

Margus Punab peab olulisimaks saavutuseks meeste soospetsiifiliste tervisemurede teadvustamist

Äsja 10. aastapäeva tähistanud Tartu Ülikooli androloogiakeskuse olulisimaks saavutuseks on meeste soospetsiifiliste tervisemurede ulatuslik teadvustamine meie ühiskonnas, ütles keskuse juht Margus Punab intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Tartu Ülikooli Kliinikumi androloogiakeskusel möödus äsja 10. aastapäev. Mida peate keskuse seni olulisemateks saavutusteks?

Usun, et kõige olulisemaks saavutuseks on meeste soospetsiifiliste tervisemurede ulatuslik teadvustamine meie ühiskonnas. Sellega on kaasas käinud osutatavate tervishoiuteenuste mahu väga kiire kasv. Esimesel tegevusaastal oli meil 13 341 patsiendivisiiti ja 2014. aastal oli see arv kasvanud juba 43 182 visiidini. Teiseks olen uhke, et juba teisel tegevusaastal saime sertifitseeritud kui Euroopa Androloogiaakadeemia (EAA) kliiniline teadus- ja koolituskeskus. Nüüdseks on selliseid androloogia tippkeskusi kokku 26, neist neli Ida-Euroopas ja kaks hoopis väljaspool Euroopat. Regulaarne resertifitseerimine ei lase meid ka loorberitele puhkama jääda. Kolmandaks võiks välja tuua väga kiire innovatsioonitempo. Paljud meie juurutatud diagnostilised ja ka organisatoorsed uuendused on mõne aasta jooksul kasutusele võtnud mitmed siduserialade kliinikud. Teadusarenduse ja kliinilise tegevuse tihe sümbioos on aidanud kiiresti parendada meie diagnostilisi võimalusi ja seeläbi parandanud olulisel määral ka ravitulemusi. Neljandaks olen uhke meie väga tugeva kollektiivi ja selle vaimsure üle.

Millisena näete keskust 10 aasta pärast?

Usun, et järgmise kümnendi üheks oluliseks märksõnaks on paljutahuline rahvusvahelistumine. Nüüdseks oleme nii kliinilise kui ka teadusvõimekusega jõudnud Euroopa keskmike hulka. Usun, et juba lähiaastatel näeme siin välisriikide residente. Loodan, et jalad saab alla ka Eesti-sisene siduserialade



Margus Punab

tihedam koostöö nii kliinilise meditsiini, residentide koolituse kui ka teaduse vallas. Kindlasti on üheks märksõnaks ka tervishoiuteenuste eksport. Struktuuri poolest saab meil loodetavasti juba lähiajal olema neli kliinilist keskust, lisaks ilmselt ka ühel või teisel moel toimiv täisvarustusega mobiilne vastuvõtupunkt. Residentuuri-süsteemi stabiliseerumise abil loodame jõudsat noorte kolleegide pealekasvu. Jõulist arendamist vajavad noorukite androloogia ja soospetsiifiline füsioteraapia.

Mainisite keskuse juubelikonverentsil, et sageli küsivad teised arstid, mida androloogia endast üldse kujutab. Kuidas neile vastate?

Androloogia tegeleb meeste eriomaste soospetsiifiliste haigustega. Sisuliselt oleme meeste günekoloogid. Anatoomiliselt kuulub siia kogu mehe sugutrakt ja kusetrakt kuni eesnäärmeni. Lisanduvad rinnanäärme ja kasvavalt ka kiilaspäisuse temaatika. Viimased seetõttu, et põhiosas on need probleemid seotud meesuguhormoonide tasakaaluga organismis. Viimasel ajal on nii meil kui ka EAA teistes keskustes järk-järgult kasvanud ka meeste üldtervise ja vananemise teema osatähtsus. Teemad, millega tegeleme, on mahte arvestades rivistatult järgmised: eesnärmehaigused ja laiemalt alumiste kuseteede vaevused, seksuaalhäired, viljakus ja seda mõjutavad haigused, hüpogonadism ja teised suguhormoonide tasakaalu häired, mehe üldtervis seonduvalt eespool nimetatud probleemidega, suguhaigused, meeste kontratseptsioon.

Milline on Eestis vajadus androloogi-de järele?

Ma arvan, et optimaalne vajadus oleks kümme täiskoolitusega, eriresidentuuri läbinud androloogi. Lisaks siduserialade spetsialistid, kes oleks spetsialiseerunud meeste eriomaste probleemide lahendamisele. Residentuurimured õnnestus meil loodetavasti lõplikult lahendada mõned aastad tagasi. Oleme jätkuvalt uroloogia alameriala, kuid viimase programmi valguses ilma kirurgilise ettevalmistuseta. Praegu on oma haridusteel kolm androloogia-uroloogia resident. Käesoleval aastal lisandub loodetavasti veel 1–2 uut resident.

Kuidas hindaksite Eesti meeste tervist ja suhtumist oma tervisesse üldiselt?

Meeste tervise puhul võib välja tuua väga olulisi ja positiivseid arengusuundumusi. Eesti on viimase 6–7 aasta jooksul olnud kõige kiirema meeste keskmise oodatava eluea kasvuga riik Euroopas. Selgelt tuleb erinevus esile, kui vaatame sama dünaamikat võrdluses meie geograafiliste ja sotsiaalsete naabrite Läti ja eriti Leeduga. Vaikselt on vähenemas ka meie meeste ja naiste oodatava eluea vahe, mis tipp hetkel

1994. aastal oli 12,1 ja 2014. aastal juba „vaid“ enam kui 9,2 aastat. Seejuures peetakse loomulikuks erinevust 2–4 aastat. Seega on meil veel väga pikk tee minna.

Oodatava eluea tõus on suures osas seotud terviseteadlikkuse kasvuga. Näha on kiiret suitsetajate osakaalu vähenemist. Noorimas täiskasvanute põlvkonnas on suitsetajaid juba poole vähem kui oli 1990ndate alguses. Alkoholitartvitamine väheneb ja regulaarne füüsiline aktiivsus on kasvuteel. Olulisemateks probleemideks on siiski liiga suur ja tervist ohustaval moel alkoholitartvitamine. Jätakuvalt on mureks ka probleemne seksuaalkäitumine. Suureks probleemiks on teatud alarühmade (madala haridustasemega ja vanemate meeste) keskmisest probleemsem tervisekäitumine.

Millised on praegu meeste võimadused õigel ajal asjakohast arstiabi saada, arvestades näiteks kas või seda, et androloogi vastuvõtule minekuks on vaja saatekirja?

Saatekirja nõue on keeruline teema. Soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise volinik on oma 2015. aasta 2. oktoobri otsusega meeste ja naistele erinevate tingimuste loomist reproduktiiv- ning seksuaaltervise teenuste pakkumisel hinnanud meeste diskrimineerimiseks. Kindlasti halvendab saatekirja nõue meeste soospetsiifilise teenuse kättesaadavust, enim just kõige tundlikumate seksuaaltervise küsimuste puhul. Samas pole saatekirja nõue vähendanud tungi meestearsti vastuvõtule, pigem vastupidi. Mulle tundub, et siin on tekkinud paradoksaalne efekt. Saatekirja nõue on patsientide vastava soovi kaudu sundinud paljude teiste erialade spetsialiste mõtlema meeste soospetsiifilise tervise teemale. Teemad, millele varem leidis meestearst vaikselt lahenduse, on nüüdseks leidnud tee paljude teiste arstide kabinetti ja sealt ka teadvusesse ning sellest tuleneb ka kiiresti kasvav vastuvõtule suunatud patsientide arv.

Androoloogilise arstiabi kättesaadavust on piiranud kaks peamist tegurit: esmalt haigekassa lepingu maht ning teiseks teenust osutavate arstide ja õdede arv. Kõigil oma tegevusaastatel oleme etteantud haigekassa lepingumahte ületanud. Seoses residentuuriprogrammi taaskäivitamisega on lähiaastatel leevenemas arstide vähesusega seotud probleem.

Milline on perearsti roll ja suutlikkus meeste haigustega tegelemisel?

Perearsti roll meestehaigustega tegelemisel on väga kiiresti kasvanud. Suurem läbimurre tekkis tänu perearstide, uroloogide ja meestearstide koostöös sündinud meeste kusehäirete käsitus- ja ravijuhendile, mis on mõeldud perearstidele ja mis avaldati Eesti Arstis 2011. aastal. Selles juhendis sai lihtsalt kokku võetud olulisemad käsitluspõhimõtted, aga sellele lisaks sai seal selgelt välja toodud ka uus mudel PSA-testi tõlgendamiseks. Lisaks on oluliselt kasvanud perearsti roll meeste seksuaalhäirete käsitluses. Ülejäänud osa androloogiast on siiski väga laborimahukas ning kõiki teemasid pole ressursside ja tehniliste võimaluste piiratuse tõttu võimalik esmatasandile suunata.

Kui oluliseks peate eesnäärmevähi skriiningut?

Praegu ma enam riiklikult koordineeritud eesnäärmevähi skriiningut hädavajalikuks ei pea. Kui vaadata statistikat, siis ei toimi skriiningu tulemuslikkuse mõõdikute alusel kahjuks vajalikul tasemel ka olemasolevad skriininguprogrammid. Peamine põhjus on siiski see, et viimase kaheksa aasta jooksul läbi viidud teavituskampaaniates oleme jõudnud olukorda, kus *office-based*-skriininguga on arvatavasti kaetud juba enam kui 70% sihtrühmast. Veel veidi enam kui kümnekond aastat tagasi diagnoositi pea 40% eesnäärmevähi juhtudest metastaasidega haigusvormis. Nüüd on see arv suure tõenäosusega kahanenud juba alla 10%.

Probleeme on jäänud kaks. Esmalt, kuidas jõuda nende meesteni, kes ise aktiivselt abi ei otsi. Teiseks, kuidas optimeerida PSA testi kasutamist. Minu hinnangul tehakse praegu PSA-testi selgelt liiga palju, sageli ilma olulise näidustuse ja dubleerides hiljutisi teste. Probleemid lahendaks lihtsalt see, kui perearsti kvaliteediprogrammi lisatakse eesnäärme seisundi hindamine koos testimiseks vajaliku lisaressursi eraldamisega. Vähiriski hindamise ja optimaalse testimisvälba kohta on soovitusel mainitud juhendis juba olemas. Enam kui pooled 50–65aastastest meestest, kellele see muudatus võiks suurimat kasu tuua, vajavad uut PSA testimist alles 4 aasta pärast ja vaid 20% kõige suuremate PSA väärtustega meestest vajavad edasisuunamist meestearsti või uroloogi konsultatsioonile. Praegu

tehakse PSA-testi paljudele aktiivsematele meestele kord aastas või isegi sagedamini. Lisaks testitakse meil ka mehi, kelle vanuse (liiga noored või liiga vanad) tõttu PSA-test meditsiiniliselt kasulikku infot ei anna või on see info ilma lisatestideta (eelkõige eesnäärme põletiku välistamine nooremas vanuserühmas) väärtusetu.

Olete öelnud, et oma igapäevatoos näete tihedat seost eesnäärme põletiku ja -vähi vahel. Milliseid lahendusi näete?

Seos on selgelt olemas. Arvatakse, et kroonilise eesnäärme põletiku põdemine suurendab eesnäärmevähi riski umbes kaks korda. Samas kiiret lahendust kahjuks ei ole. Eesnäärme põletik on väga tihedalt seotud meie kliimatiliste tingimustega – külm ja niiske kliima soodustab ning soe ja kuiv kliima vastupidi kaitseb selle haiguse eest. Lisaks ei põhjusta eesnäärme põletik (nagu ka lokaalne eesnäärmevähk!) haiguse algfaasis mingeid spetsiifilisi kaebusi. Väga suure osa eesnäärme põletikest leiame juhuleiuna kas mehepoolse viljatuse või suurenenud PSA-väärtusega vastuvõtule suunatud meeste uuringute käigus. Meie oma uuringud näitavad, et umbes 15–20% Eesti mehi vanuses 30–50 eluaastat põevad eesnäärme põletikku. Viimastel aastatel oleme oma keskuses teinud mitu olulist uuendust, mis on märgatavalt parandanud eesnäärme põletiku diagnoosimist ja oluliselt on paranenud ka ravitulemused. Loodame oma töö tulemused lähiaastatel ka teadupublikatsioonideks vormida.

Lisaks olete maininud, et mehel ei lahene kroonilised põletikud ilma partneri probleeme lahendamata. Kui palju ja milliste juhtumite puhul peate oma töös tegelema lisaks mehele ka tema partneriga ja kuidas see välja näeb?

Mehe sugutrakti kroonilised põletikud on väga tihedalt seotud partneri sugutrakti põletikega ja ka vastupidi. Kogemus ütleb, et ilma partneri samaaegse käsitluse ja sageli ka ravita me mehel head ravitulemust ei saavuta. Ise me naistega ei tegele, aga suuname peaaegu kõigi kroonilise prostatiidiga meeste partnerid günekoloogi juurde kontrolli. Kuni partneri seisundi kontrolli ja vajaduse korral ka selle korrigeerimiseni soovitame elada seksuaalelu kõigis selle

vormides preservatiiviga. Samas võib väga heas tasakaalus tupekeskkond olla mõnikord ka mehe krooniliste sugutraktipõletike ravi oluliseks positiivselt mõjuvaks komponendiks. Kõige keerulisem on ravida halva psühholoogilise ja sotsiaalse taustaga üksikuid mehi.

Viljatuse põhjused on niisama palju naise- kui ka mehepoolsed. Mis on sagedasemad viljatuse põhjused või seda soodustavad tegurid meestel?

Praegu just kirjutan selleteemalist teadusartiklit, kus analüüsin meie keskuse 9 aasta ja enam kui 8500 patsienti hõlmavat

kogemust. Loodetavasti võime sellel teemal peatuda lähemalt vahest juba poole aasta pärast. Laias laastus võib viljatuse põhjused jagada kolmeks: sünnipärased, sugutraktihaigustega ning eluviisiga seotud põhjused ja/või viljatust soodustavad tegurid. Mees-earst saab aidata kahe viimase puhul. Oma arengus ja koostöös väga tublide kunstliku viljastamise kliinikutega oleme jõudnud sinnamaale, et suudame Eestis aidata umbes 97% mehepoolse viljatuse probleemiga mehi. Mõnede äärmuslike haigusjuhtude korral teeme koostööd Euroopa tippkliinikutega ning see lisab vahest veel ühe protsendikese juurde.

LÜHIDALT

Asitromütsiin on *Chlamydia trachomatis*'e tekitatud urogenitaalinfektsiooni ravis niisama tõhus kui doksütsükliin

Chlamydia trachomatis'e põhjustatud infektsioon on üks sagedasemaid sugulisel teel levivatest nakkustest nii meestel kui ka naistel. Ravimata *C. trachomatis*'e nakkus on üks peamistest naiste viljatuse põhjustest. Sagedasti kulgeb haigus asümptomaatiliselt või väheste urogenitaaltraktist tulenevate sümptomitega. Nakkus on antibiootikumidega efektiivselt ravitav. Peamisteks ravimiteks on doksütsükliin ja asitromütsiin.

Viimast on mugav kasutada, seda määratakse üks gramm ühekordse doosina.

Siiski on kirjanduses andmeid, et asitromütsiini raviskeem ei ole piisavalt mõjus. USA Alabama Ülikooli teadlased korraldasid prospektiivse juhuslikustatud uuringu, et võrrelda asitromütsiini ja doksütsükliini mõjusust *C. trachomatis*'e infektsiooni ravis. Kokku osales 567 alla 25 aasta vanust *C. trachomatis*'e infektsiooniga isikut. Neist 284 juhuslikustati rühma, keda raviti asitromütsiini 1-grammise ühekordse doosiga. Ülejäänutele manustati doksütsükliini 100 mg kahel korral ööpäevas 7 päeva vältel. Ravi

mõjusust hinnati 28. päeval ravi algusest, kasutades nukleiinhappe amplifikatsioonitesti ja genotüpi-seerides välismembraani proteiini *A C. trachomatis*'e tüvede suhtes.

Asitromütsiinirühmas osutus 5 uuritava ravi ebaefektiivseks, doksütsükliinirühmas osutus ravi kõigil tõhusaks. Kahe rühma tulemuste erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Autorid järeldasid, et asitromütsiin ei ole *C. trachomatis*'e urogenitaalinfektsiooni ravis vähem tõhus kui doksütsükliin.

REFEREERITUD

Geisler WM, Uniyal A, Lee JY, et al. Azithromycin versus Doxycycline for Urogenital *Chlamydia trachomatis* Infection. *N Engl J Med* 2015;373:2512–21.