

XXI Eesti Arstide Päevad

3.–4. aprillil 2014 toimusid XXI Eesti Arstide Päevad, millest võttis osa umbes 800 inimest, sh tudengid ja mitme põlvkonna arstid. Avasõnad ütles Steinbocki majast videotehnika vahendusel Eesti peaminister Taavi Rõivas, sest ta oli päevade programmi kokkupanemise ajal sotsiaalminister. Toimusid sessioonid personaal-, perinataal- ja unemeditsiinist ning alkoholi rollist Eesti ühiskonnas. Alljärgnevalt on kajastatud toimetuse valikul lühidalt kahe sessiooni põhiseisukohti.

Sessiooni „Infektsioonhaigused XXI sajandil“ korraldas Eesti Infektsioonhaiguste Selts ja seda juhatas prof Irja Lutsar.

Eelmise sajandi 60. aastatel arvati, et infektsioonhaigused on kadumas, aga järgnevad 50 aastat on tõestanud vastupidist. Loomulikult on mõned nakkushaigused tänu vaktsiinidele ja tõhusale ravile jäänud väga harvaks, kuid päris ajaloo hämarusse pole need vajunud ning muutuv maailm on toonud kaasa uued väljakutsed. Heaks näiteks on *dengue*-palavik, mida seni on peetud troopiliseks haiguseks, kuid kliima soojenemise ning aktiivse turismi tagajärjel on viimasel ajal esinenud puhanguid Itaalias, Kreekas ja Ameerika Ühendriikides.

Vaktsineerimisega on XXI sajandil jõutud struktuurse vaktsinoloogiani, kus vaktsiinides kasutatakse vaid üksikuid valke ning need on muutunud efektiivseks ja ohutuks. Praegu on suurema tähelepanu all vaktsiinide loomine selleks, et kaitsta inimesi tuberkuloosi, HIV ja malaaria eest. Vastavad potentsiaalsed vaktsiinid on jõudnud esimese ja teise faasi kliinilistesse uuringutesse, kuid võimaluseni neid kasutada läheb veel aega.

Infektsioonide diagnostikast rääkides oleme XXI sajandil jõudnud välja masspektromeetriani ning teiste uute tehnoloogiateni mikroobide samastamisel. Mikrobioloogial on kasvav roll nii infektsioonhaiguste käsitluses kui ka lokaalsete ja üleilmsete haiguspuhangute epidemioloogia jälgimisel.

Oluliseks teemaks on hospitaalinfektsioon: igal aastal saab selle Euroopas rohkem kui 3 miljonit patsienti. Praegu räägitakse

probleemist üldisemalt, s.t tegemist on kõigi tervishoiuteenuste osutamisega seonduva infektsiooniga ning see ei ole ainult haigla probleem. Koduõenduses ja hooldusravis ette tulevad juhud on vaid ühed näited haiglavälisest võimalusest seda tüüpi infektsiooni saada.

Aina olulisemat tähendust on omandamas nüüdisaja reisimeditiin. See ei ole ainult vaktsineerimise planeerimine. Tegelikult tuleb reisinõustamisel anda personaalseid soovitusi, arvestades patsiendi tegureid, sihtkohta jm. Peab arvestama, millist transpordiviisi planeeritavasse reisi-sihtkohta jõudmiseks kasutatakse. Malaariaohtu võib jätta arvestamata, kui valitakse konkreetseesse sihtkohta viiv lennureis, kuid kui osa marsruudist planeeritakse läbida raudteel, siis suureneb nakkuse saamise võimalus. Oluline on arvestada somaatiliste haiguste kaasumist ja vastavat nõustamist. Ettevaatlikud peaksid olema kardiovaskulaarse haigusega reisijad, kellel plaan minna soojamaareisile. Pärima peab kasutatavate ravimite kohta, näiteks tasub suukaudseid rasestumisvastaseid vahendeid tarvitavale naisele mainida, et reisir saadud kõhulahtisusega võib kaasneda nende toime vähenemine.

Üheks väga oluliseks teemaks on Eestis jätkuvalt HIV. 30 aastaga on HIV-haigete ravi oluliselt paranenud. Kui varasemate teadmiste alusel oli HIV kindlalt surmani viiv, siis nüüdseks on tänu efektiivsetele ravimitele võimalik nakkust pikaajaliselt kontrolli all hoida, nii et patsientide eeldatav eluiga üldrahvastikuga võrreldes ei vähene. Samuti on maailmas olemas üksikud näited patsientidest, kes on HIVst täielikult vabanenud.

Perioperatiivse patsiendikäsitluse sessiooni algatajaks oli Eesti Nooremarstide Ühendus, kes korraldas selle koos Eesti Anestesioloogide Seltsiga. Sessiooni juhatasid Rille Pihlak ja Eva Antsov.

Avaettekandes toodi välja, et perioperatiivse riski hindamisel tuleb arvestada patsiendi-, protseduuri- ja anesteesiapoolsete teguritega. 28 Euroopa riigis plaani-

lise ja erakorralise statsionaarse kirurgia patsientide postoperatiivse kulu jälgimisel sedastati, et 7 päeva keskmine suremus on oodatust suurem, s.t 4%. Eestis on olukord hea: olime 5 parema hulgas. Probleemiks saab pidada, et 73% surnud patsientidest ei olnud ravi ajal kordagi intensiivraviosakonnas. Tekib küsimus, kas oskame suure riskiga patsiente ära tunda, sest enamiku kirurgiliste protseduuride ja anesteesia risk on tänapäeval väike. Peamine surma risk tuleneb patsiendipoolsetest teguritest, mida saab prospektiivselt hinnata.

Tutvustati paradigmuuutusi patsiendi perioperatiivsetes paastumisnõuetes. Tänapäevase anesteesia seisukohast võivad patsiendid kuni 2 tundi enne anesteasiat juua selget vedelikku (sh vett, gaseeritud jookke, viljalihata mahla, piimata kohvi ja teed) ning kerge eine võib võtta ka 6 tundi enne operatsiooni. Nii saab vältida dehüdratsiooni, mis omakorda vähendab perioperatiivsete tüsistuste – näiteks, segasuse, hüповoleemia, hüповолүкеemia – sagedust. Nõue „alates keskööst söömata-joomata“ tähendab patsiendile põhjendamatult pikka nälgimist ja dehüdratsiooni, mis võib anesteesia kvaliteeti vastupidi oodatule halvendada.

Võeti kokku ravimite manustamise juhised perioperatiivses perioodis. Praeguste teadmiste alusel võib väita, et operatsioonipäeval ei peaks kasutama AKE inhibiitoreid ega diureetikume, välja arvatud juhul, kui nende kasutamise näidustuseks on raske südamepuudulikkus. β -blokaatoreid peaks manustama tavalise skeemi järgi, sest nende ärajätmine suurendab kardiovaskulaarsete tüsistuste riski perioperatiivses perioodis. Nii mõnegi ravimirühma kohta on vastukäivaid soovitusi: kas katkestada ravi SSRI või Parkinsoni tõve ravimitega, kui ravimi ebasoodne mõju operatsiooni kulule on küsitav. Statiinide kasutamise suhtes konsensust ei ole, kuid selle uuringutes on leitud, et statiinide ärajätmine suurendab perioperatiivses perioodis südame-veresoonekonnahaiguste tüsistuste tekke riski.

Rõhutati venoosse trombemboolia (VTE) ennetamist. Koe kirurgilisest traumast tekkinud hüperkoagulatsiooniseisund võib kesta nädalaid ning kirurgiaga seotud VTE algab enamasti sääreveenidest juba operatsioonilaul. Tähelepanu sai ka kontratseptiiv-



Eesti Arstide Liidu peasekretär Katrin Rehema ja president Andres Kork.

Pilt: Ülar Linnuste

vide kasutamine: perioperatiivses perioodis on suure tromboosiriskiga patsientidel oluline peatada kombineeritud hormonaalsete preparaatide kasutamine, sest need suurendavad VTE-riski östrogeense komponendi tõttu.

Antiagregant- ja antikoagulantravi on laveerimine kahe riski – tromboosi ja veritsuse – vahel. Väikse veritsusriskiga protseduurid tuleks teha võimaluse korral antikoagulantravi jätkates, kusjuures INRi määramine on ka neil puhkudel väga soovitatav. Keskmise ja suure veritsusriskiga protseduuride puhul võib antiagregant- ja/või antikoagulantravi katkestamine ilma madalmolekulaarse hepariiniga sildamiseta tüsistuda eluohtliku tromboosiga. Seetõttu on oluline määrata antiagregant- ja antikoagulantravi näidustus, hinnata patsiendi kardiovaskulaarset riski ning vajaduse korral viia läbi sildamine. Viimase osas tasub alati konsulteerida anestezioloogi või tromboosispetsialistiga, sest sildamise kogemus on veel tagasihoidlik ning igas haiglas ei ole oma kohalikke tegutsemisjuhendeid.

Konverentsikava koos kõigi ettekandjate nimede ja ettekannete pealkirjadega ja enamik konverentsil peetud ettekannete esitlustest on kättesaadav EALi veebisaidil aadressilt <http://www.arstideliit.ee/>.

Eesti Arst