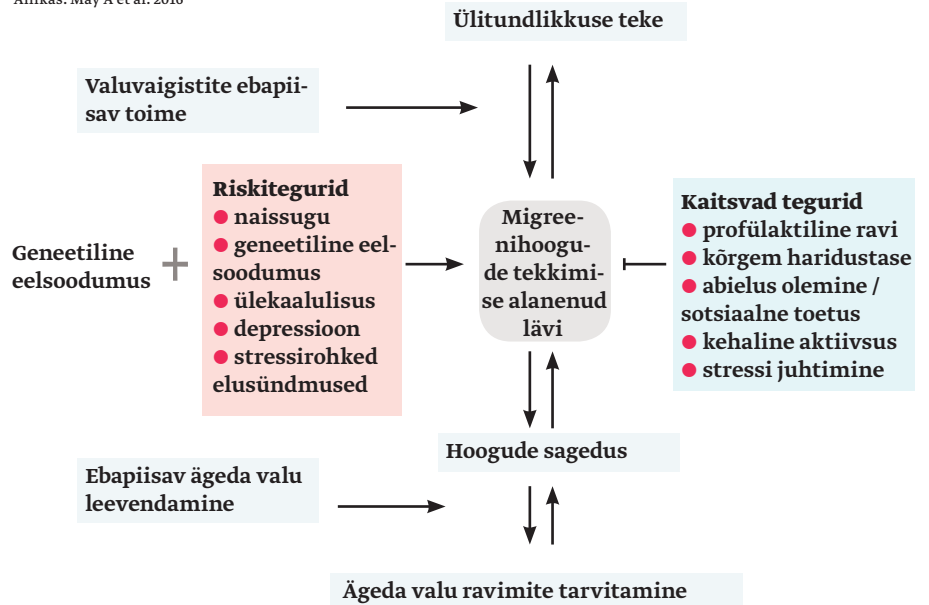
- Migreen, eriti krooniline, on oluline elukvaliteedi langetav haigus.
- Krooniline migreen on kõrgeima klassi neuropsühhiaatrilise komorbiidsusega haigus.
- Migreeni ja depressiooni vahel on tihe epidemioloogiline, neurobioloogiline ja kliiniline seos.
- Ravides efektiivselt migreeni paraneb ka depressiooni sümptomaatika.

seos

Allikas: Mark Brashinsky

Kroonilise migreeni riskifaktorid

Allikas: May A et al. 2016



Liitu Terviseraamatute klubiga!

Uus raamat
-20%

Saad püsivalt 10% soodustust



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooldi, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee

abbvie



Kolmepäevase konverentsi fookuses olid pahaloomulised verehaigused, rändega seotud terviseprobleemid ja piirkondlikud ravipraktikad.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Äge müeloidleukeemia aastal 2025

Epp Valter

regionaalhaigla onkoloog

24.-26. aprillini toimus Tallinnas 14. Balti hematoloogia konverents. Seal andis muuhulgas ülevaate ägeda müeloidleukeemia (ÄML) kaasaegsest käsitlest Leedu hematoloog Andrius Žučenka.

ÄML on bioloogiliselt eriomelne vereloome pahaloomuline haigus, mida iseloomustab müeloidsete eellasrakkude pildurdamatu paljunemine ja luuüdi supressioon. Tegemist on sagedasima ägeda leukeemia vormiga täiskasvanutel (mediaanvanuseks 70 eluaastat) ning viie aasta elumüsnaõtaja jääb 30% piiresse, varieerudes oluliselt vanusegrupiti.

ÄMLi puhul jääb haiguse tekkepõhjus enamasti teadmatuks. Tähtsamad riskitegurid on varasem hematoloogiline haigus ja eelnev tsütotoksiline ravi. Keskkonnateguritest tasub ära mainida pestitsiidide, radiatsiooni ja benseeni mõju.

Alates 2017. aastast on raviarsenal selle haiguse käsitlemisel oluliselt täienenud. Samuti on paranenud arusaamad haiguse bioloogiast, võimaldades täpsemat diagnoosimist, prognoosi määramist ja ka haiguse kulu jälgimist.

ÄMLi diagnoosimisel kasutatakse alates 2022. aastast paralleelselt kahte klassifikatsiooni: WHO 5. väljaannet ja ICC (In-

ternational Consensus Classification) vereloomehaiguste klassifikatsiooni, võttes arvesse nii tsütomorfoloogilisi kui ka tsüto- ja molekulaargeneetilisi aluseid. Tulemusena on see loonud teatava keerukuse haiguse ühtses grupeerimises ja ravivaliku tegemises.

Ravivalik ja prognoos

Ravivaliku määravad ühelt poolt haiguse tegurid (sh geneetiliste muutuste muster, pahaloomulise raku ehituslikud omapärad) kui ka patsiendi tegurid (sh bioloogiline vanus, kaasuvad haigused, ravisoostumus, patsiendi soovid).

Kui varasemalt sai ravieesmärki defineerides eristada tervistava perspektiiviga intensiivset ja elukvaliteeti parandavat ning eluiga pikendavat mitteintensiivset ravi, siis tänapäeval võib ka esialgu mitteintensiivse ravi valimine viia järgneva allogeense siirdamisega kuratiivse väljundini.

Intensiivse ravi selgroona püsib konventsionaalne keemiaravi tsütarabiini ja antratsükliini kombinatsioonina. ÄMLi bioloogilise olemuse lisaarusaam on kaasaegsesse ravikäsitusse lülitanud nii mõnegi sihtmärkravimi, kombineerides seda olemasoleva konventsionaalse keemiaraviga või seda eraldi kasutades.

Siia kuuluvad näiteks FLT3 inhibiitoritena mh midostauriin, gilteritiniib, BCL2

inhibiitorina venetoklaks, IDH inhibiitoritena ivosideniib ja enasideniib, CD33 vastane monoklonaalne antikehana gemtusumabosogamitsiin. KMT2A ümberkorraldusega haiguse korral meniini inhibiitorid, aga ka klassikalise keemiaravi uue farmakokineetilise kombinatsioonina liposomaalne ravimvorm CPX-351.

Allogeenne ehk doonorilt pärinevate vereloome tüvirakkude siirdamine püsib praeguseni ainsa kuratiivse võimalusena keskmise ja kõrge riski tunnustega patsientidel. Mitteintensiivse ravi võimalused on ÄMLi maastikul oluliselt edusamme teinud. Vaid mõni aasta tagasi piirdus intensiivsele ravile mittekuuluvate vanemaaliste patsientide käsitus enamasti toetava ning haigussümptomite leevendava raviga.

Hüpometüleerivate ravimite (asatsitiidin, detsitabiin) kasutusele tulek ning edasi BCL2 inhibiitorite kombineerimine eelnimetatud ravimitega on eakamate vanusegrupis nii elumust kui ka elukvaliteeti olulisel määral parandanud.

Kuigi arvestatav osa ÄMLi patsientidest saavutab haiguse remissiooni, moodustab haiguse naasmine ehk retsidiivi teke ning sellega seotud kõrge suremus kahjuks endiselt olulise osa ÄMLi väljakutsetest. Retsidiveerunud haiguse üldine viie aasta elumus jääb vaid 10% piirimaile. Praegu on käimas ka mitu erineva

faasi uuringut, otsimaks refraktaarse või retsidiveerunud ÄMLi patsientidele paremaid väljavaateid.

Minimaalne residuaalne haigus

Isegi kui peale intensiivset või mitteintensiivset ravi hävib enamik kasvajasestest rakkudest, jääb organismi siiski püsima väike kogus residuaalseid blaste, mida morfoloogiliste uurimismeetoditega ei ole võimalik tuvastada.

Siinkohal tulevad tundlike meetoditena appi multiparameetriline läbivoolutsütomeetria ja kvantitatiivne polümeraasi ahelreaktsioon (teatud juhtudel ka järgmise põlvkonna sekveneerimine ehk NGS).

Minimaalne residuaalne haigus (MRD) määramine aitab hinnata haiguse prognoosi ning ennustada kliinilise retsidiivi teket.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et viimaste aastate jooksul on teadmised ÄMLi maastikul eksponentsiaalselt kasvanud.

Uudsete patofüsioloogiliste avastuste taustal on ravivõimalused oluliselt laienenud.

Ravivalik ei sõltu üksnes patsiendi võimekusest taluda intensiivset ravi, vaid lisaks vanusele ning kaasuvatele haigustele on määrav haiguse bioloogia kuni molekulaargeneetikani välja.

ÄMLi käsitus on hea näide üha täienevast personaliseeritud meditsiinist.

**MIGREEN-
PULSEERIV VALU**
MIS KESTAB PÄEVI

TAHAKSIN OLLA AINULT
PIMEDAS JA VAIKUSES

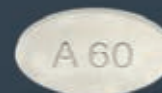
LÕHNAD
AJAVAD IIVELDAMA



ENNETA MIGREENIHOOGUSID¹

ÜKS TABLETT ÜKS KORD ÖÖPÄEVAS

CGRP retseptori antagonist, mis on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus.^{1,2}



SOODUSTUSE TINGIMUSED:

Kroonilise migreeni profülaktiliseks raviks täiskasvanutel, kellel esinevad peavalud ≥ 15 päeval kuus, millest vähemalt 8 päeval on tegemist migreeni kriteeriume täitvate hoogudega ja kellel on vähemalt 3 eelnevat profülaktilist ravi ebaõnnestunud.³

75%/90%

AQUIPTA (atogepant) 10 mg, 60 mg tabletid. Toimeaine: atogepant. Retseptiravim.

AQUIPTA on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus. Müügiloa hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa. Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävälä pst 4, 10145 Tallinn. Tel: +372 623 1011. Ravimi omaduste kokkuvõtte kinnitatud: detsember 2024.

VIITED:

1. AQUIPTA (atogepant) Ravimi omaduste kokkuvõte.
https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_et.pdf
2. Morena-Ajona D, et al. J Clin Med. 2022;11(6):1656.
3. Tervisekassa <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimi>



Täiskasvanud ATHga inimesed võivad kogeda suuri raskusi tähelepanu hoidmisel, ülesannete lõpuleviimisel, kannatlikkuse ja emotsioonide juhtimisega.

FOTO: SHUTTERSTOCK

ATHga patsient vajab mõistmist

Margus Löökene

Toompargi vaimse tervise keskuse psühhiaater

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ehk ATH (ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder) on närvisüsteemi arenguline eripära, mitte lihtsalt lastel esinev hüperaktiivsus. Tegemist ei ole must-valge diagnoosiga, vaid spektrilaadse nähtusega, mille piir kliinilise häire ja normipärase varieeruvuse vahel on subjektiivne ning keskkonnast mõjutatud.

Täiskasvanueas avaldub ATH sageli varjatumalt: impulsiivsuse ja rahutuse asemel domineerivad keskendumisraskused, organiseerimisvõimetus, emotsionaalne ebastabiilsus ja krooniline ülekoormuse tunne.

ATH sümptomaatika on tihedalt seotud prefrontaalse ajukoore, naalduva tuuma ja talamuse funktsionaalsete eripäradega. Prefrontaalne ajukoore toimib pidurduskeskusena - nn roostes pidurid põhjustavad allaktiivsuse tõttu mõtteliste ja emotsionaalsete impulsside vähest kontrolli. Naalduv tuum ehk naudingukeskus on ATHga inimestel vähem tundlik, mistõttu on suurem vajadus stimulatsiooni järele. Samas võib talamus olla ülitundlik väliste signaalidele, põhjustades kergeimat hajutatavust.

Täiskasvanud ATHga inimesed võivad kogeda suuri raskusi tähelepanu hoidmisel, ülesannete lõpuleviimisel, kannatlikkuse ja emotsioonide juhtimisega. Samas on neil sageli tugevad küljed, nagu energilisus, loovus, intuiitsus, empaatia- võime, uudishimulikkus ja hüperfookus,



Ravi eesmärk ei ole muuta inimest n-ö normaalseks, vaid neid toetada.

kui neid õigesti rakendada. Paraku jõuavad need inimesed kliiniku ukseni sageli hoopis teiste probleemidega: ärevushäired, depressioon, läbipõlemine või sõltuvus, mille varjus ATH jääb märkamata.

Ravivõimalused ja käsitus

ATH ravi on mitmekihiline. Ravi eesmärk ei ole muuta inimest n-ö normaalseks, vaid toetada funktsionaalset toimetulekut ja enesejuhtimise oskusi.

Edukas lähenemine sisaldab:

- psühhoedukatsioon - patsiendi teadlikkuse tõstmine, kogemustõustamine,
- eluviisi korrigeerimist - uni, toitumine, keheline aktiivsus, stressijuhtimine,
- toidulisandeid - oomega-3, magneesium, tsink, fosfatidüülseriin jm,
- neurotagasisidet - eriti tundlike patsientide või ravimitalumatuse korral,
- farmakoteraapiat - kui funktsioneerimine on oluliselt häiritud.

Ravimite kasutamine tuleb kõne alla juhul, kui ATH sümptomid põhjustavad tõsist toimetulekuraskust või on tekkinud sekundaarsed häired (nt ärevus, depressioon). Ravimi valikul tuleb arvestada taluvust, efektiivsust ja geneetilisi variatsioone ainevahetuses. Oluline on individuaalne tiitrimine ja teadlik kõrvaltoimete jälgimine.

Kasutusel olevad ravimirühmad:

Stimulandid:

- metüülfenidaat (nt Medikinet, Concerta) - lühi- ja pikatoimelised vormid,
- amfetamiinid, sh lisdeksamfetamiin - pikatoimeline *prodrug*, väiksema väärkasutuse riskiga.

Mittestimulandid:

- atomoksetiin - norepinefriini tagasihaarde inhibiitor,
- guanfatsiin - α2A-adrenergiliste retseptorite agonist, sobiv ka uneprobleemide või tikihaiguste puhul.

Uuema ravimina on kasutusel lisdeksamfetamiin. Tegemist on *prodrug*-iga, mis muutub aktiivseks alles maksas, tagades ühtlasema toimeprofili ja väikse-

ma väärkasutuse riski. Ravim toimib 10-13 tundi ning sobib hästi inimestele, kes vajavad stabiilset päevast kontrolli sümptomite üle.

Ravimi kõrvaltoimed võivad olla unetus, ärevus, söögiisu langus või vererõhu tõus, kuid need on enamasti mööduvad ja doosist sõltuvad. Ravimil on alates 1. oktoobrist 2024 küll soodustus, kuid seda saab psühhiaater välja kirjutada, kui eelnev ravi metüülfenidaadi või atomoksetiini niga on olnud ebaefektiivne või põhjustanud talumatuid kõrvaltoimeid.

Mittefarmakoloogiline tugi

Lisaks ravimitele on äärmiselt oluline keskenduda eluviisifaktoritele.

- Uni: stimulandid parandavad sageli päevast toimetulekut ja kaudselt und; vajadusel kasutatakse lisaks madaladoosilist trasodooni või gabapentiini.

- Toitumine: vähem tuleks tarbida rafineeritud süsivesikuid ja lisasaineid, rohkem valke; kasu võib olla ka ketogeenisest dieedist.

- Keheline seisund: kontrollida ferriitiini, D-vitamiini, kilpnäärme talitlust.

- Füüsiline aktiivsus: aeroobne ja lihastreening, eriti oluline perimenopausis naistel.

- Relaksatsioonimeetodid: meditatsioon, jooga, pilates, tasakaaluharjutused.

Tuleb arvestada, et ATH käsitlese puhul on teadlikkus ja ajutalitluse tasakaalustamine kõige tähtsamad. Ravimid võivad olla toetavana väga efektiivsed, aga kui vundamenti kaasa ei laota, siis pikaajalisi häid tulemusi ainult ravimitelt oodata ei saa.

Toome tasakaalu rahututele meeltele

Adixemin

Lisdeksamfetamiindimesülaad



1. Põhjalik ATH juhtimine koos püsiva keskendumise ja käitumise kontrolliga kogu päeva vältel.¹

2. Kogu päeva kestav ATH sümptomite kontroll.¹

Ühe hommikuse annusega kuni 11 tundi sümptomite leevendust, tagades keskendumise ja kontrolli kogu päeva vältel.

3. Oluliselt parem vastus kui platseebol juba esimesel kontrollkäigul.¹

1. (Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, et al. Efficacy of lisdexamfetamine dimesylate throughout the day in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a randomized, controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014 Feb;23(2):61-68. DOI: 10.1007/s00787-013-0421-y. PMID: 23708466; PMCID: PMC3918120.) Adixemin 20 mg/ 30 mg/ 40 mg/ 50 mg/ 60 mg/ 70 mg kõvakapsel. INN. *Lisdexamfetamine dimesylate*. Üks 20 mg/ 30 mg/ 40 mg/ 50 mg/ 60 mg/ 70 mg kapsel sisaldab 20 mg/ 30 mg/ 40 mg/ 50 mg/ 60 mg/ 70 mg lisdeksamfetamiindimesülaati, mis vastab 5,9 mg/ 8,9 mg/ 11,9 mg/ 14,8 mg/ 17,8 mg/ 20,8 mg deksamfetamiinile. Näidustused. Adixemin on näidustatud aktiivsuse- ja tähelepanuhäire (ATH) raviks 6-aastastel ja vanematel lastel kompleksravi ühe osana, kui eelnev ravi metüülfenidatidiga on olnud kliiniliselt ebaõnnestunud. Annustamine ja manustamine. Algannus on 30 mg ja seda võetakse üks kord ööpäevas hommikul. Kui arsti hinnangul tuleb alustada väiksema algannusest, võib ravi alustada annusega 20 mg kord üks ööpäevas hommikul. Annust võib suurendada 10 või 20 mg kapsla ligikaudu nädalase intervalliga. Adixemini tuleb manustada suu kaudu väikseimas toimivas annuses. Maksimaalne soovituslik annus on 70 mg ööpäevas. Adixemini on mõeldud suukaudseks kasutamiseks. Ravimit võib manustada koos toiduga või ilma. Adixemini võib tervena alla neelata või kapsli võib avada ja kogu sisu tühjendada pehmesse toitu (näiteks jogurt) või klaasitäide vette või apelsinimahla ja segada. Patsient ei tohi võtta vähem kui ühe kapsli ööpäevas ja ühte kapslit ei tohi mitmeks annuseks jagada. Annuse unustamise korral võib Adixemini manustamisega järgmisel päeval jätkata. Ravimi võtmist pärastlõunail tuleb vältida unetuse tekke võimaluse tõttu. Vastunäidustused. Ülitundlikkus sümpatomimeetiliste aminiide või mis tahes abianete suhtes. Samaaegne monoamiini oksüdasi (MAO) inhibiitorite kasutamine või kuni 14 päeva pärast ravi lõppu MAO inhibiitoritega (võib põhjustada hüpertensiivset kriisi). Hüpertensioon või türeotoksikoos. Erutuseseisundid. Sümpatomiaalne südame-veresoonkonna haigus. Kaugelarenenud arterioskleroos. Mõelduks kuni raske hüpertensioon. Glaukoom. Eritolalused ja ettevaatusabinõud kasutamisel. Kuulavõime ja sõltuvus. Kardiovaskulaarsed kõrvaltoimed: Äkssurm patsientidel, kellel esineb südame struktuursete kõrvalekaldeid või muid tõsiseid südameprobleeme. Stimulandid

põhjustavad keskmise vererõhu mõõdukat tõusu (ligikaudu 2...4 mmHg) ja keskmise südamelöögisageduse kiirenemist (ligikaudu 3...6 lööki minutis), kusjuures üksikjuhtudel võib tõus või kiirenemine suurem olla. Lisdeksamfetamiini pikendab osade patsientidel QTc intervalli. Lisdeksamfetamiindimesülaadi kasutamine on vastunäidustatud patsientidel, kellel on sümptomaatiline kardiovaskulaarhaigus ja samuti patsientidel, kellel on mõõdukas kuni raske hüpertensioon. Kardiopaatia: kroonilise amfetamiinide kasutamise puhul on teatatud kardiopaatia. Seda on teatatud ka lisdeksamfetamiindimesülaadi kohta. Kõigi patsientide kohta, kellel kaalutakse stimulantravi, tuleb hoolikalt koguda anamneesi (sh pereanamneesi äkssurmade või ventrikulaarsete rütmihäirete osas) ja teha füsiiline labiavaatus võimaliku südamehaiguse tuvastamiseks, samuti tuleb nad suunata edasistele südameuuringutele. Kui leitud osutavad sellisele haigusele (näiteks elektrokardiograafiasse või ehokardiograafiasse). Patsientidel, kellel tekivad stimulantravi ajal näiteks sellised sümptomid, nagu valu rindkeres, seletamatu sünnikoop või muud südamehaigusele viitavad sümptomid, tuleb kiiresti teostada südameuuringud. Psühhiaatrilised kõrvaltoimed: stimulantide manustamine võib halvendada käitumise- ja mõtlemishäirete sümptomeid varasemate psühhootiliste häiretega patsientidel. Bipolaarne häire: eriliselt ettevaatlik tuleb olla siis, kui stimulantidega ravitakse ATH-ga patsiente, kellel on kaasuv bipolaarne häire, sest sellistel patsientidel võivad need esile kutsuda korraga depressiivse ja maniakaalse või ainult maniakaalse seisundi. Uute psühhootiliste või maniakaalsete sümptomite teke: eelnevate psühhootiliste haiguste või maniata lastel ja noorikelitel võivad tavapärases annuses manustatud stimulandid põhjustada psühhootiliste või maniakaalsete sümptomite teket, näiteks hallutsinatsioone, luulumõtteid või maniati. Agressiivsus: stimulandid võivad põhjustada agressiivsust või vaenulikkust. Tikid: stimulandid suurendavad teadaolevalt motoorseid ja vokaalseid tikke ning Tourette'i sündroomi. Pikaajaline kasvu pärssimine (piksus ja kehakaal). Krambihood. Nägemishäired: stimulantravi võib teadaolevalt põhjustada siirsa akommodatsioonihäired ja nägemise hägustumist. Lisdeksamfetamiindimesülaadi puhul tuleb välja kirjutada ja väljastada võimalikult väike annus, et vähendada võimaliku üleannustamise riski. Adixemini tuleb kasutada ettevaatlikult patsientidel, kes kasutavad muid sümpatomimeetikume. Koostained teiste ravimi-

tega ja muud koostained. In vitro katsed inimese mikrosoomidega näitavad, et amfetamiin pärssib kergelt ensüümi CYP2D6 ning üks või mitu metaboliiti pärssivad kergelt ensüüme CYP1A2, 2D6 ja 3A4. Ained, mille sisaldust veres võib Adixemin mõjutada: toimeainet prolongeeritult vabastav guanfaatsiin; toimeainet prolongeeritult vabastav venlafaksiin. Askorbiinhape ning muud ained ja seisundid (tsiidiidireetikumid, palju loomset valku sisaldav toitumine, diabeet, respiratoorne atsidoos), mis muudavad uriini happeliseks, suurendavad uriini eritumist ja vähendavad amfetamiini poolväärtusaega. Naatriumvesinikkarbonaat ning muud ained ja seisundid (palju puu- ja köögivilju sisaldav toitumine, kuseteede põletikud ja oksendamine), mis muudavad uriini aluseliseks, vähendavad uriini eritumist ja pikendavad amfetamiini poolväärtusaega. Amfetamiini ei tohi manustada ravi ajal monoamiini oksüdasi (MAO) inhibiitoritega või 14 päeva jooksul pärast seda, sest selline manustamine võib suurendada norepinefriini ja muude monoamiinide vabastamise kiirust. See võib põhjustada tõsiseid peavalusid ja muid hüpertensiivse kriisi tunnuseid. Võivad tekkida erinevad toksilised neuroloogilised nähud ja pahaloomuline hüpertensioon, mis mõnikord võivad lõppeda surmaga. Amfetamiinide (nt lisdeksamfetamiindimesülaad) kasutamisega seoses on harva esinenud serotoniinisündroomi, kui neid on manustatud koos serotonergiliste ravimitega, sealhulgas selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitoritega (SSRI-d) ja serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitoritega (SNRI-d). Ained, mille toimet amfetamiinid võivad vähendada: antihüpertensiivsed ained. Amfetamiinid võimendavad narkootiliste valuvaigistite valuvaigistavat toimet. Kloorpromasiin blokeerib dopamiini ja norepinefriini retseptoreid, pärssides seelabi amfetamiinide kesknärvisüsteemi stimuleerivat toimet. Haloperidool blokeerib dopamiini retseptoreid, pärssides seelabi amfetamiinide kesknärvisüsteemi stimuleerivat toimet. Liitiumkarbonaat võib pärssida amfetamiinide anorektilist ja stimuleerivat toimet. Võimaliku koostoime kohta alkoholiga on vähe andmeid. Amfetamiinid võivad põhjustada suurt kortikosteroide taseme tõusu plasmas. See tõus on kõige suurem õhtul. Amfetamiinid võivad segada steroidide määramist uriinis. Fertilsus, rasedus ja imetamine. Rasedus: lisdeksamfetamiini aktiivne metaboliit deksamfetamiin läbib platsenta. Raseduse ajal amfetamiiniga kokku puutunud vastündinutel võivad esineda võõrutusnähud.

Preparaati tohib raseduse ajal kasutada ainult juhul, kui võimalik kasu õigustab võimalikke riske lootele. Imetamine: Amfetamiinid imenduvad inimese rinnapiima. Adixemini ei tohi imetamise ajal kasutada. Fertilsus: lisdeksamfetamiini toimet inimese viljakusele ei ole uuritud. Kõrvaltoimed. Anafülaktiline reaktsioon, ülitundlikkus, söögiisu vähenemine, insomniia, agiteeritus, ärevus, kõnepidamatus, vähenenud libiido, depressioon, tikid, meeleolu labiilsus, düsfooria, eufooria, psühhomotoorne hüperaktiivsus, bruksism, dermatillo-mania, psühhootilised episoodid, mania, hallutsinatsioonid, agressiivsus, peavalu, peeringlus, rahutus, treemor, unisus, krambihood, düskineesia, maitseärritus, häired, sunkoop, hägustunud nägemine, müdriaas, tahhükardia, südamepekslemine, QTc intervalli pikenedamine, kardiopaatia, Raynaud' fenomen, ninaverejooks, düspnoe, suukuivus, kõhulahtisus, kõhukinnisus, ülakõhuvalu, iiveldus, oksendamine, eosinofiilne hepatiit, liigihigistamine, urtikaaria, lööve, angioödeem, Stevens-Johnsoni sündroom, erektsiooni-häire, valu rindkeres, valu rindkeres, ärituvus, väsimus, rahutus, palavik, verehüübe tõus, kehakaalu langus. Retseptiravim. Pakendi: 30 või 100 kapslit. Müügiloa hoidja: STADA Arzneimittel AG, Stadastrasse 2-18, 61118 Bad Vilbel, Saksamaa. Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloa hoidjalt: UAB „STADA Baltics“, Gõštauto g. 40A, Vilnius, Leedu. Tel: +370 52603926; kristi.rohejar@stada.com. Teksti labivaatamise kuupäev: aprill 2024.

Melanoom nahal ja silmas

Vähiregistri statistika järgi diagnoositakse Eestis aastas umbes 220-250 uut melanoomijuhtu ja seda peamiselt tööealistel (45-65aastased). Silmamelanoomi esineb siiski tunduvalt harvem - viimase kolme aasta jooksul on esmane diagnoos pandud vähemalt neljale patsiendile vanuses 30-40.

● Nahavähk

Nahavähk on üks levinumaid pahaloomulisi kasvajaid maailmas ning selle esinemissagedus on viimastel aastakümnetel pidevalt kasvanud. Oluline on märkida, et nahavähk jaguneb mitmeks tüübiks, millest peamised on basaalkuline kartsinoom, lamerakuline kartsinoom ja melanoom. Kõige sagedamini esinev naha pahaloomuline kasvaja on basaalkuline nahavähk ehk basaliom, mis moodustab 75-80% mittemelanoomse nahavähi juhtudest.

Basaliom areneb epidermise basaalkihi rakkudest, kasvab aeglaselt ning levib väga harva teistesse organitesse. Sageli esineb basaliom kas roosaka laigu või sõlmena ega põhjusta esialgu kaebusi. Ravimata basaliom võib aga kasvada ümbritsevasse kudedesse ja neid ulatuslikult kahjustada.

Teine sagedane mittemelanoomse nahavähi vorm on lamerakuline nahavähk. See areneb epidermise keratinotsüütide või limaskestalt, kasvab kiiresti, haavan-



Nahamelanoomi esineb üha enam.

dub kergesti ning levib sagedamini teistesse organitesse kui basaliom.

Melanoom esineb harvem, kuid on kõige ohtlikum, sest levib sageli kiiresti edasi. Melanoom areneb pigmenti tootvatest melanotsüütidest ning selle esime märk on tavaliselt sünnimärgi muutus või uus ebavaline moodustis nahal. Eestis diagnoositakse aastas umbes 220-250 uut melanoomijuhtu, peamiselt tööealistel (45-65aastased).

Paraku on märgata, et melanoomi juhtude arv noorte seas suureneb. 2022. aastal diagnoositi kogu maailmas kokku 331 722 uut melanoomi juhtu.



Silmamelanoom on haruldsem vorm.

FOTOD: SHUTTERSTOCK

Umbes 10% melanoomi esmasjuhtudest Eestis on kaugelearenenud staadiumis, mis raskendab ravi ja vähendab elujäämisprognosi.

● Silmamelanoom

Kuigi silmamelanoom on haruldane haigus, on see kõige sagedasem silmasisene kasvaja ning võib kulgeda väga agressiivselt ja kiirelt metastaseeruda. Erinevalt nahamelanoomist on silmamelanoomil omaette eripärane geneetika, immuunvastus ja prognoos, mistõttu on tegemist omaette haigusvormiga, mis vajab eraldi tähelepanu.

Keskmine haigestumise iga on küll 62 aastat, kuid viimaste aastate Eesti kogemus näitab, et haigus ei jäta puutumata siiski ka nooremaid inimesi - viimase kolme aasta jooksul on esmane diagnoos pandud vähemalt neljale patsiendile, kelle vanus jääb 30-40 eluaasta vahemikku. Teatud pärilikud geneetilised muutused, nagu BAP1 geenimutatsioon, suurendavad riski haigestuda nooremas eas. Samuti on teadusuuringutes viidatud rasedusele kui võimalikule riskifaktorile haiguse kiireks progresseerumiseks.

Meditsiiniuudised

Nahamelanoomist on inimesed üha teadlikumad

Küsimustele nahamelanoomi kohta vastab Niine nahakliiniku onkodermatoloog Marianne Niin.

Milline on tüüpiline melanoomipatsient, keda Te näete?

Melanoomi patsientide profiil on üsna mitmekesine - haigus ei vali vanust ega sugu. Meie kliinikus käivad nii nooremad kui ka vanemad inimesed, nii naised kui ka mehed. Üha rohkem on ka neid, kes on väga teadlikud ja tulevad regulaarselt sünnimärke kontrollima. Kuigi melanoomi risk on suurem neil, kes on palju päikese käes olnud või solariiumit kasutanud, ei ole harvad ka juhtumid, kus patsiendil puuduvad klassikalised riskitegurid - nad ei päevita ega viibi palju päikese käes, kuid nahale on tekkinud uus või muutunud sünnimärk, mis vajab kontrolli ja sageli ka eemaldamist.

Mis staadiumis enamasti tullaakse?

Tänu teadlikkuse kasvule jõuavad meie kliinikusse enamasti patsiendid, kellel

melanoom on varajases staadiumis või alles kahtlusel. Paljud pöörduvad pärast regulaarset jälgimist või kohe, kui märkavad muutusi. See võimaldab kasvaja varakult avastada ja kirurgiliselt eemaldada enne, kui haigus jõuab levida.

Kui palju suudate patsienti ise aidata ja millal suunate nad edasi?

Niine nahakliinikus saame melanoomi diagnoosimise ja varajase ravi etapis teha väga palju - nii dermatoskoopia kui ka kirurgia abil. Kui lõikuse tulemused näitavad, et vajalik on laiem eemaldus ehk reoperatsioon, saame selle patsiendi jaoks juba tuttavas keskkonnas ka siin läbi viia. Edasised jälgimised ja vajadusel nahakontrollid jätkuvad samuti meie juures. Edasi suuname patsiendi siis, kui tegemist on kaugelearenenud haigusega, mis vajab süsteemset ravi (nt immunoteeraapiat või sihtmärkravi) või keerukamaid uuringuid. Selliseid juhtumeid tuleb ette harva - pigem mõni üksik kvartalis, sest suurem osa melanoomidest jõuab meieni varajases staadiumis.

Silmast lähtunud melanoom

Küsimustele silmamelanoomi kohta vastavad kliinikumi onkoloogid Kertu Kuldsaar ja Andrus Mägi.

Mis eristab naha- ja silmamelanoomi?

Erinevus on paljudes aspektides, nagu esinemissagedus, UV-kiirgusest tingitud mutatsioonid, pärilikkus, metastaseerumise muster, immunogeensus, prognoos ja ravivastus immuunravi osas. Uuveamelanoomi puhul ei mängi haiguse tekkes UV-kiirgusest tingitud mutatsioonid ning pärilikud geenimuutused nii suurt rolli kui nahamelanoomi korral. Olulisemad muutused esinevad uuveamelanoomiga patsientidel GNAQ, GNA11 geenides, nahamelanoomi puhul aga BRAF ja NRAS geenides.

Kuidas erine b metastaseerumine?

Silmamelanoomi metastaseerumine on sagedasem ning kasvajakarakud levivad hematogeenselt tüüpiliselt maksa. Metastaatilise silmamelanoomiga patsiendi keskmine elulemus on 6-12 kuud. Silmamelanoom on erinevalt nahamelanoomist madala immunoloogilise aktiivsusega kasvaja, kuna PD-1 positiivsete lümfotsüütide tase on nii kasvaja algkoldes kui

ka metastaasides koes madal ning vastus ravile immuunkontrollpunkti inhibiitoritega tagasihoidlik.

Immunoloogiliselt madala aktiivsusega ehk nn "külmade" kasvaja mikrokeskkonnas ei esine T-rakke, on vähe põletikutsütokiini ning madal mutatsioonide tase, mistõttu sellised kasvaja ei reageeri immuunravile. Immunoloogiliselt "kuumade" kasvaja mikrokeskkonnas on põletikutsütokiini, T-rakke rohkelt ja esineb kõrge mutatsioonide hulk. Need tingimused teevad kasvaja immuunkontrollpunkti inhibiitoritele tundlikuks.

Nahamelanoom on üks kõige kõrgema mutatsioonikoormusega kasvaja, silmamelanoom aga madalaima mutatsioonide esinemissagedusega.

Naha- ja silmamelanoomi omavahelised erisused onkogeneeni esinemise ja immunogeensuse osas väljenduvad nende kahe kasvaja erinevas haiguse kulus. Mutatsioonid GNAQ, GNA11, BAP1 ning SF3B1 geenides esinevad silmamelanoomi koes 30-60% juhtudel. Kõige sagedasemad geenimutatsioonid nahamelanoomi korral on aga BRAF (36%), NRAS (12%), NF1 (14%) ning MEK1/2.

Pikemalt silmamelanoomist 25.02 Meditsiiniuudistes



UVEAMELANOOM (*uveal melanoma, UM*)

- Immunoloogiliselt “**KÜLM**” kasvaja
- Madala ravivastusega immuunravile kontrollpunkti inhibiitoritega¹
- Madal mutatsioonikoormus²

8000 uut juhtu⁴
Harvikaigus⁴

Uute juhtude arv
maailmas ühes aastas

UV-kiirgus: **EI**
Perekondlikkus: **≈1%-2%**
Onkogeensed põhjused: **GNAQ, GNA11**

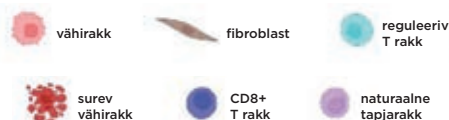
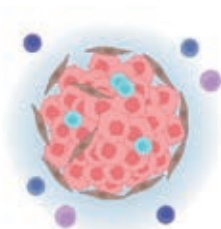
Põhjustajad⁴

Valgenahaline mees⁶
Heledad silmaiirised⁷
Keskmine haigestumise vanus on
62-aastat^{6,8}
BAP1-mutatsiooni kandlus^{a,9}

Riskitegurid

KÜLM KASVAJA

- CD8+ rakud ja naturaalsed tapjarakud väljaspool kasvajat
- Immuunsupressiivsed immuunrakud (reguleerivad T rakud) kasvajas
- Halb prognoos ja ravivastus immunoteraapiale



^aBAP1 mutatsiooni kandvad patsiendid haigestuvad tavaliselt nooremas eas, vanuses 30–59 aastat.⁸

Foto: thinkuvealmelanoma_brochure_CM-GL-DA-2000001

1. Damato BE, *et al.* *Cancers* (Basel) 2019;11:971; 2. Field MG, *et al.* *Clin Cancer Res* 2016;22:1234–42; 3. Cancer Genome Atlas Network. *Cell* 2015;161:1681–96. 4. Pandiani C, Béranger GE, Leclerc J, Ballotti R, Bertolotto C. Focus on cutaneous and uveal melanoma specificities. *Genes Dev.* 2017;31(8):724–743. doi:10.1101/gad.296962.117; 5. Arnold M, *et al.* Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040. *JAMA Dermatol* 2022; 158 (5): 495–503; 6. Krantz BA, Dave N, Komatsubara KM, Marr BP, Carvajal RD. Uveal melanoma: epidemiology, etiology, and treatment of primary disease. *Clin Ophthalmol.* 2017;11:279–289. doi:10.2147/OPHTH.S89591; 7. Nathan P, Cohen V, Coupland S, *et al.* Uveal melanoma UK national guidelines. *Eur J Cancer.* 2015;51(16):2404–2412. doi:10.1016/j.ejca.2015.07.013; 8. Yang J, Manson DK, Marr BP, Carvajal RD. Treatment of uveal melanoma: where are we now? *Ther Adv Med Oncol.* 2018;10:1758834018757175. doi:10.1177/1758834018757175; 9. Barker CA, Salama AK. New NCCN Guidelines for uveal melanoma and treatment of recurrent or progressive distant metastatic melanoma. *J Natl Compr Canc Netw.* 2018;16(5.5):646–650. doi:10.6004/jnccn.2018.0042

IMMUNOCORE

Esindaja Eestis:
Medison Pharma Estonia OÜ
Sõpruse pst 145, 13424 Tallinn

MEDISON



NAHAMELANOOM (*cutaneous melanoma, CM*)

- Immunoloogiliselt “**KUUM**” kasvaja
- Hea ravivastusega immuunravile kontrollpunkti inhibiitoritega¹
- Suure mutatsioonikoormusega³

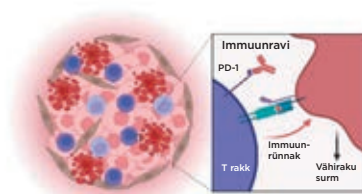
325 000 uut juhtu⁵
Kiirelt kasvav trend⁵

UV-kiirgus: **JAH**
Perekondlikkus: **≈10%**
Onkogeensed põhjused: **BRAF, NRAS**

Naha düsplastiliste neevuste suur arv⁴
Esinemissagedus on suurem vanematel inimestel, kuid CM on üks levinumaid vähke noortel täiskasvanutel⁵

KUUM KASVAJA

- CD8+ rakud ja naturaalsed tapjarakud kasvaja sees
- Immuunsupressiivsete rakkude (reguleerivate T rakkude) pärssimine
- Parem prognoos ja kasvajarakkude tapmine immunoteraapiaga



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

- **20 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