

Euroopa Kardioloogide Seltsi president: Euroopa ühtsete ravijuhendite rakendamine on keeruline

Euroopa ühtsete ravijuhendite rakendamine on riikide erinevate majanduslike võimaluste tõttu keeruline, ütles Euroopa Kardioloogide Seltsi president professor Panos E. Vardas Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile antud intervjuus.

Euroopa Kardioloogide Selts ühendab enam kui 75 000 erialaspetsialisti ja 55 kardioloogiaühingut, samuti mitmeid institutsioone ja töörühmi Euroopas ning Lähis-Idas. Kuidas õnnestub ühendada erinevad alamerialad, regioonid, põlvkonnad ja traditsioonid Euroopa kardioloogia ühise katuse alla? Milline on Euroopa kardioloogide roll üleilmses kardioloogias?

Euroopa Kardioloogide Selts kuulub maailma suurimate teadusühingute hulka ja sellel on oluline roll üleilmses kardiovaskulaarses meditsiinis. Oleme väga rahul, et oleme suutnud ühe katuse alla tuua 6 erinevat assotsiatsiooni, 10 töörühma ja 5 nõukoda. Euroopa Kardioloogide Selts on püüdnud olla üle riiklikest huvidest ja tegutseda Euroopas ühtselt, sest üheskoos suudame rohkem. Selts ei piirdu aga üksnes Euroopaga, sest meiega on liitunud mitmed Euroopast välja poole jäävad riigid, nt Kasahstan ja Maroko.

Kui rääkida erinevatest põlvkondadest, siis meile on väga oluline, et seltsi töösse oleks korrakaasatud kõik põlvkonnad. Selleks et olla lähemal noorele põlvkonnale ja tutvustada uusi andekaid kardiolooge, oleme arendanud projekti „Cardiologists of Tomorrow“. Oluline on ka rahvusvaheline koostöö, mille edendamiseks on Euroopa Kardioloogide Selts viimasel neljal aastal arendanud projekti „Global Scientific Activities“, mis pakub meie tegevustele täiendavaid võimalusi kasvatada neis rahvusvahelist mõõdet. Selle projekti käigus külastatakse näiteks suuri ja kiiresti arenevaid riike (Brasiilia, Argentina, Mehhiko, Hiina, Saudi Araabia, Jaapan jt) ning osaletakse nende aastakoosolekutel koos ühepäevaste kursustega.



Prof Panos E. Vardas (Kreeta Ülikool, Kreeka)

Foto: Tiina Kirs

Kui vaadelda ravijuhendite arendamist, siis Euroopa ühtsete juhendite väljatöötamisel kohtab mitmeid probleeme. Nagu teada, on ravijuhendite rakendamiseks vajalik riikide teatud minimaalne rahaline toetus ning kahjuks on Euroopa riikide majanduslikud ja rahanduslikud võimalused riigiti väga erinevad ning see muudab ühtlustamise keeruliseks.

Euroopa Kardioloogide Selts ja Euroopa südamevõrgustik avaldasid hiljuti neljanda Euroopa kardiovaskulaarsete haiguste statistika ülevaate. Väljaande eessõnas on rõhutatud ennetustegevuse ja vananeva rahvastiku tähtsust südamehaiguste leviku mõjutajatena. Et ühiskonna vananemine ja patsientide tervisekäitumine ei ole täielikult arstide mõjutada, siis öelge, milliseid otse-

selt kardioloogilise arstliku tegevusega seotud soovitusi annaksite meie arstidele.

Euroopa südamevõrgustik avaldab erinevaid erialase tegevuse moodsikuid igal aastal ja meil on selle institutsiooniga väga hea koostöö. Minu arvates tuleks näitajate hindamisel silmas pidada, et südame- ja vereringehaiguste esinemine on olulisel määral seotud riigi sotsiaal-majandusliku olukorraga. Sellistes riikides, kus on kiiresti arenev majandus (nt Venemaa), esineb rohkem pärgarterihaigusi, sest inimesed töötavad palju ja toituvad kehvasti. Olukord on aga oluliselt teistsugune lääneliku eluviisiga riikides (nt Taanis, Inglismaal ja Itaalias): nendes riikides esineb pärgarterihaigusi vähem, kuid teisalt suureneb degeneratiivsete südame-veresoonkonnahaiguste (nt aordistenoos) esinemine. Erinevad riigid, erinevad probleemid! Arenevates riikides on enam levinud pärgarterihaigused, kuid vananeva rahvastiku ja aktiivse ennetuspoliitikaga riikides võtavad pärgarterihaiguste koha üle degeneratiivsed südamehaigused.

Euroopa Kardioloogide Selts ja Euroopa Südamerütmi Assotsiatsioon on hiljuti välja toonud suured erinevused südame arütmiate ravis Ida- ja Lääne-Euroopas. Mis tuleks Teie hinnangul teha, et selles vallas Ida-Euroopa olukorda parandada?

Rahvusvaheliselt on tapja number üks kardiaalne äkksurm, mis oma olemuselt on seotud südame arütmiauga. Kardioverter-defibrillaator on väga tõhus aparaat, mis kaitseb patsiente äkksurma eest. Et anda aimu Lääne- ja Ida-Euroopa suurest erinevusest, olgu märgitud, et näiteks Saksamaal kasutatakse seda seadet aastas 1 miljoni inimese kohta 280 juhul, Euroopas keskmiselt 140 juhul. Seevastu on Venemaal 1 miljoni inimese kohta aastas neid seadmeid kasutatud vaid kuuel juhul ja Ukrainas isegi veel vähem. See illustreerib arenevate Ida-Euroopa riikide ja arenenud lääneriikide suurt vahet preventsoonis. Tervishoiupoliitikud peaksid nägema rohkem vaeva, kuidas seda vahet vähendada. Küllastasin hiljuti Moskvat ja kohtusin kohalike tervishoiupoliitikute ja kardioloogidega, et arutada võimalusi olukorda parandada.

Tänapäeva kardioloogia koosneb erinevatest alamerialadest. Kuidas on praegu erialade areng tasakaa-

lustatud ning kas on märke mõne ala aeglasemast arengust?

Kõik alamerialad on kardioloogia jaoks olulised. Kõikides seltsi kuuluvates riikides on alamerialad hästi arenenud, mõistagi väikeste erinevustega. Samas on tösi, et mitme põhjuse tõttu vajab elektrofüsioloogia väga haritud personali ja arenenud tehnoloogiat ning seepärast areneb mõningal määral aeglasemalt kui teised erialad. Kõigepealt arenes invasiivne kirurgia ja siis järgnes sellele elektrofüsioloogia. Arvestades seda, et kodade virvendusarütmia levik võtab tänapäeval juba epideemilisi mõõtmeid, on elektrofüsioloogial oluline roll kodade virvenduse ablatsioonravis ja kardioloogiliste patsientide äkksurma ennetamisel. Mitmed riigid on raskustes teatud alamerialade arendamisega, näiteks on neis suur vajadus kõrgetasemeliste uurimiskeskuste järele. Isegi sellises arenenud riigis nagu Ühendkuningriik ei ole kardioloogilise elektrofüsioloogia laborite arv piisav. Ma arvan, et nii tervishoiuametnikud, kardioloogid kui ka patsiendid peaksid nendele teemadele rohkem tähelepanu pöörama.

Kardioloogid juhivad oma tegevuses enamasti tõenduspõhisest meditsiinist, mis rajaneb juhuslikustatud kontrollrühmaga uuringutel ja ravijuhenditel. Samas on epideemioloogial põhineval meditsiinil ka arvukalt kriitikuid. Milline on Teie arvates meditsiiniteadmuse metodoloogia tulevikus ning seda iseäranis kardioloogia kontekstis?

Tõenduspõhine meditsiin on traditsiooniline, tark ja tõhus lähenemine, kuidas kasutada meditsiiniteadmisi patsientide heaks. Samuti on tösi, et viimased 30 aastat arendatud tõenduspõhine meditsiin on sattunud aegajalt eri osapoolte kriitika alla. On olnud nii poolt- kui ka vastuargumente soovitustes, mis põhinevad iseäranis suurte populatsioonide kliinilistel uuringutel. Üldiselt arvan, et patsientide ja meditsiini kui valdkonna jaoks on siin rohkem olnud positiivseid aspekte. Kindlasti on tõenduspõhise meditsiini ja eriti ravijuhendite juures kõige tähtsam patsiendi individuaalsus. Arst ravib ikka konkreetset patsienti ega realiseeri ainult juhendis sisalduvat. Ühelt poolt me vajame ravijuhendeid ja tõenduspõhist meditsiini, kuid teisalt peame olema ettevaatlikud ja teadma, kuidas ravida iga patsienti individuaalselt. See muudab väga oluliseks arsti rolli ja tema kliinilise kogemuse.