

40–65aastase täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend

Lona-Liisa Pruks^{1,2}, Anneli Rätsep^{2,3,4}, Katrin Martinson^{4,5}, Kadi Kallavus⁶

Täiskasvanute tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend sai alguse tervisetehnoloogia hindamise raporti „Tervisekontrollid südame-veresoonkonna- ja diabeedi ennetuseks, TTH56“ koostamisest (1). Raportis on soovitatud rakendada Eestis võimalusepõhist tervisekontrolli, et leida rahvastikus suure südame-veresoonkonnahaiguste ja diabeediriskiga inimesed ning vähendada nende haigestumust regulaarse jälgimise, nõustamise ja vajaduse korral ravimise abil. Raportis järeldati, et „kuna teistes riikides korraldatud programmides on tervisekontrollide tõhusus olnud piiratud ning osalusmäärad madalad, on Eestis tõhususe saavutamiseks vajalikud muutused esmatasandil. Esmalt tuleb kokku leppida võimalusepõhiste tervisekontrollide tegemise protsessis, et ühtlustada ja optimeerida patsientide käsitlust“.

Juhendi materjalid on leitavad Eesti ravijuhendite veebikeskkonnast www.ravijuhend.ee. Lisaks haiguste varase avastamise soovistele on juhendile lisatud suure ja väga suure kardiovaskulaarse riskiga patsiendi ravieesmärgi püstitamise algoritm, riskiskoori SCORE2 algoritm, prostata-spetsiifilise antigeeni (PSA) määramisega seotud küsimuste lisamaterjal, emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2, tervislike eluviiside

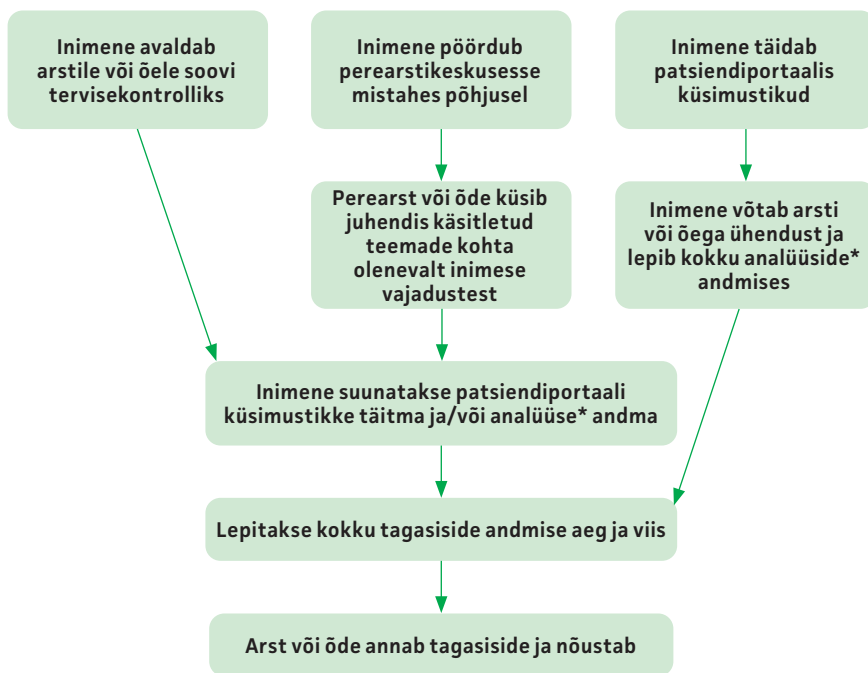
soovitused ja HIV suhtes testimise soovitused. Patsiendile on koostatud eraldi materjalid „Tervislike eluviiside soovitused“ ja „Eesnäärmevähi varane avastamine PSA sisalduse määramisega veres“. Kõik materjalid on saadaval ka trükituna. Tasuta trükiseid saab tellida aadressilt trykised@tervisekassa.ee.

JUHENDI ÜLESEHITUS

Ravijuhendi käsitlusala koostades leidis töörühm, et vajame juhendit, mis annab suunised rohkemate haiguste kui südame-veresoonkonnahaiguste ja diabeedi riskitegurite hindamiseks. Nii valiti juhendisse haigused, millesse haigestumus on Eestis suur, mis on ennetatavad ja mille varane avastamine võib hoida

ära haiguste progresseerumise. Samuti kaasati juhendisse patsientide seas või avalikkuses sagedasti tõstatuvad teemad, mille käsitlus tervishoius varieerub.

Vanusevahemiku 40–65 aastal valis töörühm tervisetehnoloogiate hindamise raporti 56 (TTH56) eeskujul. Valikul arvestas töörühm, et selles vanuses hakkavad avalduma südame-veresoonkonnahaigused ja diabeet, mis on kõige sagedamini esinevad suure haigestumuse ning suremusega haigused. Samuti suureneb selles vanuserühmas inimestel vähi ja glaukoomi esinemissagedus. Töörühm leidis, et ühtlasi vajavad ennetavat ravijuhendit alla 40- ja üle 65aastased inimesed.



* Analüüsid vajaduse põhjal: suure tihedusega lipoproteiin ehk HDL-kolesterool, mitte-HDL-kolesterool, üldkolesterool, veresuhkur, PSA ehk prostata-spetsiifiline antigeen.

Joonis 1. 40–65aastase inimese ennetustegevuse teekond.

¹ peremeditsiini arst-resident,

² Ränilinna Perearstikeskus,

³ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,

⁴ Eesti Perearstide Selts,

⁵ Linnamõisa Perearstikeskus,

⁶ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi ravijuhendite püsisekretariaat

Tabel 1. Prostataspetsiifilise antigeeni vanusespetsiifilised väärtused ja soovitus edasiseks jälgimiseks (ravijuhendis tabel 3) (4)

Vanus aastates	Kontrolli 4 aasta pärast	Vanuseline mediaan	Kontrolli 1 aasta pärast	Välista põletik ja eesnäärmevähk
40–49	< 0,7 ng/ml	0,7 ng/ml	0,7–1,4 ng/ml	> 1,4 ng/ml
50–59	< 0,9 ng/ml	0,9 ng/ml	0,9–1,8 ng/ml	> 1,8 ng/ml
60–69	< 1,4 ng/ml	1,4 ng/ml	1,4–2,8 ng/ml	> 2,8 ng/ml

Juhendis lähtutakse põhimõttest, et kõiki 40–65aastaseid inimesi ei kutsuta süstemaatiliselt ennetusvisiidile, vaid kaasatakse võimalusepõhiselt. Ennetusvisiidi keskne teema valitakse koos patsiendiga, alustades valdkonnast, mis on patsiendi jaoks kõige kõnetavam ja/või seostub enim patsiendi pöördumise põhjusega. Inimese võimalikud ennetustegevuse teekonnad on esitatud joonisel 1.

Kuni patsiendiportaalis täidetud küsimustikud ei ole isikustatud kujul perearsti infosüsteemis kättesaadavad (eeldatavasti saab see võimalikuks 2025. aastal), edastab inimene need ise õele või arstile. Iga inimene saab isikliku tagasiside ja nõuanded. Kui sihtrühma kuuluval inimesel on diagnoositud mõni ravijuhendis käsitletud haigus, siis hinnatakse riskitegureid ja alustatakse ennetustegevust nende haiguste suhtes, mida patsiendil veel ei ole. Ennetustegevuse sagedus sõltub patsiendi terviseprobleemist, riskiteguritest ja vajadustest.

SÜDAME-VERESOOKONNAHAIGUSED JA 2. TÜÜPI DIABEET

Kardiovaskulaarse riski hindamiseks soovitatakse kasutada SCORE2 riskiskoori ning lähtuda statiinravi määramisel ja eesmärkide seadmisel Euroopa Kardiolooide Seltsi ravijuhendi soovitustest (2). 2. tüüpi diabeedi puhul soovis töörihm teada, millist analüüsi (paastuglukoos (Glc), glükohemoglobiin (HbA1c), glükoositaluvuse proov (GTT)) võiks eelistada haiguse varaseks avastamiseks. Analüüsimeetodite võrdlemisel ei leitud olulisi erinevusi, kuid soovitati alustada Glc või HbA1c määramisest, kuna GTT tundlikkus oli kolmest meetodist

väiksem. Kui analüüsides on kõrvalekaldeid, soovitab töörihm järgida Eesti 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi juhendit (3).

PSA-ANALÜÜS EESNÄÄRMEVÄHI VARASEKS AVASTAMISEKS

Juhendis on käsitletud PSA-analüüsi kui eesnäärmevähi varase avastamise meetodi sobilikkust (kõrvale jäid nt riskiskoorid). Enne PSA-analüüsi tegemist tuleks kõigil 40–65aastastel meestel hinnata eesnäärmevähi riskitegurite (eesnäärme- ja rinnavähi pereanamnees, Aafrika päritolu) esinemist.

PSA sisalduse määramist veres võib soovitada kõigile üle 55aastastele meestele, kellel seda pole varem tehtud või kelle viimast analüüsi peaks tabelis 1 (ravijuhendis tabel 3) (4) toodud soovituste põhjal kordama. Töörihm võttis vanuse kui riskiteguri määratlemisel arvesse kvaliteetseima ja ülesehituselt sobivaima uuringu – ERSPC (*European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer*) (5) – tulemusi. Uuringus leiti kogu sihtrühma (50–74aastased mehed) ja põhirühma (55–69aastased mehed) eesnäärmevähist tingitud suremuse statistiliselt oluline vähenemine. Viieaastaste vanusevahemike analüüsis ei olnud leid järjepidev – eesnäärmevähist tingitud suremus vähenes oluliselt 55–59aastaste ja 64–69aastaste meeste seas, kuid teistes vanuserühmades mitte.

Enne analüüsi tegemist peab andma patsiendile ülevaate analüüsiga kaasuvatest kasudest ja kahjustest. Selle hõlbustamiseks koostati lisamaterjalid PSA-põhist sõeluuringut puudutavate küsimuste kohta (ravijuhendi lisa 3 ja patsien-

dimaterjal), mis on abiks arsti ja patsiendi vahelisel vestlusel. Lõplik teadlik/informeeritud otsus on isikupõhine ning sõltub patsiendi riskidest ja eelistustest.

GLAUKOOMI VARANE AVASTAMINE

Glaukoomi tekkeriski hindamiseks tuleb küsida esimese astme sugulastel glaukoomi esinemise kohta ning positiivse pereanamneesiga inimesed suunata plaaniliselt oftalmoloogi ambulatoorsele vastuvõtule (6). Sama seisukohta jagab ka Eesti Oftalmoloogide Selts.

Töörihm võttis soovituste sõnastamisel arvesse, et tonomeetria üksi ei ole glaukoomi diagnoosimiseks piisav meetod, kuna glaukoom võib esineda ka siis, kui silma siserõhk on normipärane. Samuti leiti, et perimeetria ei pruugi olla esmatasandil kättesaadav. E-konsultatsiooni võimaluse kasutamine silmaarsti vastuvõtule suunamisel tagab patsiendi õigeaegse diagnostika.

OSTEOPOROOSI VARANE AVASTAMINE

Osteoporoosi riski hindamiseks soovitame 40–65aastastel naistel kasutada luumurruriski kalkulaatorit FRAX (osteoporoosilise luumurru riski määramise mudel, *fracture risk assessment tool*). Luudensitomeetria uuringule tuleks suunata naised, kellel on FRAXi järgi kümne aasta reieluukaela murru risk $\geq 2\%$ ja üldine luumurru risk $\geq 6\%$. Töörihm võttis soovituste sõnastamisel arvesse, et kõigis Eesti piirkondades ei pruugi olla luudensitomeetria võrdselt kättesaadav, kuid töörihma hinnangul ei vaja probleem kiiret käsitlust. Kuigi naistel on osteoporoosi risk

suurem, arvestas tööühm sellega, et ainult naistele suunatud soovitus võib suurendada tervisevõimaluste ebavõrdsust.

2024. aasta lõpus valmib ravijuhend „Osteoporoosi käsitluse ja ravi juhend esmatasandile“, mis annab täiendavaid soovitusi nii diagnostika kui ka ravi kohta. Selle valmimiseni tuleb Eesti Reumatoloogia Seltsi soovitusel lähtuda ravis Euroopa 2019. aasta ravijuhendist (7).

D-VITAMIINI LISAMANUSTAMINE JA SELLE SISALDUSE MÄÄRAMINE VEREST

Kui on kahtlus, et inimene ei saa toidust piisavalt D-vitamiini, tuleb teda nõustada tervisliku toitumise suhtes. Tubase eluviisiga inimest tuleb nõustada füüsilise aktiivsuse ja õues viibimise asjus. Suurenenud risk D-vitamiini puuduse tekkeks esineb tubase eluviisiga inimestel, eridieete pidavatel inimestel (nt taimetoitlased, täistaimetoitlased), tumeda nahaga inimestel, aasta ringi katvaid riideid kandvatel inimestel, rasvunud inimestel.

D-vitamiini sisaldust peaks vereanalüüsist määrama vaid inimestel, kellel esinevad selle puudulikkusele omased kaebused. Kui tekib kahtlus, et inimene ei saa piisavalt D-vitamiini, võib soovitada D-vitamiini lisamanustamist 10–25 µg/päevas (400–1000 RÜ). Tööühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et D-vitamiini lisamanustamise soovitusel tähtsam on nõustada inimesi õuesviibimise ja mitmekülgse toitumise olulisuse suhtes. Ka Eesti 2015. aasta toitumis- ja liikumissoovitustes (8) on kirjas, et D-vitamiini lisamanustamine (kuni 400 RÜ päevas) võib teatud juhtudel olla vajalik, kuid kõigile seda ei soovitata. Ka üheski kaasatud ravijuhendis ei soovitatud D-vitamiini lisamanustamist kogu rahvastikule.

DEPRESSIOONI JA ÄREVUSHÄIRE VARANE AVASTAMINE

Depressiooni esmaseks hindamiseks kasutada küsimustikke PHQ-2 (patsiendi tervise küsimustik, ingl *patient health questionnaire*) või EEK-2. Ärevushäire esmaseks hindamiseks võib kasutada küsimustikke GAD-2 (generaliseerunud ärevushäire kahe küsimusega küsimustik, ingl *generalized anxiety disorder 2-item (scale)*) või EEK-2. Arvestades patsiendi anamneesi, ajakriitilisust ning isiklike eelistusi, saab tervishoiutöötaja langetada otsuse, kas hindamiseks kasutatakse lühiküsimustikke PHQ-2 või GAD-2 või põhjalikumat küsimustikku EEK-2. Soovitatud küsimustikud on mõeldud sõeluuringuks, s.t need ei ole diagnostilised vahendid; lävendi ületanud patsiendid vajavad lisauurimist. Tööühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse ka asjaolu, et uue lühema instrumendi kasutamine võib tänu väiksemale ajakulule olla patsiendile ja spetsialistile vastuvõetavam ning tagada paremini vahendi pideva kasutamise. Läbiv hindamisvahendi rakendamine võiks ühtlustada diagnoosini jõudvate patsientide määra, näiteks piirkondade või sotsiaalsete gruppide vahel. PHQ-2 ja GAD-2 tehakse ravijuhendi lisana kättesaadavaks pärast nende küsimustike Eestis valideerimist. Ravijuhendi koostamise ajal alustas Tervisekassa valideerimise protsessi.

Kui sõeluuringu tulemus viitab depressiooni või ärevushäire olemasolule, siis edasises käsitluses tuleb lähtuda ravijuhenditest „Depressiooni ravijuhend perearstidele“ (9) ja „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis“ (10).

TERVE INIMESE TERVISEKONTROLL

Alates 20. sajandi algusest on arenenud maades levinud, et enne-

tava meditsiini raames tehakse tervetel inimestel regulaarseid tervisekontrole. Tänapäeval on taoliste visiitide kõige sagedasem eesmärk ennetada ja varakult avastada levinud kroonilisi haigusi, nagu südame-veresoonkonnahaigusi, nagu diabeet. Selline praktika on levinud ka Eestis nii perearstiabis kui ka eriarstiabis ning inimestel soovitatakse käia läbivaatustel ka ilma tuntavate tervisehäireteta. Samas on see märgatav lisakoormus tervishoiutöötajatele ja lisakulu ravi-kindlustusele, mistõttu on oluline, et selline tervisekontroll oleks efektiivne, kulutõhus ja läbimõeldud (1).

Ennetustegevuses lähtutakse inimese eelistustest. Tervisekontrolli raames arvestatakse lisaks patsiendi vanusest, terviseharjumustest ja perekondlikust anamneesist tulenevaid tegureid. Valminud ravijuhend annabki toetuspunktid eri teemade käsitlemiseks, et ühtlustada ja optimeerida igapäevapraktikat.

KIRJANDUS

1. Pruks L-L, Alloja J, Suurna M, Rätsep A, Laisaar K-T, Kiivet R-A, Jürisson M. Tervisekontrollid südame-veresoonkonnahaiguste ja diabeedi ennetuseks, TTH56. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2022.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227–37.
3. 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. Ravijuhend. RJ-E/51.1-2021. Eesti Haigekassa; 2021.
4. Punab M, Takker U, Palts K jt. Meeste kusemishäirete käsitlus- ja ravijuhend perearstidele. Eesti Arst; 2011;90:241–2.
5. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, et al. A 16-yr follow-up of the european randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2019;76:43–51.
6. US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for primary open-angle glaucoma: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2022;327:1992–7.
7. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, et al. Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2019;30:3–44.
8. Pitsi T, Zilmer M, Vaask S jt. Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015. Tervise Arengu Instituut; 2017.
9. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmet A jt. Depressiooni ravijuhend perearstidele. Eesti Arst 2011;90:431–46.
10. Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis. Ravijuhend. RJ-F/2.2-2020. Eesti Haigekassa; 2021.