



**40–65-AASTASE
TÄISKASVANU TERVISE
JÄLGIMISE JA HAIGUSTE
ENNETAMISE JUHEND**

Eesti ravijuhend

RJ-Z/64.1-2023

Ravijuhendi töörühma liikmed

| | |
|----------------------|---|
| Anneli Rätsep (juht) | Peremeditsiini kaasprofessor, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; Eesti Perearstide Selts |
| Katrin Martinson | Perearst, OÜ Linnamõisa Perearstikeskus; Eesti Perearstide Selts |
| Anne Kaldoja | Perearst, OÜ Perearst Anne Kaldoja, OÜ Räpina Tervisekeskus |
| Lauri Laas | Töötervishoiuarst, Meliva Qvalitas AS, MTÜ Töötervishoiuarstide Selts |
| Merike Toomik | Sisearst, AS Lõuna-Eesti Haigla |
| Mikk Jürisson | Rahvatervishoiu kaasprofessor, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut |
| Irina Tohus | Õendusjuht, Viru Haigla AS, Pihlakodu, Eesti Õdede Liit |
| Ester Sikk | Pereõde, OÜ Dr Aune, Vastseliina perearstipraksis |
| Kersti Esnar | Tervisesüsteemi arendamise osakonna juhataja, Sotsiaalministeerium |
| Kadri Paal | Vanemusaldusarst, Eesti Tervisekassa järelevalve osakond |

Sekretariaadi liikmed

| | |
|--|---|
| Kadi Kallavus (juht ja metoodiline tugi) | Ravijuhendite metoodikanõunik, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut |
| Lona-Liisa Pruks | Peremeditsiini arst-resident, Tartu Ülikool |
| Ingrid Kirs | Peremeditsiini arst-resident, Tartu Ülikool |
| Marika Saar | Kliiniline proviisor, SA Tartu Ülikooli Kliinikum |
| Minni Saapar | Neuroteaduste doktorant, Tartu Ülikool |

Ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide koondandmed, tõenduse kokkuvõtte tabelid, soovitude kokkuvõtte tabelid ja koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Soovituslik viitamine: 40–65-aastase täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend. Tervisekassa. 2023.

Otsingusõnad: täiskasvanu tervise jälgimine, ravijuhend, varane avastamine, varajane avastamine, südame-veresoonkonna haigused, 2. tüüpi diabeet, PSA-analüüs, eesnäärmevähk, glaukoom, osteoporoos, D-vitamiin, depressioon, ärevushäire, tervislikud eluviisid, kehaline aktiivsus, toitumine, tubakatarvitamine, nikotiinitarvitamine, alkoholitartvitamine, narkootiliste ainete tarvitamine, immuniseerimine, vähi sõeluuringud, HIV-testimine.

© Tervisekassa 2023
Lastekodu 48,
Tallinn 10113

www.ravijuhend.ee
info@tervisekassa.ee

ISBN 978-9916-608-58-6
ISBN 978-9916-608-59-3 (pdf)

40–65-aastase täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend

Eesti ravijuhend



RJ-Z/64.1-2023



TARTU ÜLIKOOL






TERVISEKASSA 

Ravijuhend on valminud Tervisekassa rahastusel ja „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) järgi (www.ravijuhend.ee).¹

Tõendatuse astmed ja nende määratlus

| Määratlus | Hinnang |
|---|------------|
| Töörühm on väga kindel, et tegelik mõju on hinnangulisele mõjule lähedal. | Kõrge |
| Töörühm on mõju hinnangus mõeldukalt kindel: tegelik mõju on tõenäoliselt lähedane hinnangulisele mõjule, kuid võib sellest ka märgatavalt erineda. | Mõeldukas |
| Töörühm ei ole mõjuhinnangus eriti kindel: tegelik mõju võib märgatavalt erineda hinnangulisest mõjust. | Madal |
| Töörühm ei ole mõjuhinnangus üldse kindel: on tõenäoline, et tegelik mõju erineb hinnangulisest mõjust märgatavalt. | Väga madal |

Soovituse tugevus ja tingmärk

| | |
|---|--|
| Tugev positiivne soovitus  | Tugeva soovitusel andmisel on ravijuhendi koostajad kindlad, et soovitusel järgimise oodatavad tulemused kaaluvad üles ebasoodsa mõju. Soovitus võib olla sekkumise poolt või vastu. Nõrga soovitusel andmisel arvavad töörühma liikmed, et selle täitmise oodatavad tulemused ületavad ebasoodsat mõju, kuid nad ei ole selles kindlad. |
| Nõrk positiivne soovitus  | Ebakindlust võib põhjustada <ul style="list-style-type: none">- kõrge või mõelduka astme tõendusmaterjali puudumine;- vastuolulised hinnangud kasu ja kahju kohta; |
| Nõrk negatiivne soovitus  | <ul style="list-style-type: none">- ebakindlus või erinevused selles, kuidas üksikisikud tervisetulemeid väärtustavad;- vähene tervisekasu;- selline tervisekasu, mis ei ole kulusid väärt (k.a soovitusel rakendamise kulud). |
| Tugev negatiivne soovitus  | Soovitusel usaldusväärsuse huvides peab ravijuhendi töörühm kaaluma kõiki teadaolevaid tegureid ja põhjendama oma otsuste põhjuseid üksikasjalikult. Kindel soovitus antakse vaid juhul, kui sekkumine või ravim vastab Eesti tervishoiusüsteemi suutlikkuse nõuetele. |
| Praktiline soovitus  | Ravijuhend võib sisaldada suuniseid ehk praktilisi soovitusi, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel ja eksperdiarvamusel ning võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saavutamisel. |

¹ Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat 2020. Eesti Haigekassa 2021.

Sisukord

| | |
|--|-----------|
| Lühendid | 7 |
| Mõisted | 8 |
| Sissejuhatus | 10 |
| Ravijuhendi koostamise vajadus..... | 10 |
| Ravijuhendi käsitlusala ja sihtrühm..... | 10 |
| Ravijuhendi koostamine | 13 |
| Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine..... | 14 |
| Ravijuhendi soovitude loetelu | 17 |
| Ravijuhendi soovitused koos tõenduse lühikokkuvõttega | 23 |
| Südame-veresoonkonna haiguste varane avastamine..... | 23 |
| Südame-veresoonkonna haiguste suure riskiga inimeste statiinravi ja ravieesmärgid..... | 24 |
| 2. tüüpi diabeedi varane avastamine..... | 28 |
| PSA-analüüs eesnäärmevähi varaseks avastamiseks..... | 29 |
| Glaukoomi varane avastamine..... | 34 |
| Osteoporoosi varane avastamine..... | 35 |
| D-vitamiini lisamanustamine ja selle sisalduse määramine verest..... | 37 |
| Depressiooni ja ärevushäire varane avastamine..... | 39 |
| Tervislike eluviiside soovitused..... | 41 |
| Kehaline aktiivsus..... | 41 |
| Toitumine..... | 42 |
| Tubaka- või nikotiinitorude tarvitamine..... | 42 |
| Alkoholarvitamine..... | 42 |
| Narkootiliste ainete tarvitamine..... | 43 |
| Immuniseerimine..... | 43 |
| Vähi sõeluuringud..... | 43 |
| HIV-testimine..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| Lisa 1. Suure ja väga suure kardiovaskulaarse riskiga patsiendi individuaalse ravieesmärgi püstitamise algoritm..... | 45 |
| Lisa 2. Riskiskoori SCORE2 algoritm..... | 46 |
| Lisa 3. PSA-analüüs eesnäärmevähi varaseks avastamiseks. Lisamaterjal arstidele PSA-põhist sõeluuringut puudutavate küsimuste kohta... | 47 |
| Lisa 4. Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 | 53 |
| Lisa 5. Tervislike eluviiside soovitused | 56 |
| Lisa 6. HIV-testimine HIV-i sümptomite, HIV-iga seotud seisundite ja haiguste või HIV-i riskikäitumise korral | 66 |
| Kasutatud kirjandus | 67 |

Lühendid

| | |
|------------------------|---|
| AGREE | Ravijuhendite hindamise töövahend, ingl <i>appraisal of guidelines</i> |
| AUDIT-test | Alkoholi liigtarvitamise sõeltest, ingl <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> |
| EEK-2 | Emotsionaalse enesetunde küsimustiku teine versioon |
| FRAX | Osteoporootilise luumurru riski määramise mudel, ingl <i>fracture risk assessment tool</i> |
| GAD-2 | Generaliseerunud ärevushäire kahe küsimusega küsimustik, ingl <i>generalized anxiety disorder 2-item (scale)</i> |
| HDL-kolesterool | Suure tihedusega lipoproteiinide osakaal kolesteroolis, ingl <i>high density lipoproteins</i> |
| IFG | Paastuglükoosi häire, ingl <i>impaired fasting glucose</i> |
| IGT | Glükoositaluvuse häire, ingl <i>impaired glucose tolerance</i> |
| LDL-kolesterool | Väikese tihedusega lipoproteiinide osakaal kolesteroolis, ingl <i>low density lipoprotein cholesterol</i> |
| PSA | Eesnäärme- ehk prostataspetsiifiline antigeen, ingl <i>prostate-specific antigen</i> |
| SCORE ja SCORE2 | Südame-veresoonkonnahaiguste 10-aastase riski hindamise algoritm (esimene ja teine versioon (ingl <i>systematic coronary risk estimation</i>)) |
| HbA1c | Glükohemoglobiin, ingl <i>glycated hemoglobin</i> |
| PHQ-2 | Patsiendi tervise küsimustik, ingl <i>patient health questionnaire</i> |
| SoKo tabel | Soovituse kokkuvõtte tabel, ingl <i>evidence to decision table</i> |
| SVH | Südame-veresoonkonnahaigus |
| TõKo tabel | Tõenduse kokkuvõtte tabel, ingl <i>summary of findings table</i> |
| RÜ | Rahvusvaheline toimeühik, ingl <i>International Unit (IU)</i> |
| USPSTF | Ameerika Ennetustegevuste Töörühm, ingl <i>U.S. Preventive Services Task Force</i> |

Mõisted

| | |
|---|--|
| Avaldumus (ingl <i>incidence</i>) | Näitaja, mis väljendab uute juhtude teket algselt tulemivabas rahvastikus kindlal ajavahemikul. |
| Glükoheemoglobiin (HbA1c, ingl <i>glycated hemoglobin</i>) | Glükeeritud hemoglobiin ehk glükoheemoglobiin moodustub, kui hemoglobiini aminorühmale lisatakse suhkrujääk. Glükoheemoglobiini hulk veres on võrdelises sõltuvuses vere glükoosisisaldusega ja on mõjutatud punaste vererakkude ehk erütrotsüütide elueast. |
| Glükoositaluvuse häire (ingl <i>impaired glucose tolerance, IGT</i>) | Seisund, mille puhul on glükoositaluvuse proovi alusel vere paastuglükoosi sisaldus < 7,0 mmol/L ja glükoosisisaldus kaks tundi pärast glükoosilahuse joomist vahemikus ≥ 7,8 ja < 11,1 mmol/L. |
| Glükoositaluvuse proov (ingl <i>glucose tolerance test, GTT</i>) | Test glükoosi ainevahetushäire tuvastamiseks. Uuringu alus on glükoosi kontsentratsioon paastuplasmas ja selle muutus kaks tundi pärast 75 grammi glükoosi manustamist. |
| Haigestumus (ingl <i>morbidity</i>) | Üldmõiste, millega kirjeldatakse haigusjuhtude esinemist või teket mingis rahvastikus. |
| Paastuglükoosi analüüs | Glükoosi ainevahetushäire tuvastamise analüüs, mis näitab glükoosisisaldust paastuplasmas. |
| Paastuglükoosi häire (ingl <i>impaired fasting glucose, IFG</i>) | Seisund, mille puhul on glükoositaluvuse proovi alusel vere paastuglükoosi sisaldus 6,1–6,9 mmol/L ja glükoosisisaldus kaks tundi pärast glükoosilahuse joomist < 7,8 mmol/L. |

| | |
|---|--|
| <p>PSA-analüüs (ingl <i>prostate-specific antigen test</i>)</p> | <p>Eesnäärme- ehk prostataspetsiifilise antigeeni analüüs. Prostataspetsiifiline antigeen on valk, mida toodavad eesnäärme normaalsed rakud ja vähirakud. Antigeeni sisaldust on võimalik määrata vereanalüüsiga, et hinnata eesnäärme patoloogia olemasolu.</p> |
| <p>Võimalusepõhine ehk oportunistlik ennetus</p> | <p>Ennetusviis, mille puhul ei kutsuta kõiki sihtrühma kuuluvaid inimesi aktiivselt visiidile, vaid kaasatakse ennetusse mingi varem tuvastatud riskiteguri alusel, isiku soovil või mõnel muul tingimusel.</p> |
| <p>Mitte-HDL-kolesterool (ingl <i>non-high-density lipoproteins cholesterol</i>)</p> | <p>Mitte-HDL-kolesterooli kasutatakse südame-veresoonkonnahaiguste riski hindamiseks, sh riskiskooris SCORE2. Teatud juhtudel peegeldab see riski paremini kui LDL-kolesterool. Mitte-HDL-kolesterooli väärtuse saamiseks lahutatakse üldkolesteroolist HDL-kolesterool.</p> |
| <p>Narkootilised ained</p> | <p>Narkootilised ja psühhotroopsed ained on meeleolu ja käitumist mõjutavad ained, millel võib olla valuvaigistav toime ning millega kaasneb suur sõltuvuse oht.</p> |

Sissejuhatus

Ravijuhendi koostamise vajadus

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

Ravijuhendi käsitlusala koostades leidis töörühm, et vajatakse juhendit, mis annab suunised rohkemate kui SVH ja diabeedi riskitegurite hindamiseks. Leiti, et tuleb koostada laiapõhjalisem haiguste ennetamise ja tervise jälgimise juhend.

Töörühm valis juhendisse haigused, millesse haigestumus on Eestis suur, mis on ennetatavad ja mille varane avastamine võib hoida ära haiguste progresseerumise. Samuti kaasati juhendisse vähi sõeluuringud ja patsientide seas või avalikkuses sagedasti tõstatuvad teemad, mille käsitlus esmatasandi tervishoius varieerub.

Vanusevahemiku 40–65 aastat valis töörühm TTH56 raporti eeskujul. Valikul arvestas töörühm, et selles vanuses hakkavad avalduma SVH-d ja diabeet, mis on kõige sagedamini esinevad suure haigestumuse ning suremusega haigused. Samuti tõuseb selles vanuserühmas inimestel vähi ja glaukoomi esinemissagedus. Töörühm leidis, et ühtlasi vajavad ennetavat ravijuhendit alla 40- ja üle 65-aastased inimesed.

Ravijuhendi eesmärk on sõnastada 40–65-aastaste inimeste enamlevinud haiguste ennetuse põhimõtted, et ühtlustada ja optimeerida patsientide käsitlust.

Ravijuhendi käsitlusala ja sihtrühm

Ravijuhend sisaldab suuniseid kõikidele arstidele, õdedele ja ämmaemandatele, kes puutuvad oma töös kokku 40–65-aastaste täiskasvanute tervise jälgimise ja haiguste ennetusega.

Käesolevas ravijuhendis antakse suunised 40–65-aastaste täiskasvanute tervise jälgimiseks, haiguste ennetuseks ja varaseks avastamiseks.

Ravijuhend käsitleb järgmiste haiguste ennetust või varast avastamist:

- südame-veresoonkonna haigused,
- 2. tüüpi diabeet,
- eesnäärmevähk,
- glaukoom,
- osteoporoos,
- D-hüpopovitaminoosist tingitud haigestumine,
- depressioon ja ärevushäire.

Ravijuhend annab soovitusi järgmiste riskitegurite hindamiseks ja teemakohaseks nõustamiseks:

- tubaka- ja nikotiini toodete tarvitamine,
- narkootiliste ainete tarvitamine,
- alkoholitarvitamine,
- ebapiisav kehaline aktiivsus,
- ebatervislik toitumine.

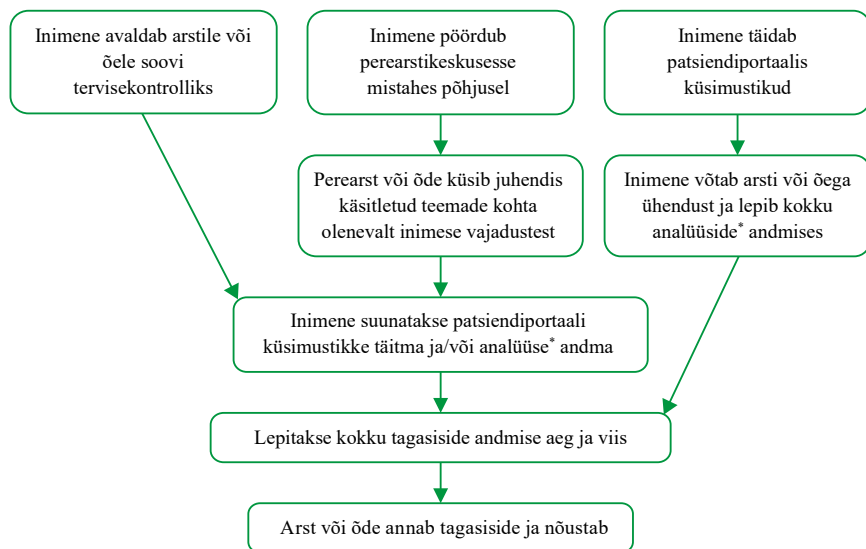
Lisaks antakse soovitusi inimeste teavitamiseks vähi sõeluuringutest, immuniseerimisest ja HIV-testimisest.

Ravijuhendis ei käsitleta haiguste diagnoosimist ja ravi (v.a SVH-d ennetav ravi).

Ravijuhend on suunatud inimestele, kellel ei ole käsitletud haigust ei ole. Töörühm arutas terminit „terve inimene“ ja leidis, et selle kasutamine on eksitav, sest inimene võib olla ühe haiguse suhtes terve, kuid tal võib siiski olla mõni teine ennetatav haigus.

Selles juhendis lähtutakse põhimõttest, et kõiki 40–65-aastaseid inimesi ei kutsuta süstemaatiliselt ennetusvisiidile, vaid kaasatakse võimalusepõhiselt. Inimese võimalikud ennetustegevuse teekonnad on esitatud joonisel 1. Ennetustegevuseni võib jõuda järgmistel viisidel: 1) inimene pöördub arsti või õe poole sooviga tulla tervisekontrolli, 2) inimene pöördub mistahes põhjusel perearstikeskusesse ja ennetusteema algatab arst või õde, 3) inimene täidab ise enda kohta ennetusküsimustikud, misjärel võtab ühendust arsti või õega. Kui inimene avaldab soovi tervisekontrolliks, siis suunatakse ta enne visiiti patsiendiportaali, kuhu on terviseriskide hindamiseks koondatud teemakohased küsimustikud. Juhendis käsitletavate haiguste riski hindamiseks vajalike analüüside (HDL-kolesterool, mitte-HDL kolesterool, üldkolesterool, veresuhkur, PSA) puudumisel suunatakse ta analüüsi andma. Kui inimene pöördub perearstikeskusesse mistahes põhjusel, siis küsib õde või perearst temalt juhendis käsitletud teemade kohta. Teemad, millega tegelema hakatakse, sõltuvad mitmest tegurist, sh inimese vajadustest, algsest pöördumise põhjustest, vastuvõtu ajast jpm. Pärast esimest arutelu suunab

õde või perearst inimese patsiendiportaali küsimustikke täitma. Täidetud küsimustike ja analüüsivastuste põhjal tagasiside andmise (sh nõustamise) aeg ja viis sõltuvad vajadustest ning võimalustest ja need lepib arst või õde patsiendiga kokku. Kui patsiendiportaalis on küsimustikud kättesaadavad, võib inimene ise esimese sammuna küsimustikud täita ja oma arsti või õega edasise tegevuse arutamiseks ühendust võtta. Kuni patsiendiportaalis täidetud küsimustikud ei ole isikustatud kujul perearsti infosüsteemis kättesaadavad (eeldatavasti saab see võimalikuks 2025. aastal), peab inimene need ise õele või arstile edastama. Iga inimene peab saama isikliku tagasiside ja nõuanded, mis dokumenteeritakse digiloos. Kui sihtrühma kuuluval inimesel on diagnoositud mõni ravijuhendis käsitletav haigus, siis hinnatakse riskitegureid ja alustatakse ennetustegevust nende haiguste suhtes, mida patsiendil veel ei ole. Ennetustegevuse sagedus sõltub patsiendi terviseprobleemist, riskiteguritest ja vajadustest.



Joonis 1. 40–65-aastase inimese ennetustegevuse teekond.

* Analüüsid vajaduse põhjal: HDL-kolesterool, mitte-HDL-kolesterool, üldkolesterool, veresuhkur, PSA.

Ravijuhendi soovitusel lähtutakse tõenduspõhiste uuringute tulemustest ja kliinilisest praktikast. Ravijuhend ei asenda tervishoiutöötaja individuaalset vastutust teha õigeid (ravi)otsuseid konkreetsest inimesest lähtudes. Kõik soovitusel ei pruugi kõigile inimestele sobida.

Ravijuhendi koostamine

Ravijuhendi teemaalgatuse esitas Eesti Perearstide Selts 29. septembril 2020. Teema võeti 2021. aasta tööplaani, moodustati ravijuhendi töörühm ja sekretariaat (koosseisud on esitatud ravijuhendi alguses). Töörühma kaasati asjakohaste kutsealade esindajad.

Eesti Haigekassa ravijuhendite nõukoda (RJNK) kinnitas töörühma liikmete koosseisu 9. novembril 2021. Käsitlusala lõpliku versiooni kinnitas RJNK 18. veebruaril 2022.

Käsitlusala sisaldas üheksat PICO-formaadis kliinilist küsimust ja kaheksat tervishoiukorralduslikku küsimust (esitatud ravijuhendi käsitlusalas). Ravijuhendi käsitlusala, täisversioon, tõenduse kokkuvõtte (TõKo) tabelid, soovitude kokkuvõtte (SoKo) tabelid, rakenduskava, koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ning koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Ravijuhendi koostamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) (2) põhimõtetest. Kliiniliste küsimuste arutamiseks ja soovitude sõnastamiseks, tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamiseks ja juhendi muude materjalide (lisad ja rakenduskava ning patsiendimaterjal) arutamiseks pidas töörühm kokku 12 täiskoosolekut ja 3 lühikoosolekut. Peale selle toimusid koosolekute vahel töörühma liikmetega veebiarutelud. Iga koosoleku alguses vaadati läbi töörühma ja sekretariaadi liikmete võimalike huvide konfliktide deklaratsioonid ja veenduti otsustajate kallutamatuses. Koosolek oli otsustusvõimeline, kui kohal oli vähemalt 3/4 töörühma liikmetest. Koosolekute otsused olid üksmeelsed.

Soovitude koostamisel arvestati peale teadusliku tõendusmaterjali tugevuse ka sekkumise kasu tervisele (sh potentsiaalse kasu ja kahju vahekorda), inimeste eelistusi ja väärtushinnanguid. Samuti võeti arvesse soovitusega kaasneda võivat inimeste ebavõrdsesse olukorda jätmist ning võimalusi ja ressursse soovitatava tegevuse rakendamiseks Eestis.

Enne ravijuhendi lõplikku kinnitamist retsenseerisid ravijuhendit välised eksperdid ja ravijuhend läbis avaliku tagasisideringi. Pärast kinnitamist uuendatakse ravijuhendit asjakohase informatsiooni lisandumisel või viie aasta pärast.

Koos ravijuhendiga koostati patsiendimaterjal „Tervislike eluviiside soovitusel“, milles käsitletakse toitumis- ja liikumissoovitusi ning mis sisaldab ülevaadet riskitegurite (nikotiinitoode, alkoholi ja narkootiliste ainete) mõjust ja nende

kontrollist. Patsiendile koostati materjal „Eesnäärmevähi varane avastamine PSA sisalduse määramisega veres“ PSA-analüüsi kasudest ja kahjustest. Arstile koostati samateemalist infot sisaldav lisamaterjal, mis on abiks patsiendi nõustamisel.

Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Ravijuhendi koostamiseks otsiti tõendusmaterjali „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) (2) juhiste järgi. Kuna juhend ei käsitle vaid üht haigust või teemat, selgitati välja ja hinnati iga teema puhul sobivaid Euroopa või rahvusvahelise erialaorganisatsiooni koostatud ravijuhendeid instrumendiga AGREE II.

Südame-veresoonkonnaiguste varane avastamine

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, *et al.* „2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk“. Eur Heart J. 2020;41:111–188.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, *et al.*; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. „2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice“. Eur Heart J. 2021;42:3227–3337.

PSA-analüüs eesnäärmevähi varaseks avastamiseks

1. EAU Guidelines. „Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022“.
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). „Prostate Cancer Early Detection“. NCCN 2021.
3. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, *et al.* „Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement“. JAMA. 2018;319:1901–1913.
4. Tikkinen KAO, Dahm P, Lytvyn L, *et al.* „Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline“. BMJ 2018; 362:k3581.

Osteoporoosi varane avastamine

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). „Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture“. London: NICE; 2017.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). „Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures“. Edinburgh: SIGN; 2021.

3. US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, *et al.* „Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement“. JAMA. 2018;319:2521–2531.

Glaukoomi varane avastamine

1. European Glaucoma Society. „Terminology and Guidelines for Glaucoma, 5th Edition“. Br J Ophthalmol. 2021;105:1–169.
2. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, *et al.* „Screening for Primary Open-Angle Glaucoma: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement“. JAMA. 2022;327:1992–1997.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). „Glaucoma referral and safe discharge“. Edinburgh: SIGN; 2015.
4. Gedde SJ, Vinod K, Wright MM, *et al*; American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Glaucoma Panel. „Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern®“. Ophthalmology. 2021;128:P71–P150.

D-vitamiini lisamanustamine ja taseme määramine verest

1. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, *et al.* „Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement“. JAMA. 2018;319:1592–1599.
2. National Institute for Health and Care Excellence. „Vitamin D: supplement use in specific population groups“. 2014, viimati uuendatud aastal 2017.
3. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, *et al.* „Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement“. JAMA. 2021;325:1436–1442.

Ennetustegevust käsitlev juhend







The Royal Australian College of General Practitioners. „Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edn“. East Melbourne, Vic: RACGP, 2016.







Töösse kaasatud ravijuhendites vaadati läbi koostatava juhendi käsitlusalaga haakuvad soovitusel, nende aluseks olnud teaduslik tõendusmaterjal ning muud soovitusel suunda ja tugevust mõjutanud tegurid.








Tõendusmaterjali kokkuvõtte koostamiseks tehti lisaks süstemaatilised otsingud andmebaasis PubMed (vt otsinguprotokollid), kaasates süstemaatilisi






ülevaateid, metaanalüüse ja üksikuuringuid. Seejuures eelistati juhuslikustatud kontrolluuringuid (RCT). Ravijuhendi koostamisel kasutatud teadusartiklid on juhendi tekstis viidatud. Sekretariaat koostas iga kliinilise küsimuse kohta TõKo tabeli ja SoKo tabeli. TõKo tabelis esitati asjakohaste teadusuuringute tulemuste kokkuvõtte ja tõendatuse astme hinnang. SoKo tabelis esitati tõendusmaterjali lühikokkuvõtte ning huvipakkuva tegevuse või sekkumise soovitud ja soovimatu mõju, patsientide eelistused ja väärtushinnangud, tegevuse või sekkumise vastuvõetavus ja teostatavus, ressursivajadus, kulutõhusus ning mõju tervisevõimaluste võrdsusele. Kõik tabelid on kättesaadavad ravijuhendite veebilehel www.ravijuhend.ee.




Ravijuhendi soovitude loetelu





| Südame-veresoonkonnahaiguste varane avastamine | | |
|---|---|---|
| 1 |  | 40–65-aastaselt inimesel kasutage kardiovaskulaarse riski hindamiseks riskiskoori SCORE2. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> |
| Suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga inimeste statiinravi ja ravieesmärgid | | |
| 2 |  | Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel väga suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga 40–65-aastasele inimesele määrake statiinravi. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i> |
| 3 |  | Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga 40–65-aastaselt inimesel hinnake enne statiinraviga alustamist eluviisimuutuste vajadust ning vajaduse korral nõustage teda. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 4 |  | Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga 40–65-aastasele inimestele kaaluge statiinravi määramist. <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i> |
| 5 |  | Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel suure või väga suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga 40–65-aastaselt inimesel eelistage suure intensiivsusega statiine. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 6 |  | Väga suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga 40–65-aastase inimese LDL-kolesterooli ravieesmärk on < 1,4 mmol/L ja LDL-kolesterooli sisalduse vähenemine 50% või enam algsest LDL-kolesterooli väärtusest. <i>Praktiline soovitus</i> |

| | | |
|--|---|--|
| 7 |  | <p>Suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastase inimese LDL-kolesterooli ravieesmärk on < 1,8 mmol/L ja LDL-kolesterooli sisalduse vähenemine 50% või enam algsest LDL-kolesterooli väärtusest.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| 2. tüüpi diabeedi varane avastamine | | |
| 8 |  | <p>40–65-aastasele 2. tüüpi diabeedi riskiga inimesele võite määrata paastuglukoosi või glükohemoglobiini analüüsi haiguse varaseks avastamiseks.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| PSA-analüüs eesnäärmevähi varaseks avastamiseks | | |
| 9 |  | <p>40–54-aastaselt mehel hinnake enne PSA-analüüsi tegemist järgmiste eesnäärmevähi riskitegurite esinemist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eesnäärmevähi esinemine esimese astme sugulasel, • rinnavähi esinemine esimese astme sugulasel, • Aafrika päritolu. <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| 10 |  | <p>40–54-aastasele mehele, kellel esineb vähemalt üks eesnäärmevähi riskitegur, võite soovitada PSA-analüüsi tegemist. Teavitage meest uuringu tulemusega seotud kasust ja kahjust.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| 11 |  | <p>55–65-aastasele mehele võite soovitada PSA-analüüsi tegemist. Teavitage meest uuringu tulemusega seotud kasust ja kahjust.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| 12 |  | <p>Lähtuge PSA-analüüside tõlgendamisel ja järgmise kontrolli vajaduse hindamisel ravijuhendi tabelist 3.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |

| Glaukoomi varane avastamine | | |
|--|---|---|
| 13 |  | 40–65-aastaselt inimeselt küsige, kas kellelgi tema esimese astme sugulastest on esinenud glaukoom. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> |
| 14 |  | 40–65-aastane inimene, kelle esimese astme sugulasel on diagnoositud glaukoom, suunake oftalmoloogi vastuvõtule. <i>Praktiline soovitus</i> |
| Osteoporoosi varane avastamine | | |
| 15 |  | 40–65-aastasel naisel võite osteoporoosi riski hindamiseks kasutada luumurruriski kalkulaatorit FRAX. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> |
| 16 |  | 40–65-aastane naine suunake luudensitomeetria uuringule, kui luumurruriski kalkulaatori FRAX järgi on kümne aasta reieluukaela murru risk $\geq 2\%$ ja üldine luumurru risk $\geq 6\%$. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 17 |  | 40–65-aastast naist nõustage osteoporoosi riskitegurite suhtes. <i>Praktiline soovitus</i> |
| D-vitamiini lisamanustamine ja sisalduse määramine verest | | |
| 18 |  | Kui on kahtlus, et inimene ei saa toidust piisavalt D-vitamiini, nõustage teda tervisliku toitumise teemal, lähtudes Eesti toitumis- ja liikumissoovitustest. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 19 |  | Tubase eluviisiga inimest nõustage füüsilise aktiivsuse ja õues viibimise teemal. <i>Praktiline soovitus</i> |

| | | |
|--|--|---|
| 20 |  | <p>40–65-aastasele inimesele võite soovitada D-vitamiini lisamanustamist 10–25 µg/päevas (400–1000 RÜ), kui tekib kahtlus, et inimene ei saa piisavalt D-vitamiini.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| 21 |  | <p>D-hüpvitamiinooosi kahtlusega 40–65-aastasel inimesel pigem ärge määrake D-vitamiini sisaldust veres.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| Depressiooni ja ärevushäire varane avastamine | | |
| 22 |  | <p>40–65-aastasel inimesel kasutage depressiooni esmaseks hindamiseks küsimustikke PHQ-2 või EEK-2.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p> |
| 23 |  | <p>40–65-aastasel inimesel võite kasutada ärevushäire esmaseks hindamiseks küsimustikke GAD-2 või EEK-2.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| Tervislike eluviiside soovitused | | |
| Kehaline aktiivsus | | |
| 24 |  | <p>40–65-aastaselt inimeselt küsige,</p> <ul style="list-style-type: none"> • mitmel päeval nädalas on ta kehaliselt aktiivne, • millise intensiivsusega on tema kehaline aktiivsus, • mitu minutit korraga on ta kehaliselt aktiivne. <p>Vajaduse korral nõustage teda (vt lisa 5).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |

| Toitumine | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 25 |  | <p>40–65-aastaselt inimeselt küsige toitumise kohta ja uurige, milline osakaal on tema menüüs järgmistel toiduainetel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • küllastumata rasvhappeid sisaldavad toidud (rasvane kala, pähklid ja seemned, avokaado, oliivid, taimeõli); • kiudainerikkad taimsed toidud (köögiviljad, täisteratooted, kaunviljad, puuviljad ja marjad); • punane ja töödeldud liha (võrreldes kala, linnuliha ja munaga); • lisatud suhkur (nt suhkruga karastusjoogid), ohtralt suhkruid ja rasvu sisaldavad toidud (nt maitsestatud jogurtid); • sool. <p>Vajaduse korral nõustage teda (vt lisa 5).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| Tubaka- või nikotiinitoode | | |
| 26 |  | <p>40–65-aastaselt inimeselt küsige tubaka- ja nikotiinitoode tarvitamise kohta. Kui ta tarvitab mainitud tooteid, siis nõustage teda ravijuhendi „Tubaka- või nikotiinitoode loobumise nõustamine“ põhjal.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| Alkoholarvitamine | | |
| 27 |  | <p>40–65-aastase inimese alkoholarvitamise hindamiseks kasutage AUDIT-testi. Alkoholi liigtarvitamise kahtluse korral (skoor ≥ 8 punkti) tehke lühisekkumine ja edasisel käsitlusel lähtuge ravijuhendist „Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitlus“.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |


| Narkootiliste ainete tarvitamine | | |
|---|--|---|
| 28 |  | 40–65-aastaselt inimeselt küsige narkootiliste ainete tarvitamise kohta. <i>Praktiline soovitus</i> |
| Immuniseerimine | | |
| 29 |  | 40–65-aastase inimese immuniseerimise vajaduse hindamisel lähtuge Terviseameti täiskasvanute vaksineerimise juhistest. <i>Praktiline soovitus</i> |
| Vähi sõeluuringud | | |
| 30 |  | 40–65-aastasele inimesele soovitage sõeluuringutes osalemist riikliku sõeluuringute korralduse alusel. <i>Praktiline soovitus</i> |
| HIV-testimine | | |
| 31 |  | Soovitage kord aastas HIV-testimist 40–65-aastasele inimesele, kes kuulub riskirühma*, või isikule, kel on diagnoositud HIV-iga seotud indikaatorseisund(id), aga kellel ei ole positiivset HIV-testi tulemust ega diagnoositud HIV-infektsiooni. <i>Praktiline soovitus</i> <i>* Riskirühma kuuluvad narkootikume süstivad või süstinud inimesed, prostitutsiooni kaasatud inimesed, meestega seksivad mehed, nimetatud inimeste sekspartnerid, inimesed, kellel on olnud vahekord HIV-positiivse inimesega, inimesed, kellel on olnud mitu juhupartnerit ja kaitsmata vahekord.</i> |

Ravijuhendi soovitused koos tõenduse lühikokkuvõttega

Südame-veresoonkonnahaiguste varane avastamine

Eestis on südame-veresoonkonnahaiguste (SVH) riski hindamiseks olnud siiani kasutusel riskiskoor SCORE. 2021. aastal avaldas Euroopa Kardioloogide Selts uue SVH-de ennetamise ravijuhendi (3), milles soovitatakse kasutada tervetel, varasema SVH ja diabeedi diagnoosita 40–69-aastastel inimestel SVH riski hindamiseks riskiskoori SCORE2.

SCORE-i abil saab välja arvestada kümne aasta jooksul surmaga lõppeva SVH kujunemise riski, kuid riskiskooris SCORE2 võetakse arvesse ka surmaga mittelõppevate SVH-de haiguskoormust, sest nende osatähtsus on aastatega aina kasvanud. Lisaks nüüdisajastati SCORE2 väljatöötamisel riskiskoori sobivust tänapäevaste SVH-de avaldumusega, et see vastaks paremini Euroopa praegusele elanikkonnale. Seetõttu jagatakse SCORE2-s riigid nelja riskirühma: väikese, keskmise, suure ja väga suure SVH riskiga riigid. Eesti kuulub suure riskiga riikide hulka. Kui SCORE-is arvestatakse üldkolesterooli sisaldust, siis SCORE2 puhul vaadatakse mitte-HDL-kolesterooli sisaldust. Mõlemas riskiskooris võetakse lisaks arvesse sugu, vanust, suitsetamist ja süstoolset vererõhku.

| | | |
|---|---|--|
| 1 |  | 40–65-aastaselt inimesel kasutage kardiovaskulaarse riski hindamiseks riskiskoori SCORE2. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> |
|---|---|--|

Tõendus riskiskoori SCORE2 tõhususe kohta pärineb kahest jälgimisuuringust (4, 5). Võrreldes SCORE-iga hindas SCORE2 statistiliselt oluliselt täpsemini üldist SVH riskitaset ($p < 0,001$) (4). Samuti oli SCORE2 täpsem selliste esmaste SVH-de esinemise ennustamisel, mis ei lõppe surmaga (4). Lisaks määras SCORE2 oluliselt rohkem ja täpsemalt inimesi SVH suure riskiga rühma (4, 5).




Töörühm märkis, et kuigi uuringu tulemused olid statistiliselt olulised, ei saa olla kindel nende kliinilises olulisuses, sest muutus oli väike. Leiti, et SCORE2 kasutamine annab suure ja väga suure riskiga inimeste puhul siiski täpsema vastuse. Töörühm võttis soovitusel sõnastamisel arvesse, et SCORE2 kasutamine ei ole SCORE-i kasutamisest keerulisem. Lisaks arvati, et kuna sellele lähivad üle kardioloogid, teised eriarstid ja ka muud riigid, on tähtis kasutada samu töövahendeid. Nii saab kindel olla, et patsiente käsitletakse ja ravitakse ühtmoodi.




SCORE2 riskiskoori arvutamiseks on vaja teada inimese sugu, vanust, süstoolset vererõhku, mitte-HDL-kolesterooli sisaldust veres ja seda, kas ta suitsetab. Mitte-HDL-kolesterool on arvutuslik parameeter, mille väljastab labor automaatselt või mille arvutamiseks lahutatakse üldkolesterooli väärtusest HDL-kolesterooli väärtus. SCORE2 algoritm on esitatud lisa 2.

Vaata lähemalt teise kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

Südame-veresoonkonna haiguste suure riskiga inimeste statiinravi ja ravieesmärgid

Südame-veresoonkonna haigused on kõige sagedam surmapõhjus nii meeste kui ka naiste seas kogu maailmas. Teada on nii põhjuslik kui ka kumulatiivne seos LDL-kolesterooli suurenenud väärtuse ja aterosklerootilise südamehaiguse vahel. On leitud, et kui LDL-kolesterooli sisaldus intensiivselt väheneb, aitab see omakorda vähendada südame-veresoonkonna sündmusi (6, 7, 8). Kolesteroolisisaldust vähendavatest ravimitest on esmavalikuks statiinid (9).

| | | |
|---|---|--|
| 2 |  | <p>Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel väga suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastasele inimesele määrake statiinravi.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p> |
| 3 |  | <p>Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastaselt inimesel hinnake enne statiinraviga alustamist eluviisimuutuste vajadust ning vajaduse korral nõustage teda.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| 4 |  | <p>Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastasele inimestele kaaluge statiinravi määramist.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p> |

| | | |
|---|---|--|
| 5 |  | Riskiskoori SCORE2 hinnangu alusel suure või väga suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastasel inimesel eelistage suure intensiivsusega statiine. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 6 |  | Väga suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastase inimese LDL-kolesterooli ravieesmärk on < 1,4 mmol/L ja LDL-kolesterooli sisalduse vähenemine 50% või enam algselt LDL-kolesterooli väärtusest. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 7 |  | Suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40–65-aastase inimese LDL-kolesterooli ravieesmärk on < 1,8 mmol/L ja LDL-kolesterooli sisalduse vähenemine 50% või enam algselt LDL-kolesterooli väärtusest. <i>Praktiline soovitus</i> |

Olemasolev tõendusmaterjal suure südame-veresoonkonna haiguste riskiga inimeste statiinravi vajaduse ja ravieesmärkide kohta pärineb ühest metaanalüüsist (10), kahest süstemaatilistest ülevaatest (9, 11) ja juhuslikustatud kontrolluuringust (8, 12, 13) ning peamiselt Euroopa Kardioloogide Seltsi (ESC) ja Euroopa Ateroskleroosi Ühingu (EAS) 2019. aasta (6) ja ESC 2021. aasta (3) ravijuhenditest.

Statiinravi vajadus

2020. aastal avaldatud metaanalüüsis, kuhu kaasati 52 uuringut üle 327 000 patsiendiga, näidati, et statiinraviga LDL-kolesterooli sisalduse alandamine 1 mmol/L võrra vähendas oluliste kardiovaskulaarsete tüsistuste riski 19% võrra (14). Cochrane'i analüüsi tulemuste kohaselt vähendas statiinravi esmase ennetusena nii üldist suremust, koronaarhaiguse tüsistuste, südame-veresoonkonna sündmuste ja insuldi riski kui ka revaskulariseerimise vajadust (9). Sarnased tulemused saadi ka 2016. aastal avaldatud 19 uuringut kaasanud metaanalüüsis (11). Samuti leiti, et statiinravi saajate hulgas oli müokardiinfarkti tõenäosus väiksem.

Sandwichi ja Forgeti 2021. aastal avaldatud metaanalüüsis (10) jaotati uuringud patsiendipõhiselt kahte rühma: esimesse rühma kuulusid uuringud, kus osa uuritavaid olid kaasuvate haigusteta, ja teise rühma uuringud, kus uuritavad olid kaasuvate haigustega (enamasti hüpertensioon ja diabeet). Metaanalüüsis

oli eraldi rühmana plaanis hinnata ka ainult ilma kaasuvate haigusteta (v.a düslipideemia) patsiente hõlmanud uuringuid, kuid selliseid uuringuid ei leitud. Kõigis alarühmades ja kõigi tulemusnäitajate puhul vähenes risk statiinravi saanute rühmas. Alarühmade võrdluses leiti erinevus vaid südame-veresoonkonna sündmuste tekke tulemusnäitaja puhul: rühmas, kus oli mh kaasuvate haigusteta uuritavaid, esines südame-veresoonkonna sündmusi 12% vähem.

Ravieesmärgid

Teada on nii põhjuslik kui ka kumulatiivne seos LDL-kolesterooli suurenenud väärtuse ja ateroskleroetilise südamehaiguse vahel. On leitud, et LDL-kolesterooli sisalduse intensiivne vähenemine vähendab ka südame-veresoonkonna sündmusi (6, 7). Sekkumise valik peaks põhinema kardiovaskulaarsel riskil ja LDL-kolesterooli väärtusel. Paljudes metaanalüüsides ja juhuslikustatud uuringutes on näidatud, et suhtelise riski vähenemine on proportsionaalne LDL-kolesterooli absoluutväärtuse vähendamise ja LDL-kolesterooli absoluutväärtuse vähenemine sõltub ainult LDL-kolesterooli algsest sisaldusest. Mida kõrgem on algne LDL-kolesterooli väärtus, seda enam väheneb absoluutne risk (6, 8, 12, 13, 15, 16). Pole kindlaks tehtud, millisest LDL-kolesterooli väärtusest madalam sisaldus tooks kaasa negatiivseid tagajärgi (6, 8).

Käsitlusala koostades ei püstitanud tööühm küsimust ravieesmärgi kohta, kuid töö käigus selgus, et kui antakse soovitus määrata statiine, peaks käsitlema ka ravieesmäärke. Eeskujuks võeti ESC 2021. aasta ravijuhend (3), mille põhjal otsustati anda praktilised soovitused.

LDL-kolesterooli eesmärkväärtuste algoritm on esitatud lisa 1.

Ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“ põhjal on alla 65-aastastel inimestel soovitatav saavutada vererõhuväärtus 120–130/80 mmHg (süstoolne vererõhk mitte alla 120 mmHg) (17).

Statiini valik

Vere kolesteroolisisaldust vähendavatest ravimitest on esmavalikuks statiinid (9). Statiinid jaotatakse nende võime järgi vähendada LDL-kolesterooli sisaldust veres (vt tabel 1) (15). Arvestades ravieesmäärke, tuleks eelistada suure intensiivsusega statiine maksimaalses talutavas annuses (8, 18, 19).

Tabel 1. Statiinid toime tugevuse ja vere LDL-kolesterooli sisalduse vähendamise tõhususe järgi

| Statiinide toime tugevus | Väga tõhusad (suuremas annuses) | Mõõdukalt tõhusad | Vähetõhusad |
|--|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Eeldatav LDL-kolesterooli sisalduse vähenemine | ≈ 50% | 30–50% | < 30% |
| Toimeained | Atorvastatiin 40–80 mg | Atorvastatiin 10–20 mg | Simvastatiin 10 mg |
| | Rosuvastatiin 20–40 mg | Rosuvastatiin 5–10 mg | Pravastatiin 10–20 mg |
| | | Simvastatiin 20–40 mg | Fluvastatiin 20–40 mg |
| | | Pravastatiin 40–80 mg | |

Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et statiinide laialdasema kasutamisega kõigi kõrge või väga kõrge SVH riskiga inimeste puhul kaasneb kulu, kuid see on pigem tagasihoidlik. Saadav kasu südame-veresoonkonna sündmuste vähenemisest ning töövõime ja elukvaliteedi paranemisest kaalub kulu tõenäoliselt üles. Käsitlusala koostades ei püstitanud töörühm küsimust statiinide valiku kohta, kuid töö käigus selgus, et kui antakse soovitus statiini määrata, peaks käsitlema ka seda, milliste statiinidega ravida. Eeskujuks võeti 2021. aastal ilmunud Euroopa Kardioloogide Seltsi kardiovaskulaarsete haiguste ennetamise ravijuhend (3), mille põhjal otsustati anda praktiline soovitus.

SCORE2 algoritm on esitatud lisa 2. Algoritm põhineb Euroopa Kardioloogide Seltsi kardiovaskulaarsete haiguste ennetamise 2021. aasta juhendil (3). Algoritm on kasutatud mitte-HDL-kolesterooli, mis on arvutuslik parameeter, mille väljastab labor automaatselt või mille arvutamiseks lahutatakse üldkolesterooli väärtusest HDL-kolesterooli väärtus.


Tabel 2. SCORE2-l põhinevad südame-veresoonkonnahaiguste 10 aasta riski kateegoriad

| Kardiovaskulaarne risk | < 50-aastased | 50–65-aastased |
|------------------------|---------------|----------------|
| Väike | < 2,5% | < 5% |
| Suur | 2,5...< 7,5% | 5...< 10% |
| Väga suur | ≥ 7,5% | ≥ 10% |

Vaata lähemalt kolmanda kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

2. tüüpi diabeedi varane avastamine

Tervise Arengu Instituudi andmetel diagnoositakse Eestis aastas umbes 4500 esmast diabeedijuhtu, millest enamuse moodustab 2. tüüpi diabeet. On iseloomulik, et 2. tüüpi diabeedi esmajuhtudest diagnoositakse 90% vähemalt 45-aastastel inimestel. Hinnangute kohaselt on Eestis diagnoositud diabeet umbes 70 000 inimesel, kuid arvatakse, et umbes sama palju inimesi põeb diabeeti enese teadmata. Võimalike diabeedijuhtumite avastamiseks on kasutusel mitmesuguseid analüüse: näiteks määratakse paastuglukoosi, glükohemoglobiini (HbA1c) või tehakse glükoositaluvuse proov (GTT). (20)

| | | |
|---|---|--|
| 8 |  | 40–65-aastasele 2. tüüpi diabeedi riskiga inimesele võite määrata paastuglukoosi või glükohemoglobiini analüüsi haiguse varaseks avastamiseks. <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> |
|---|---|--|

Tõendus pärineb kuuest kokkuvõttes madala kvaliteediga metanalüüsist (21, 22, 23, 24, 25, 26) ja ühest süstemaatilisest ülevaatest (27). Diabeedi sõeluuringus tehakse nii glükohemoglobiini kui ka paastuglukoosi analüüsid, mis on vähese tundlikkuse ja üsna hea spetsiifilisusega. Vähene tundlikkus tähendab, et analüüsiga ei leita üles nii suurt osa haigetest kui soovitakse. Glükohemoglobiini analüüsi tundlikkus võib olla veidi parem kui paastuglukoosi analüüs. Glükoositaluvuse proovi käsitleti vaid ühes süstemaatilises ülevaates (27), kus selle meetodi tundlikkus oli kolme seast väikseim. Spetsiifilisuse erinevus glükohemoglobiini ja paastuglukoosi analüüsi vahel ei ole väga selge, kuid võib kalduda paastuglukoosi analüüsi kasuks. Vaadeldud analüüsides negatiivne ennustusväärtus on väga hea (97,2–99,0%), kuid positiivne ennustusväärtus madal (5,4–22,9%). Uuringute tõlgendamist raskendab see, et teadustöodes on proovitulemuste tõlgendamisel kasutatud palju erinevaid diagnostilisi läviväärtuseid.

Töörühm võttis soovitusel sõnastamisel arvesse nii paastuglukoosi analüüsiga kaasnevat korralduslikku keerukust tervishoiutöötajale ja ebamugavust inimesele (inimene peab olema söömata) kui ka glükohemoglobiini testi suuremat kulukust. Kuna kahe meetodi diagnostilistes omadustes ei ole suuri erinevusi, täiendatakse ravijuhendi uuendamisel vajaduse korral soovitus uute teadusuuringute tulemuste põhjal.

Riskitegurite hindamine

Sümptomiteta täiskasvanutel lähtuge 2. tüüpi diabeedi varaseks avastamiseks järgmisest.

1. Täiskasvanutel tuleks enne 45. eluaastat sõeluuringut kaaluda, kui esineb ülekaal või rasvumine ($KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ning lisaks üks või mitu järgmist riskitegurit (28):
 - esimese astme sugulasel on diagnoositud 2. tüüpi diabeet;
 - suure riskiga rass või etniline taust;
 - anamneesis SVH;
 - hüpertensioon (vererõhk $\geq 140/90 \text{ mmHg}$ või tarvitab vererõhuravimit);
 - HDL-Chol $< 0,90 \text{ mmol/L}$ või triglütseriidid $> 2,82 \text{ mmol/L}$;
 - polütsüstiliste munasarjade sündroom;
 - vähene füüsiline aktiivsus;
 - viited insuliiniresistentsusele.
2. Prediabeediga patsientidel (HbA1c vahemikus 6,0–6,4% või 42–47 mmol/mol ja/või esineb IFG või IGT) tuleks vere glükoosisisaldust mõõta vähemalt üks kord aastas
3. Gestatsioonidiabeedi diagnoosiga naistel vähemalt iga kolme aasta tagant
4. HIV-iga patsientidel
5. Kõigil teistel täiskasvanutel tuleks sõelumist alustada alates 45. eluaastast. Kui vere glükoosisisaldus jääb normaalsesse vahemikku, tuleks sõeluuringut korrata vähemalt iga kolme aasta tagant.

Kui paastuglükoosi või glükohemoglobiini analüüsi tulemus viitab 2. tüüpi diabeedile, siis järgige diagnoosimises ja ravis juhendit „2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi“ (29).



Vaata lähemalt neljanda kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.



PSA-analüüs eesnäärmevähi varaseks avastamiseks

Eesnäärmevähk on Eesti meestel kõige sagedamini diagnoositud pahaloomuline kasvaja (30). Samas ei põhjusta eesnäärmevähk enim kasvajast tingitud surmasid (31). Eesnäärmevähi diagnoositakse enim 60–75-aastastel (30). Sageduse tõttu saab teema palju kajastust ka meedias ning mehed pöörduvad sageli vastuvõtule sooviga lasta teha PSA-analüüs ka siis, kui kaebuseid ei ole. Kuigi rahvastikupõhise sõeluuringuga leitaks rohkem varases staadiumis kasvajaid, ei ole selge, kas nende varasem avastamine ja ravi muudaksid haiguse kulgu, sest eesnäärmevähk on tihti aeglase kuluga ning ei tekita sageli mehe eluajal kaebuseid ega põhjusta surma. PSA-analüüsi tegemine kaebuste ja riskiteguriteta inimesel nõuab lisauuringuid,

põhjustab ülediagnoosimist ja suurendab invasiivse ravi vajadust meestel, kelle elulemus sellest ei paraneks ja kelle elukvaliteet võib seeläbi hoopis halveneda.

Eestis analüüsiti eesnäärmevähi rahvastikupõhise sõeluuringu kulutõhusust ja efektiivsust 2017. aastal (32) ning ei leitud, et see oleks kumbagi. Seetõttu soovitati jätkata senise praktikaga. 2020. aastal koostati TTH raport (33), mille eesmärk oli ajakohastada hinnang eesnäärmevähi varase avastamise meetodite kasude kohta enne haigustunnuste tekkimist ehk sõeluuringu kontekstis ning analüüsida sõeluuringu rakendusvõimalusi Eestis. Raporti tulemusena soovitati Eestis teha eesnäärmevähi varase avastamise katseprojekt, millega selgitada välja usaldusväärsed sisendid, et hinnata sõeltestimise tegelikku kasu Eesti meestele. Eesnäärmevähi varase avastamise katseprojekti eesmärk on hinnata eesnäärmevähi sõeluuringu teostatavust: sihtrühma meeste valmisolekut sõeluuringus osaleda, sõeluuringu logistikaplaani, riskihindamise mudeli võimekust tunda ära suure riskiga isikud, MRT leiu hindamise protokollid ning sõeluuringu ja jätku-uuringute tegelikku kulu. Mitte üheski läbi vaadatud ravijuhendis (34, 35, 36, 37, 38) ei soovitata rahvastikupõhist eesnäärmevähi sõelumist PSA-analüüsi kasutades. Ravijuhendites tuuakse esile, et enne analüüsi tegemist peab andma patsiendile põhjaliku ülevaate analüüsi ga kaasuvatest kasudest ja kahjustest (ebavajalikud analüüsid, uuringud, ravi ja nende tüsistused). Ravijuhendites antud soovitustes jäetakse palju arsti ja patsiendi otsustada ning öeldakse, et otsus on individipõhine, sõltub riskist ja patsiendi eelistustest ning peab olema teadlik.

| | | |
|--|--|--|
| <p>9</p>  | | <p>40–54-aastaselt mehel hinnake enne PSA-analüüsi tegemist järgmiste eesnäärmevähi riskitegurite esinemist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eesnäärmevähi esinemine esimese astme sugulasel, • rinnavähi esinemine esimese astme sugulasel, • Aafrika päritolu. <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| <p>10</p>  | | <p>40–54-aastasele mehele, kellel esineb vähemalt üks eesnäärmevähi riskitegur, võite soovitada PSA-analüüsi tegemist. Teavitage meest uuringu tulemusega seotud kasust ja kahjust.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |

| | | |
|----|---|--|
| 11 |  | 55–65-aastasele mehele võite soovitada PSA-analüüsi tegemist. Teavitage meest uuringu tulemusega seotud kasust ja kahjust. <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> |
| 12 |  | Lähtuge PSA-analüüside tõlgendamisel ja järgmise kontrolli vajaduse hindamisel ravijuhendi tabelist 3. <i>Praktiline soovitus</i> |

Tabel 3. PSA vanusespetsiifilised väärtused ja soovitud edasiseks jälgimiseks (39)

| 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 |

Tõendus PSA kontsentratsiooni määramise efektiivsuse kohta tervetel kaebusteta meestel pärines viie ravijuhendi (34, 35, 36, 37, 38) tõendusmaterjali seast leitud uusimal süstemaatilisel ülevaateuuringul (40). Lisaks vaadati eraldiseisvalt selle uuringu metaanalüüsi kaasatud kolme suurema juhuslikustatud kontrolluuringu – ERSPC (41), CAP (42) ja PLCO (43) – viimaseid tulemusi. Sirveotsinguga leiti veel üks metaanalüüs, mis käsitleb eesnäärmevähki suremust (44).

Suremus

Ilici jt (40) metaanalüüsis ei leitud, et PSA-põhine sõelumine oleks vähendanud üldsuremust. Üldsuremuse vähenemist ei täheldatud ka juhuslikustatud kontrolluuringutes (41, 42). Ilici jt metaanalüüsis (40) ei leitud, et organiseeritud sõelumine vähendaks eesnäärmevähki suremust, kuid Pasheni jt metaanalüüsis (44) leiti statistiliselt oluline vähenemine. ERSPC uuringus (41) leiti kogu sihtrühma (50–74-aastased mehed) ja põhirühma (55–69-aastased mehed) tulemuste analüüsis eesnäärmevähist tingitud suremuse statistiliselt oluline vähenemine. Viieaastaste vanusevahemike analüüsis ei olnud leid järjepidev – eesnäärmevähist tingitud suremus vähenes oluliselt 55–59-aastaste ja 64–69-aastaste meeste seas, kuid teistes vanuserühmades mitte. Kahes teises juhuslikustatud kontrolluuringus, CAP-is (42) ja PLCO-s (43), ei leitud eesnäärmevähist tingitud suremuse vähenemist. CAP-i sihtrühmas olid 50–69-aastased mehed, kellel määrati PSA

sisaldus ühe korra. PLCO-sse kaasati 55–74-aastased mehed, kellel määrati PSA sisaldus kord aastas kuue aasta jooksul.

Riskitegurid

Vanus

Tõendus vanuse kui eesnäärmevähi riskiteguri kohta pärines kahest metaanalüüsist (40, 45) ja eelmainitud uuringutest ERSPC ja CAP. Metaanalüüsides ei leitud, et võrreldes tavapraktikaga mõjutaks sõeluuringuga 45-, 50- või 55-aastaselt alustamine eesnäärmevähist tingitud suremust. Uuringu ERSPC (41) tulemused viieaastaste vanusevahemike kohta ei olnud järjepidevad – eesnäärmevähist tingitud suremus vähenes oluliselt 55–59-aastaste ja 64–69-aastaste meeste seas, kuid teistes vanuserühmades mitte. Samas leiti oluline eesnäärmevähist tingitud suremuse vähenemine üldrühmas (50–74-aastased mehed) ja põhirühmas (55–69-aastased mehed). Viieaastaste vanuserühma vahemike analüüs tehti ka uuringus CAP (42), kuid selles uuringus ei leitud mitte üheski vanuserühmas, et eesnäärmevähist tingitud suremus oleks statistiliselt oluliselt vähenenud.

Töörühm võttis vanuse kui riskiteguri määratlemisel arvesse, et selle oli oma ravijuhendis riskitegurina esile toonud Euroopa Uroloogide Ühendus (38), kuid tõendusena lisatud uuringu kvaliteet oli väga madal. Seetõttu otsustas töörühm pärast suurte juhuslikustatud kontrolluuringute tulemuste analüüsi lähtuda kvaliteetseima ja ülesehituselt sobivaima uuringu ERSPC tulemustest. Selle uuringu 16-aastase jälgimisperioodi tulemuste analüüsis leiti, et eesnäärmevähist tingitud suremus vähenes oluliselt 55–59-aastaste ja 65–69-aastaste meeste vanuserühmas. Seepärast otsustati soovitada PSA sisalduse vereanalüüsist määramist kõigile üle 55-aastastele meestele, kellel seda pole varem tehtud või kelle viimast analüüsi peaks tabelis 3 toodud soovitude põhjal kordama.

Kasvajate pereanamnees

Tõendus selle kohta, et eesnäärmevähi pereanamneesis esinemine on riskitegur, pärines viiest uuringust (46, 47, 48, 49, 50). Neljas uuringus leiti, et eesnäärmevähi esinemine nii esimese kui ka teise astme sugulasel suurendab eesnäärmevähi tekke riski (46, 47, 48, 50). Ühes süstemaatilises ülevaateuuringus (49) ja ühes kohortuuringus (46) ei leitud, et peres eesnäärmevähi esinemine oleks mõjutanud eesnäärmevähist tingitud suremust. Kahes teises kohortuuringus (47, 48) leiti, et eesnäärmevähi peres esinemise korral oli suurenenud risk surmaga lõppeva eesnäärmevähi esinemiseks. Tõendus selle kohta, et rinnavähi pereanamneesis esinemine on riskitegur, pärines ühest metaanalüüsist (51). Leiti, et rinnavähi

esinemine esimese astme sugulasel suurendas eesnäärmevähi avaldumise ja surmaga lõppeva eesnäärmevähi esinemise riski.

Aafrika päritolu

Tõendus Aafrika päritolu kui riskiteguri kohta pärines ühest juhuslikustatud kontrolluuringust (52), milles leiti, et Aafrika päritolu meeste seas on suuremad eesnäärmevähist tingitud suremus ja ka selle avaldumus.

Soovimatu mõju

Tõendus soovimatu mõju kohta pärines kahest süstemaatilisest ülevaateuuringust (40, 44) ja kahest juhuslikustatud kontrolluuringust (53, 54). Uuringutes (44, 53, 54) leiti, et vähemalt ühe valepositiivse tulemuse võib saada 4–19% meestest ning nende seas, kellele tehakse kolm või enam analüüsi, võib valepositiivseid tulemusi olla 11–26%-l (44). Pasheni jt metaanalüüsis (44) leiti, et PSA-põhise sõelumisega on risk ülediagnoosimiseks 7–60 juhul 1000 kutsutud mehe kohta. Eesnäärmevähi diagnoosi võib põhjendamatult saada 35–60 meest 1000 mehe kohta. Biopsiast tulenevaid tüsistusi esines valepositiivse tulemuse saanud meeste seas 22,6 mehel 1000-st. Pasheni jt metaanalüüsi järgi tehtaks valepositiivse tulemuse tõttu 223–261 mehele 1000 skriiningul osalenud mehe kohta vähemalt üks biopsia ning neist 5–6 mehel tekiks biopsiaga seotud tüsistus. Järeldati, et sõelumisega seotud kahju – ülediagnoosimine ja suur valepositiivsete tulemuste hulk – on suurem kui saadav kasu. Lisaks tekib sõelumisel kahju väga varakult ja selle mõju võib olla eluaegne. Ilic jt (40) leidsid, et pärast eesnäärmevähi ravi tekkis 1000 sõelutud mehe seas uriinipidamatust kolmel mehel rohkem ja erektilset düsfunktsiooni 25 mehel rohkem kui sõelumata meeste seas.

Väärtushinnangud

Tõendus väärtushinnangute kohta pärines ühest süstemaatilisest ülevaateuuringust (55), milles järeldati, et sõeluuringus osalemise otsus sõltub suuresti mehe eelistustest ja peab olema langetatud koos arstiga. Ei leitud ühtegi uuringut, mis võrdleks seda, kas väärtushinnangud ja eelistused erinevad riskiteguritega (positiivne pereanamnees, Aafrika päritolu, madal sotsiaalmajanduslik staatus) ja riskiteguriteta meeste seas.

Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et siinne ravijuhend käsitleb võimalusepõhiseid tervisekontrolle, tõendusmaterjalides käsitletakse aga PSA-põhist süstemaatilist sõelumist. Lisaks arvestas töörühm, et lähiaastail on Eestis plaanis teha eesnäärmevähi sõeluuringu katseprojekt, mille tulemuste põhjal muudetakse vajaduse korral ravijuhendi soovitusi. PSA puhul kasutatakse



haigusliku muutuse ja normi eristamiseks kokkuleppelist piirväärtust, kuid ravijuhendite soovitusel pole konsensust, millise läviväärtuse korral saaks panna kindla diagnoosi või öelda, millal suunata patsient edasi uroloogile. Seepärast soovitas töörühm lähtuda Eesti Arstis avaldatud ravijuhendi „Meeste kusehäirete käsitlus- ja ravijuhend perearstidele“ (39) soovitustest, mis on esitatud selle ravijuhendi tabelis 3.

Lisamaterjal PSA-põhist sõeluuringut puudutavate küsimuste kohta on esitatud lisas 3. Materjal on abiks arsti ja patsiendi vahelisel vestlusel.

Vaata lähemalt üheksanda kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

Glaukoomi varane avastamine

Glaukoomi varane avastamine on äärmiselt oluline, et vältida nägemist mõjutavate tõsiste tüsistuste teket. On leitud, et USA-s on glaukoom pöördumatu pimeduse tekkepõhjuseks teisel kohal ja mõjutab seega umbes 2,7 miljonit inimest (56). Primaarset avatud nurgaga glaukoomi on hea tuvastada just sõeluuringuga, sest patsiendid on haiguse hilise faasini enamasti asümptomaatilised (57).

| | | |
|----|--|--|
| 13 |  | 40–65-aastaselt inimeselt küsige, kas kellelgi tema esimese astme sugulastest on esinenud glaukoom. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> |
| 14 |  | 40–65-aastane inimene, kelle esimese astme sugulasel on diagnoositud glaukoom, suunake oftalmoloogi vastuvõtule. <i>Praktiline soovitus</i> |

Tõendusmaterjal glaukoomi varase avastamise kohta pärineb peamiselt USPSTF-i 2022. aasta ravijuhendi (56) tarbeks koostatud süstemaatilistest ülevaatest (58). Ülevaatesse kaasati 40-aastased ja vanemad inimesed, kes pöördusid esmatasandi tervishoiutöötaja poole ilma glaukoomi tunnuste ja sümptomiteta. Ülevaatesse kaasati üks juhuslikustatud kontrolluuring (59), mis tehti Austraalia pödurate vanemaealiste inimeste hulgas. Uuringus võrreldi optometriisti tehtud nägemise sõeluuringut (sh tonomeetria ja perimeetria) selle tegemata jätmisega. Uuringust selgus, et aastase jälgimisperioodi möödumisel ei olnud kahe rühma vahel olulist erinevust nägemisparameetrites ega ka nägemisega seotud elukvaliteedis. Lisaks leiti, et glaukoomi sõeluuring oli seotud suurenenud kukkumisriskiga.

Kukkumisrisiki suurenemise põhjus jäi ebaselgeks, kuid tulemuste tõlgendamisel on oluline teada, et 46% uuritavatest olid uuringule eelneva aasta jooksul juba kukkunud. Seega võib järeldada, et glaukoomi sõeluuringu kasu ja kahju tasakaalu hindamiseks on tõendusmaterjal praegu ebapiisav.


Hollandsi jt süstemaatilisse ülevaatesse (60) kaasati rahvastikupõhised uuringud. Tulemustest selgus, et kui esimese astme sugulasel on esinenud glaukoom, on see primaarse avatud nurgaga glaukoomi puhul üks olulisemaid riskitegureid. Chou jt süstemaatilises ülevaates (58) hinnati ka tonomeetria ja perimeetria täpsust glaukoomi diagnoosimisel. Leiti, et tonomeetria on glaukoomi diagnoosimisel kõrge spetsiifilisusega, kuid vähese tundlikkusega. Perimeetria täpsuse hindamisel selgus, et Humphrey nägemisvälja mõõtmise vahend (ingl *Humphrey visual field analyzer*) on glaukoomi diagnoosimisel aktsepteeritava täpsusega: meetodi tundlikkus oli 0,87 ja spetsiifilisus 0,82.



Töörühm võttis soovitusel 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. Eesti Oftalmoloogide Seltsi hinnangul võiksid perearstid küsida patsiendilt, kas tema lähisugulasel esineb glaukoomi. Suure glaukoomiriski tuvastamisel tuleks patsient suunata plaaniliselt oftalmoloogi ambulatoorsele vastuvõtule.

Vaata lähemalt kuuenda kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

Osteoporoosi varane avastamine

Osteoporoosi puhul on peamine probleem haprusmurru riski suurenemine, mis tingib patsientide sagedasema haigestumise ja oodatava eluea languse. Osteoporoosi on oluline varakult diagnoosida, et alustada ravi õigeaegselt, vähendada seekaudu luumurru riski ja tekkivaid ravikulusid ning parandada kliinilist tulemust (61).

| | | |
|----|---|---|
| 15 |  | 40–65-aastaselt naisel võite osteoporoosi riski hindamiseks kasutada luumurruriski kalkulaatorit FRAX. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> |
|----|---|---|

| | | |
|----|---|---|
| 16 |  | 40–65-aastane naine suunake luudensitomeetria uuringule, kui luumurruriski kalkulaatori FRAX järgi on kümne aasta reieluukaela murru risk $\geq 2\%$ ja üldine luumurru risk $\geq 6\%$. <i>Praktiline soovitus</i> |
| 17 |  | 40–65-aastast naist nõustage osteoporoosi riskitegurite suhtes. <i>Praktiline soovitus</i> |

Olemasolev tõendusmaterjal osteoporoosi suhtes sõelumise soovitud mõju kohta pärineb peamiselt USPSTF-i 2018. aasta ravijuhendi (62) uuendamise tarbeks koostatud süstemaatilistest ülevaatest (63). Ülevaatesse kaasati osteoporoosi sõelumise efektiivsuse hindamiseks juhuslikustatud kontrolluuring SCOOP („The Screening for Osteoporosis in Older Women for the Prevention of Fracture“) (64), milles osales 12 483 70–85-aastast naist. Uuringus võrreldi luumurruriski kalkulaatori FRAX abil osteoporoosi suhtes sõelumist mittesõelumisega ning uuritavate puhul hinnati kalkulaatoriga reieluukaela murru kümne aasta riski. Uuringu tulemuste põhjal saab järeldada, et FRAX-i abil osteoporoosi suhtes sõelutud naiste seas esines viie aasta möödumisel statistiliselt olulisel määral vähem reieluukaela murde kui mittesõelutud uuritavate seas. Osteoporoosi suhtes sõelutud ja mittesõelutud naiste seas ei esinenud olulist erinevust soovimatus mõjus (hinnati elukvaliteeti ja ärevuse esinemist).

FRAX-iga osteoporoosi riskiskoori arvutamiseks arvestatakse järgmisi riskitegureid: vanus, sugu, pikkus, kaal, varasem luumurd, vanemate reieluukaela murd, tubaka- ja nikotiiniga seotud tarvitamine, alkoholitavitamine, glükokortikosteroidravi, reumatoidartriit, sekundaarne osteoporoos ja luutihedus (saab arvutada ka ilma luutiheduse näitajata). Vaata täpsemalt veebilehelt <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=es>.

FRAX-i tulemuste tõlgendamisest ei ole Eestis uuringuid avalikustatud, kuid kalkulaatori koostajad on tõlgenduse Eesti elanikkonna 50–65-aastaste isikute puhul välja selgitanud ¹. On leitud, et osteoporoosi võimalikult varaseks avastamiseks võiks patsiendi suunata luudensitomeetriasse juhul, kui FRAX-i alusel on reieluukaela murru risk $\geq 2\%$ ja murru üldine risk $\geq 6\%$.

¹ Käesolev FRAX küsimustiku tõlgendus tugineb publitseerimata andmetel, mis põhinevad vestlusel Eesti uuringu läbi viinud reumatoloog dr. Mart Kulliga.

Osteoporoosi riskitegurid saab tõendusmaterjali alusel jagada kaheks: mittemuudetavateks ja muudetavateks. Osteoporoosi puhul on tähtsad mittemuudetavad riskitegurid varasem haprusmurd, varane menopaus, vanus, naissugu, valge rass, vanematel esinenud reieluukaela murd või osteoporoos. Tõendusmaterjal mittemuudetavate riskitegurite kohta pärines kokku seitsmest allikast, mille hulgas on jälgimisuuringud ja nendel põhinevad süstemaatilised ülevaadet (65, 66, 67, 68, 69, 70, 71). Muudetavate riskiteguritena saab aga esile tuua tubaka- ja nikotiinitorude tarvitamise, alkoholitavitamise, vähese füüsilise aktiivsuse, madala kehamassiindeksi ning pikaajalise süsteemse glükokortikosteroidravi. Tõendusmaterjal muudetavate riskitegurite kohta pärineb samuti mitmest jälgimisuuringust ja süstemaatilistest ülevaadetest (66, 72, 73, 74, 75).





Töörühm võttis soovitusel sõnastamisel arvesse, et kõigis Eesti piirkondades ei pruugi olla luudensitomeetria võrdselt kättesaadav, kuid töörühma hinnangul ei vaja probleem kiiret käsitlust. Kuigi teaduskirjanduses on leitud, et suurem osteoporoosi risk on naistel, arvestas töörühm sellega, et ainult naistele suunatud soovitus võib vähendada tervisevõimaluste võrdsust.

Kui luudensitomeetria uuringuga kinnitatakse osteoporoosi diagnoos, võiks seni, kuni puudub Eesti osteoporoosi ravijuhend, lähtuda ravis Eesti Reumatoloogia Seltsi soovitusel [Euroopa 2019. aasta ravijuhendist](#) (76). Eesti ravijuhendiga alustatakse tööd sügisel 2023.

Vaata lähemalt viienda kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

D-vitamiini lisamanustamine ja selle sisalduse määramine verest

Sellistes vähese päikesepaistelise ajaga maades nagu Eesti räägitakse D-vitamiini lisamanustamise vajadusest sügis-talvisel perioodil. Lisaks tunnevad inimesed huvi D-vitamiini sisalduse määramise vastu vereanalüüsist. Selle tõendus põhisusest räägitakse aga vähe ja puuduvad täpsed soovitused lisamanustamise perioodi, sageduse ja annuse kohta. Eesti 2015. aasta toitumis- ja liikumissoovitustes (77), kirjutatakse, et 6-kuused kuni 60-aastased inimesed vajavad päevas 10 mcg (400 RÜ ehk rahvusvahelist ühikut) ning üle 60-aastased 20 mcg (800 RÜ) D-vitamiini. Lisatarbimine rikastatud toitudest või D3-vitamiini rasvlahustuva preparaadina kuni 10 mcg (400 RÜ) päevas võib olla vajalik juhul, kui tavatoit ja õuesviibimine ei taga piisavat vitamiinikogust. Erilist tähelepanu tuleb siinjuures pöörata tubase eluviisiga isikutele, et tagada nende D-vitamiini tarve.

| | | |
|----|---|---|
| 18 |  | <p>Kui on kahtlus, et inimene ei saa toidust piisavalt D-vitamiini, nõustage teda tervisliku toitumise teemal, lähtudes Eesti toitumis- ja liikumissoovitustest.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| 19 |  | <p>Tubase eluviisiga inimest nõustage füüsilise aktiivsuse ja õues viibimise teemal.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
| 20 |  | <p>40–65-aastasele inimesele võite soovitada D-vitamiini lisamanustamist 10–25 µg/päevas (400–1000 RÜ), kui tekib kahtlus, et inimene ei saa piisavalt D-vitamiini.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> |
| 21 |  | <p>D-hüpopovitaminoosi kahtluseta 40–65-aastasel inimesel pigem ärge määrake D-vitamiini sisaldust veres.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |

Tõendust D-vitamiini lisamanustamise kohta vereanalüüsist määratud D-vitamiini sisalduse alusel ei leitud. Tõendus D-vitamiini lisamanustamise mõju kohta tulemusnäitajatele (luumurrud, üldsuremus) pärines seitsmest süstemaatilisesst ülevaateuuringust (78, 79, 80, 81, 82, 83, 84) ning mõju luumurdudele analüüsiti viies uuringus (78, 80, 82, 83, 84). Mitte üheski neist ei leitud, et D-vitamiini lisamanustamine oleks vähendanud igasuguste luumurdude või puusapiirkonna luumurdude (ingl *hip fracture*) esinemist või nende riski. D-vitamiini lisamanustamise mõju üldsuremusele analüüsiti neljas uuringus (79, 81, 83, 84), millest kahes (83, 84) ei leitud mõju ja kahes teises (79, 81) leiti mõju mõne alarühma analüüsis, mis aga ei kuulunud selle juhendi sihtrühma. Kõrvaltoimeid esines uuringutes sekkumis- ja kontrollrühmas sarnasel määral (84). Kõige sagedamini tekkisid neerukivid, kuid selle kohta käiv tõendus ei olnud hea kvaliteediga ja leiud ei ühtinud (81, 83, 84).

D-vitamiini annuste kohta pärineb tõendus neljast süstemaatilisesst ülevaatest. 2017. aastal avaldatud süstemaatilisesst ülevaates hinnati seost D-vitamiini annuste ja seerumi 25(OH)D sisalduse vahel. Leiti, et seerumi 25(OH)D väärtuste > 25, > 30 ja > 50 nmol/L tagamiseks on vajalikud D-vitamiini annused vastavalt 10, 13 ja 26 µg ööpäevas (85). Uuringutes, kus võrreldi D-vitamiini eri annuste (< 800 RÜ ööpäevas või > 800 RÜ ööpäevas) mõju suremusele (võrdlusrühmas olnud said

kas platseebot või ei sekkunud), leiti, et väiksemas annuses D-vitamiini saanud uuritavatel vähenes suurem statistiliselt olulisel määral, suurema annuse puhul erinevust polnud. Alarühmasid omavahel võrreldes aga rühmade vahel erinevust ei leitud (79, 81). Ühes uuringus (80) hinnati D-vitamiini mõju luumurdude tekkele. Lisaanalüüsina võrreldi annuseid neljas alarühmas, kus pooled uuritavad said platseebot ja teised vastavalt D-vitamiini ≥ 800 RÜ päevas, < 800 RÜ päevas, kõrghoos üks kord aastas või kõrghoosis muu sagedusega. Ühegi rühma sees tulemusnäitajas erinevusi ei leitud. Samuti ei olnud erinevusi alarühma analüüsides vahel.



Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et mitte üheski AGREE II-ga hinnatud ravijuhendis (34, 83, 84, 86) ei soovitatud D-vitamiini lisamanustamist kogu elanikkonnale. Tervishoiusüsteemi vaatepunktist ja ravijuhendite soovitudest lähtuvalt peaks D-vitamiini sisaldust vereanalüüsist määrama vaid inimestel, kellel esinevad selle puudulikkusele omased kaebused või kui inimese eluviisi põhjal on kahtlus puudulikkuse esinemisele. Lisaks võeti arvesse Eesti toitumis- ja liikumissoovitusi, milles soovitakse D-vitamiini soovitada neile, kel esineb suurenenud risk D-vitamiini puudulikkuse tekkeks: tubase eluviisiga inimesed, eridieete pidavad inimesed (nt taimetoitlased, täistaimetoitlased), tumeda nahaga inimesed, aasta ringi katvaid riideid kandvad inimesed, rasvunud inimesed. Eridieetide puhul tasub esmalt täpsustada, mida inimene on oma söögilaualt välja jätnud ja kui palju ta õues viibib. Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et D-vitamiini lisamanustamise soovitusest tähtsam on nõustada inimesi õuesviibimise ja mitmekülgse toitumise olulisuse teemal.

Vaata lähemalt seitsmenda ja kaheksanda kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

Depressiooni ja ärevushäire varane avastamine

Depressiooni läbilõikeline levimus Eestis on hinnanguliselt 5,9% ja ärevushäirete levimus 3,2%, mis on ühed Euroopa suurimad (87). Seejuures on depressiooni levimus vanuses 40–60 aastat reeglina elukaare suurim: Tervise Arengu Instituudi Eesti terviseuuringu andmetel oli 2019. aastal depressiooni levimus vanuserühmades 55–64 ja 45–54 vastavalt 10,9% ja 10,2% (88). Depressiooni ja ärevushäiretega patsientide varaseks tuvastamiseks on levinud soovitus kasutada sõelumisvahendina enesekohaseid küsimustikke, sh esmatasandil (89). Eestis on välja töötatud emotsionaalse enesetunde küsimustik, mille teist täiendatud versiooni EEK-2 kasutatakse sageli nii kliinilises praktikas kui ka teadustöös (90). Inglisekeelses teaduskirjanduses kajastatakse veel paljusid sõeltest, mille

omadused on suhteliselt sarnased. Et tagada tõhus depressiooni ja ärevushäirete varane tuvastamine ja samas võimalikult efektiivne personali- ja ajakasutus, sobib hästi heade omaduste ja võimalikult väikse ajakuluga sõeltest.

| | | |
|----|---|--|
| 22 |  | 40–65-aastaselt inimesel kasutage depressiooni esmaseks hindamiseks küsimustikke PHQ-2 või EEK-2. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i> |
| 23 |  | 40–65-aastaselt inimesel võite kasutada ärevushäire esmaseks hindamiseks küsimustikke GAD-2 või EEK-2. <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> |

Tõenduse analüüsi kaasati 16 metaanalüüsi või süstemaatilist ülevaadet, neist 13 depressiooni suhtes (90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101) ning kolm ärevushäire suhtes sõelumise kohta (102, 103, 104). Vaatamata varieeruvale tõendatuse astmele on ka lühikesed sõeltestid hea tundlikkuse ja üpris hea spetsiifilisusega. Eestikeelse EEK-2 tundlikkus jääb depressiooni puhul vahemikku 0,79–0,86 ja spetsiifilisus vahemikku 0,77–0,84 (vastavalt skoori äralõikepunktidega 10, 11 ja 12) (90). Välismaistest küsimustikest oli ühe küsimusega sõeltestide tundlikkus üsna madal, kuid kahe küsimusega küsimustike tundlikkus oli metaanalüüsides juba vahemikus 0,72–0,97 ja spetsiifilisus 0,67–0,87, eristumata oluliselt pikemate küsimustike näitajatest (91, 92, 93, 94, 95, 96).

Arvestades patsiendi anamneesi, ajakriitilisust ning isiklike eelistusi, saab arst langetada otsuse, kas hindamiseks kasutatakse lühiküsimustikke PHQ-2 või GAD-2 või põhjalikumat küsimustikku EEK-2 (vt lisa 4). Soovitatud küsimustikud on sõeluuringuks, mitte diagnostilised vahendid ja lävendi ületanud patsiendid vajavad lisauurimist. Samuti rõhutatakse paljudes teadusuuringutes ja ravijuhendites, et sõeluuringul puudub mõte, kui sõelumisele ei järgne sekkumist (ravi ja jälgimist).

Töörühm võttis soovitude sõnastamise juures arvesse ka nii välismaiste küsimustike tõlkimise ja valideerimisega kaasnevat kulusid kui 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, nt piirkondade või sotsiaalsete gruppide vahel. PHQ-2 ja GAD-2 tehakse ravijuhend lisana kättesaadavaks pärast nende küsimustike Eestis

valideerimist. Ravijuhendi koostamise ajal alustas Tervisekassa valideerimise protsessiga.


Kui sõeluuringu tulemus viitab depressiooni või ärevushäire olemasolule, siis kasutage diagnoosimiseks ja raviks ravijuhendeid „Depressiooni ravijuhend perearstidele“ (105) ja „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis“ (106).

Vaata lähemalt esimese kliinilise küsimuse TõKo ja SoKo tabelit.

Tervislike eluviiside soovitused


Vähene kehaline aktiivsus, ülekaal, tasakaalustamata toitumine, alkoholi, tubakatoodete ja narkootikumide tarvitamine on paljude haiguste riskitegurid. Eluviiside peatükk on tervishoiutöötajale abiks patsiendilt tema eluviiside kohta küsimisel. Eluviisi teemal nõustamiseks on koostatud „Tervislike eluviiside soovitused“ (lisa 5), kuhu on koondatud olulisemate juhendite soovitused ja viited asjakohastele veebilehtedele.

Kehaline aktiivsus

| | | |
|----|---|---|
| 24 |  | <p>40–65-aastaselt inimeselt küsige,</p> <ul style="list-style-type: none">• mitmel päeval nädalas on ta kehaliselt aktiivne,• millise intensiivsusega on tema kehaline aktiivsus,• mitu minutit korraga on ta kehaliselt aktiivne. <p>Vajaduse korral nõustage teda (vt lisa 5).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
|----|---|---|


Nõustamisel saate kasutada **Eesti toitumis- ja liikumissoovitusi** (77) või ravijuhendi lisa 5.

Toitumine


| | | |
|----|---|---|
| 25 |  | <p>40–65-aastaselt inimeselt küsige toitumise kohta ja uurige, milline osakaal on tema menüüs järgmistel toiduainetel:</p> <ul style="list-style-type: none">• küllastumata rasvhappeid sisaldavad toidud (rasvane kala, pähklid ja seemned, avokaado, oliivid, taimeõli);• kiudainerikkad taimsed toidud (köögiviljad, täisteratooted, kaunviljad, puuviljad ja marjad);• punane ja töödeldud liha (võrreldes kala, linnuliha ja munaga);• lisatud suhkur (nt suhkruga karastusjoogid), ohtralt suhkruid ja rasvu sisaldavad toidud (nt maitsestatud jogurtid);• sool. <p>Vajaduse korral nõustage teda (vt lisa 5).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
|----|---|---|

Hinnake inimese toiduvalikuid seoses haigusriskidega ja andke toitumissoovitusi, et riske vähendada. Uurige, mida oleks inimene valmis oma toitumises muutama. Nõustamisel saate kasutada **Eesti toitumis- ja liikumissoovitusi** (77) või ravijuhendi lisa 5.


Tubaka- või nikotiinitoode tarvitamine

| | | |
|----|---|---|
| 26 |  | <p>40–65-aastaselt inimeselt küsige tubaka- ja nikotiinitoode tarvitamise kohta. Kui ta tarvitab mainitud tooteid, siis nõustage teda ravijuhendi „Tubaka- või nikotiinitoode loobumise nõustamine“ põhjal.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
|----|---|---|

Alkoholitarvitamine

| | | |
|----|---|---|
| 27 |  | <p>40–65-aastase inimese alkoholitarvitamise hindamiseks kasutage AUDIT-testi. Alkoholi liigtarvitamise kahtluse korral (skoor ≥ 8 punkti) tehke lühisekkumine ja edasisel käsitlusel lähtuge ravijuhendist „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus“.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> |
|----|---|---|

Narkootiliste ainete tarvitamine

| | | |
|----|---|--|
| 28 |  | 40–65-aastaselt inimeselt küsige narkootiliste ainete tarvitamise kohta. <i>Praktiline soovitus</i> |
|----|---|--|


Kui inimene tarvitab narkootilisi aineid, siis võite sõelumiseks ja üldhinnangu andmiseks soovitada DUDIT-it (ingl *drug use disorders identification test*). Test on kättesaadav kodulehel <https://www.narko.ee/testid/dudit-test-narkootikumide-tarvitajale/>.

Opioidisõltuvusega inimestele on Eestis kättesaadavad järgmised ravivõimalused:

- ambulatoorne opioidisõltuvuse asendusravi (üle Eesti);
- statsionaarne lühiajaline võõrutusravi (Viljandi Haigla või Wismari Haigla);
- pikaajaline statsionaarne võõrutusravi (Viljandi Haigla);
- pikaajaline statsionaarne rehabilitatsioon (Viljandi Haigla Sillamäe ja Viljandi osakonnad).


Kahjude vähendamise keskuste info leiate veebilehelt <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/kahjude-vahendamise-keskused-ohutumaks-tarvitamiseks/>.

Immuniseerimine

| | | |
|----|--|---|
| 29 |  | 40–65-aastase inimese immuniseerimise vajaduse hindamisel lähtuge Terviseameti täiskasvanute vaktsineerimise juhistest. <i>Praktiline soovitus</i> |
|----|--|---|


Täiskasvanute vaktsineerimise kohta on info olemas veebilehel <https://www.vaktsineeri.ee/et/taiskasvanutele-vaktsineermine>. Vanuseline vaktsineerimiskava on veebilehel <https://www.vaktsineeri.ee/et/taiskasvanutele/ajakava>. Kogu vaktsineerimise kohta käiva info leiate veebilehelt www.vaktsineeri.ee.

Vähi sõeluuringud

| | | |
|----|---|--|
| 30 |  | 40–65-aastasele inimesele soovitage sõeluuringutes osalemist riikliku sõeluuringute korralduse alusel. <i>Praktiline soovitus</i> |
|----|---|--|

Eestis kutsutakse rinnavähi sõeluuringule 50–68-aastaseid naisi iga kahe aasta tagant, emakakaelavähi sõeluuringule 30–65-aastaseid naisi iga viie aasta tagant ning jämesoolevähi sõeluuringule 60–68-aastaseid mehi ja naisi iga kahe aasta tagant. Sõeluuringutel saavad osaleda ka ravikindlustuseta inimesed. Asjakohane info sõeluuringute kohta on kättesaadav Tervisekassa veebilehel www.soeluuring.ee.

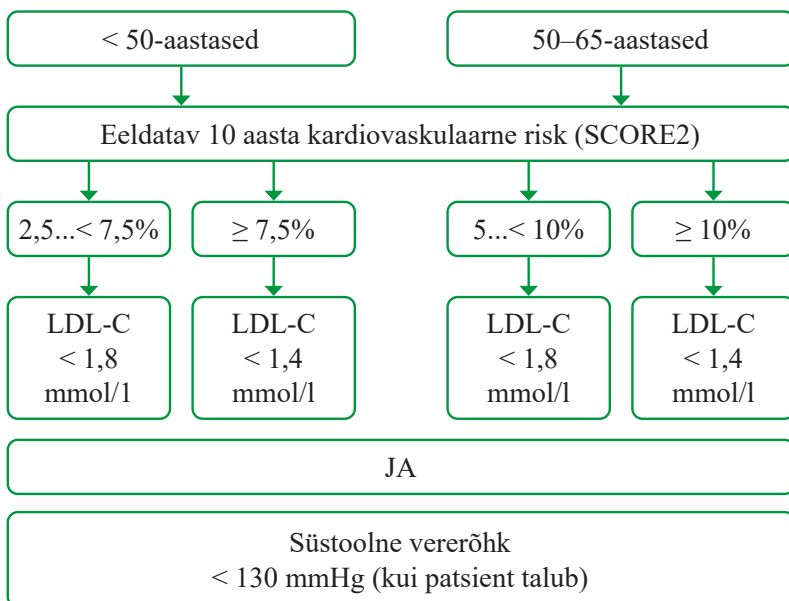
HIV-testimine

| | | |
|----|---|--|
| 31 |  | <p>Soovitage kord aastas HIV-testimist 40–65-aastasele inimesele, kes kuulub riskirühma*, või isikule, kel on diagnoositud HIV-iga seotud indikaatorseisund(id), aga kellel ei ole positiivset HIV-testi tulemust ega diagnoositud HIV-infektsiooni.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p><i>* Riskirühma kuuluvad narkootikume süstivad või süstinud inimesed, prostitutsiooni kaasatud inimesed, meestega seksivad mehed, nimetatud inimeste sekspartnerid, inimesed, kellel on olnud vahekord HIV-positiivse inimesega, inimesed, kellel on olnud mitu juhupartnerit ja kaitsmata vahekord.</i></p> |
|----|---|--|

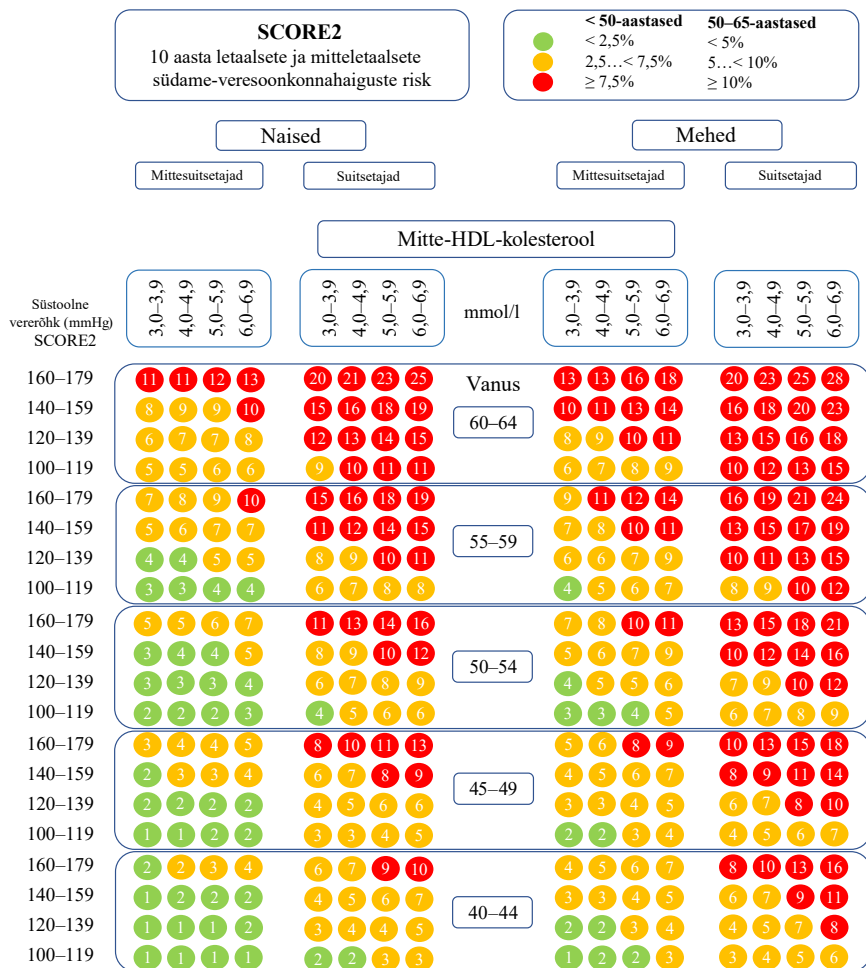
HIV-testimise kohta saab täpsemalt lugeda „HIV-testimise ravijuhendist“ (107). Lisas 6 on esitatud HIV-testimise algoritm.

Lisa 1. Suure ja väga suure kardiovaskulaarse riskiga patsiendi individuaalse ravieesmärgi püstitamise algoritm

LDL-kolesterooli eesmärkväärtused sõltuvalt 10 aasta kardiovaskulaarse riski skoorist (hinnatud SCORE2 abil)



Lisa 2. Riskiskoori SCORE2 algoritm



Lisa 3. PSA-analüüs eesnäärmevähi varaseks avastamiseks. Lisamaterjal arstidele PSA-põhist sõeluuringut puudutavate küsimuste kohta

Millised sümptomid viitavad eesnäärmevähile?

Varases staadiumis kulgeb eesnäärmevähk sageli sümptomiteta. Kasvaja levides eesnääre suureneb ja võib põhjustada järgmisi vaevusi:

- sagenenud urineerimine päeval ja/või öösel,
- raskendatud urineerimine,
- raskused uriini kinnihoidmisel,
- uriinipidamatus,
- veri uriinis või seemnevedelikus,
- erektsioonihäired,
- valu vaagnapiirkonnas või seljas.

Need sümptomid ei ole vähile spetsiifilised ja võivad esineda ka ilma eesnäärmevähita inimestel. Sagedasemad muud haigused, mis neid sümptomeid põhjustavad, on eesnäärme healoomuline hüperplaasia (healoomuline suurenemine) ja eesnäärmepõletik. Eesnäärme healoomuline hüperplaasia ei arene tavaliselt vähiks, kuid sellel on eesnäärmevähiga sarnased sümptomid, sest suurenenud eesnääre avaldab kusitile survet.

Eesnäärmevähk võib põhjustada siirdeid mujal organismis, sagedasti luudes, põhjustades luuvalusid ja iseeneslikke luumurde. Kaugelearenenud kasvaja korral võivad esineda ka kaalulangus, aneemia, neerupuudulikkus ja muud pahaloomuliste kasvajate üldsümptomid.

Kellel on suurenenud risk eesnäärmevähi tekkeks?

Eesnäärmevähi tekkeriski suurendavad vanus üle 55 eluaasta, Aafrika päritolu ja peres eesnäärmevähi või rinnavähi esinemine.

Kellel peaks määrama PSA sisaldust veres?

PSA sisalduse määramist verest võiks soovitada riskiteguritega (üle 55-aastane, Aafrika päritolu, peres eesnäärmevähi või rinnavähi esinemine) meestele ja eesnäärmehaigusele viitavate kaebustega meestele. Enne PSA sisalduse määramist peaks vaatama, millal (ja kas üldse) on tehtud viimane analüüs ning mis on olnud selle väärtus, ja hindama, kas analüüsi on vaja korrata või mitte. Analüüsi kordamise vajaduse hindamisel tuleks lähtuda 2011. aasta Eesti Arstis ilmunud ravijuhendi tabelist (vt tabel).

Lõpliku otsuse tegemisse tuleks kaasata ka patsient ja rääkida temaga läbi uuringu tegemisega kaasnedavad võivad kasud (nt varane avastamine, ärevuse vähendamine) ning kahjud (nt biopsia võimalikud tüsistused, ebavajalik ravi ja selle tüsistused, valepositiivne tulemus, ärevuse esinemine uuringute tegemise ajal).

Miks ei tehta rahvastikupõhist eesnäärmevähi sõeluuringut, kui meestearstil käimise vajalikkusest meedias nii palju räägitakse?

Kuigi sõeluuringuga leitaks rohkem varases staadiumis kasvajaid, ei ole selge, kas nende varasem avastamine ja ravi muudaksid haiguse kulgu, sest paljud eesnäärmevähid on aeglase kuluga ja ei tekitaks mehe eluajal kaebuseid ega põhjustaks surma. Kuigi paljudes riikides on eesnäärmevähist tingitud suremus vähenenud, ei ole selge, kas selle põhjus on sõelumine ja selle intensiivsus (oportunistlik ehk vajadusepõhine vs. rahvastikupõhine). Suremuse vähenemist võivad põhjustada ka paranenud ravivõimalused ja suurem teadlikkus.

Rahvastikupõhise sõeluuringu korraldamisel on lisaks vaja arvestada majandusliku kuluga. Väikese tervisekasu tõttu pole siiani leitud, et see oleks kulutõhus sekkumine.

Selle üks põhjuseid on see, et ainult PSA-põhise sõeluuringuga ei suudeta leida üles just kiire kasvuga kasvajaid, mille varasel avastamisel oleks tervisekasu oluliselt suurem. Seetõttu tehakse praegu uuringuid, et töötada välja täpsemaid, agressiivsete kasvajat leidmiseks mõeldud sõeluuringumeetodeid.

Miks ei soovitata kõigil meestel PSA taset määrata?

Kõikide uuringutega kaasnevad nii kasud kui ka kahjud. Seepärast peavad PSA taseme määramise otsuse tegema arst ja patsient koos, kaaludes kasusid ja kahjusid. PSA taseme määramisel tasuks silmas pidada järgmist.

- Väga paljud eesnäärmevähid kasvavad nii aeglaselt, et meestel ei teki eluajal kaebuseid ja nad ei sure sellesse.
- Eesnäärmevähi ravi võib põhjustada urineerimisprobleeme (kusepidamatus) ja erektsioonihäireid (impotentsus).
- Sageli saadakse valepositiivseid tulemusi ja täpsustavad, kuid ebavajalikud uuringud võivad tekitada tüsistusi, näiteks infektsioone, valu, palavikku, verd uriinis (hematuuria) või seemnevedelikus (hematospermia).

Kas PSA suurenenud tase tähendab, et mehel on eesnäärmevähk?

Ei, mitte ilmtingimata. PSA tase võib suureneda ka teistel põhjustel – sagedasim põhjus on eesnäärme healoomuline suurenemine, aga PSA taset suurendavad ka eesnäärme põiekatetik ja hiljutine põiekateetri paigaldamine.

Milliseid uuringuid eesnäärmevähi diagnoosimisel tehakse?

Eesnäärmevähi diagnoosimiseks tuleb võtta ultraheli kontrolli all rektaalselt eesnäärme koeproovid ehk teha biopsia. Täiendavate uuringutega (nt MRT, KT, PET) tehakse kindlaks, kui kaugelt on kasvaja arenenud. Täpsed uuringud otsustab uroloog.

Mida saab patsient teha, et eesnäärmevähist tingitud suremuse riski vähendada?

Riskitegurite esinemisel on soovitatav PSA taset regulaarselt määrata ja lähtuda seejuures Eesti Arstide avaldatud ravijuhendi soovistest (vt tabel). Kui patsient suitsetab, võib soovitada talle tubakast loobumist, sest on leitud, et suitsetamisest on negatiivne mõju kasvaja arengule ja eesnäärmevähist tingitud suremusele.

Miks kuuluvad riskirühma just 55-aastased ja vanemad mehed?

Seni avaldatud teadusuuringute tulemused selle kohta, mis vanusest alates suureneb mehe eesnäärmevähi risk, on veel ebakindlad. Parima tõendatusega suuremahulises Euroopa uuringus (ERSPC) leiti, et PSA sisalduse määramisega süstemaatilise sõeluuringuna saavutati 55–59-aastastel statistiliselt oluline erinevus eesnäärmevähist tingitud suremuses. Seepärast võib arvata mehed alates 55. eluaastast riskirühma kuuluvaks.

Mis on eesnäärmevähi varase avastamise kasud ja kahjud?

Teadusuuringutes ei ole leitud, et rahvastikupõhine ainult PSA-analüüsil põhinev eesnäärmevähi sõeluuring vähendaks üldsuremust või eesnäärmevähist tingitud suremust. Joonisel on esitatud eesnäärmevähi sõeluuringuga kaasuvate kasude ja kahjude võrdlus sõeluuringu rühmas ja kontrollrühmas (35).

Eesnäärmevähi varase avastamise kasud

- Kasvaja leitakse varem, seega saab ka raviga varem alustada. Enim kasu on kiire kasvuga kasvaja varasest leidmisest.
- Raviga alustatakse varem ja see võib anda parema tulemuse ning hoida ära eesnäärmevähist tingitud surmasid.

Eesnäärmevähi varase avastamise kahjud

- PSA-analüüsil võib saada valepositiivsed tulemused, millega kaasneb ärevus.
- Valepositiivse tulemusega mehele võidakse teha ebavajalikke lisauuringuid, mis võivad põhjustada tüsistusi (nt koeproovi võtmine võib põhjustada valu, palavikku, põletikku, verd uriinis või seemnevedelikus).
- Aeglase kasvuga kasvaja ebavajalik ravi võib põhjustada tüsistusi (nt

erektsioonihäired, uriinipidamatus), kuigi kasvaja poleks eluajal mehele kaebuseid tekitanud ega surma põhjustanud.

Kasude ja kahjude võrdlus

| | Sõeluuringuga | Erinevust pole | Sõeluuringuta | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------|
| 10 aasta jooksul | Esinemine 1000 mehe kohta | | | Tõenduse kvaliteet |
| üldsuremus | 128 | ei ole olulist erinevust | 129 | keskmine |
| eesnäärmevähi-suremus | 3 | ei ole olulist erinevust | 3 | madal |
| kasvaja avaldumus (kõik staadiumid) | 39 | | 7 vähem → 32 | madal |
| lokaliseeritud kasvaja avaldumus | 26 | | 7 vähem → 19 | madal |
| kaugelearenenud kasvaja avaldumus | 11 | ei ole olulist erinevust | 13 | madal |
| I kuu jooksul | | | | |
| biopsiast tingitud tüsistused | | | vähem → | madal ← |
| Igal ajahetkel | | | | |
| raviga seotud tüsistused | | | vähem → | madal ← |

1000 PSA sõeluuringus osalenud mehe kohta esines biopsia tõttu rohkem järgmiseid tüsistusi:
veri seemnevedelikus: 94
valu: 45
palavik: 19
veri uriinis: 67
hospitaliseeriti sepsisega: 1

1000 PSA sõeluuringus osalenud mehe kohta esines kasvaja ravi tõttu rohkem järgmiseid tüsistusi:
erektsioonihäire: 25
kusepidamatus: 3

Joonis. Eesnäärmevähi sõeluuringu kasude ja kahjude võrdlus sõeluuringu rühmas ja kontrollrühmas. Joonis on kohandatud Tikkineni jt 2018. a eesnäärmevähi sõeluuringu ravijuhendist (3).

Suurenenud PSA sisalduse leidmisel järgnevad lisauuringud, millega kaasneb olulisel määral tüsistusi ja need ei pruugi olla vajalikud, sest tulemused võivad olla valepositiivsed. Kui võrrelda süstemaatilisel sõeluuringul osalenud mehi meestega, kes süstemaatilisel sõeluuringul ei osalenud, esineb 1000 sõeluuringul osalenud

mehel biopsiast tingitud tüsistusi rohkem: 94 juhul rohkem hematospermiat, 45 juhul rohkem valu, 19 juhul rohkem palavikku ja 67 juhul rohkem hematuuriat.

Lisaks leitakse kasvaja, mis on aeglase kuluga, ei tekitaks mehe eluajal kaebuseid ega põhjustaks surma ja mida poleks vaja ravida. 1000 sõeluuringus osalenud mehe kohta esineb ravist tingitud tüsistustena 25 juhul rohkem erektsioonihäireid ja 3 juhul rohkem kusepidamatust.

Millised tüsistused võivad kaasnedu uuringute ja raviprotseduuridega?

Eesnäärme koeproovi võtmise järel võib esineda valu, palavikku, eesnäärmepõletikku, sepsist, veritsust kuseteedest (hematuuria) või seemnevedelikus (hematospermia) ja uriinikülvis baktereid.

Eesnäärme eemaldamine (prostataktomia) võib põhjustada kusepidamatust ja erektsioonihäireid. Samuti tuleb arvestada, et mistahes operatsiooni ja anesteesiaga võib kaasnedu suurem risk.

Kiiritusravi võib põhjustada ägedat ja kroonilist põiepõletikku, pärasoolepõletikku ja harvem ka enteriiti (peensoolepõletik). Kiiritusravi kaugtüsistusena võib tekkida erektsioonihäire.

Kui sageli ja kellele tuleks PSA taset määrata?

Uroloogid soovivad uuringu kordamise vajadust hinnata 2011. aastal Eesti Arstis avaldatud juhendi alusel (vt tabel). Teadusuuringud ei näita vajadust määrata PSA baastaset alla 40-aastastel riskiteguriteta ja kaebusteta meestel ning uuringutulemuse tõlgendamiseks puuduvad ka asjakohased referentsväärtused.

Tabel. PSA vanusespetsiifilised väärtused ja soovitus edasiseks jälgimiseks

| Vanus aastates | Kontrolli 4 aasta pärast | Vanuseline mediaan | Kontrolli 12 kuu tagant | 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 |

Allikad

1. Trevena L, Glasziou P, Rowe L, Ackermann E. RACGP National Standing Committee. Should I have prostate cancer screening? 2015. The Royal Australian College of General Practitioners. <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Patient%20information/prostate-cancer-screening-infosheet.pdf>
2. Eesnäärmevähk. ESMO patsiendijuhend. https://euselts.eu/wp-content/uploads/ESMO_est_version_A5.pdf.

3. Tikkinen KAO, Dahm P, Lytvyn L, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline. *BMJ*; 2018. <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3581>.
4. Punab M, Takker U, Palts K, et al. Meeste kusemishäirete käsitlus- ja ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst*; 2011. <https://eestiarst.ee/meeste-kusemishairete-kasitlus-ja-ravijuhend-perearstidele/>.
5. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/prostate-cancer/prostate-cancer-screening-4-questions-answered>.
6. Prostate Cancer Screening: 4 Questions Answered. John Hopkins Medicine. <https://health.gov/myhealthfinder/health-conditions/cancer/prostate-cancer-screening-questions-doctor>.
7. PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Prostate Cancer Screening. Bethesda, MD: National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-screening-pdq>.
8. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA*; 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885905/>.
9. Huncharek M, Haddock KS, Reid R, et al. Smoking as a risk factor for prostate cancer: a meta-analysis of 24 prospective cohort studies. *Am J Public Health*. 2010;100:693-701. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2836346/>.

Lisa 4. Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2

Nimi _____

Sugu _____ Vanus _____ / _____ Kuupäev _____ / _____

Lugege tähelepanelikult läbi alltoodud loetelu probleemidest ja vaevustest, mis võivad inimestel mõnikord esineda. Tõmmake ring ümber sellele vastusevariandile, mis kirjeldab kõige paremini, KUI PALJU SEE PROBLEEM ON TEID VIIMASE KUU JOOKSUL HÄIRINUD.

| Probleem või vaevus | | Üldse mitte | Harva | Mõnikord | Sageli | Pidevalt |
|---------------------|---|-------------|-------|----------|--------|----------|
| DEP | 1. Kurvameelsus | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2. Huvi kadumine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 3. Alaväärsustunne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 4. Enesesüüdistused | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 5. Korduvad surma- või enesetapumõtted | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 6. Üksildustunne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 7. Lootusetus tuleviku suhtes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 8. Võimetus rõõmu tunda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ÜÄR | 9. Kiire ärritumine või vihastamine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 10. Ärevuse- või hirmutunne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 11. Pingetunne või võimetus lõdvestuda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 12. Liigne muretsemine paljude asjade pärast | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 13. Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 14. Kergesti ehmunine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | | |
|-----|-----|--|---|---|---|---|---|
| PAF | 15. | Äkilised paanikahood, mille ajal esinevad südamekloppimine, õhupuudus, minestamistunne või muud hirmutavad kehalised nähud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 16. | Kartus viibida üksi kodust eemal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 17. | Hirmutunne avalikes kohtades või tänavatel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 18. | Kartus minestada rahva hulgas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 19. | Kartus sõita bussi, trammi, rongi või autoga | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SF | 20. | Hirm olla tähelepanu keskpunktis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 21. | Hirm suhtlemisel võõraste inimestega | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| AST | 22. | Loidus- või väsimustunne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 23. | Vähenenud tähelepanu- või keskendumisvõime | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 24. | Puhkamine ei taasta jõudu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 25. | Kiire väsimine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| INS | 26. | Unumisraskused | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 27. | Rahutu või katkendlik uni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 28. | Liigvarajane ärkamine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tulemuse hindamiseks liitke punktid kokku

| | DEP | ÜÄR | PAF | SF | AST | INS |
|--------------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Teie punktid | | | | | | |
| Seisundile viitav punktisumma | > 11 | > 11 | > 6 | > 3 | > 6 | > 5 |

| Lühend | Selgitus |
|--------|--|
| DEP | Depressiooni või muu meeleoluhäire soodumus |
| ÜÄR | Üldise ärevushäire soodumus |
| PAF | Paanikahäire (tugevad hirmu- ja ebamugavushood, millega kaasnevad kehalised ja psüühilised sümptomid) ja agorafobia ehk lagedakartuse soodumus (hirm avatud suurte ruumide või väljakute ja ka rahvarohkete kohtade ees) |
| SF | Sotsiaalfoobia soodumus (tugev ja püsiv kartus olukordade ees, kus tuleb tegutseda teiste inimeste juuresolekul või viibida tähelepanu keskpunktis) |
| AST | Asteenial ehk vaimse kurnatuse soodumus |
| INS | Depressiooni ja ärevusega kaasuvate võimalike unehäirete soodumus |

Lisa 5. Tervislike eluviiside soovitused

Infomaterjali on koondatud tõendus põhised tervislike eluviiside soovitusel, tasakaalustatud toitumise ja kehalise aktiivsuse põhimõtted ning ülevaade riskiteguritest ja nende kontrollimise võimalustest. Vanade harjumuste muutmine võib olla keeruline, kuid tervislikuma eluviisi nimel saab nii mõndagi ise ette võtta. Esimene oluline samm on tuvastada ebatervislikud harjumused ja õppida nende asendamiseks uusi positiivseid harjumusi.

Toitumine

Tasakaalustatud toitumine toetab head vaimset ja füüsilist tervist ning selle hoidmist.

- Jälgige, et Teie igapäevases toiduvalikus oleks palju puu- ja juurvilju, kaunvilju, täisteratooteid, kala- ja oliiviõli. Tarbige vähe alkohoolseid jooke, punast liha, piimatoteid ja küllastunud rasvhappeid. Sellist toitumist nimetatakse Vahemere dieediks.
- Asendage küllastunud rasvad küllastumata rasvadega. Küllastunud rasv on näiteks nähtava või peiterasvaga lihatoodetes (vorstid, viinerid jms) ja rasvastes piimatoodetes (koor, väga rasvased juustud, või jm). Küllastumata rasva allikad on näiteks rasvane kala, pähklid, seemned, avokaado, oliivid ja oliiviõli.
- Eelistage taimsel toidul põhinevat menüüd, mis sisaldab rohkelt kiudaineid (30–45 g päevas, eelistatult täisteratoodetest), täisteratooteid, puu- ja juurvilju (mõlemat vähemalt 200 g päevas ehk vähemalt 2–3 portsjonit), kaunvilju ja pähkleid (30 g ilma soolata pähkleid päevas).
- Sööge (eelistatult rasvast) kala vähemalt üks kord nädalas ja piirake (eriti töödeldud) liha tarbimist (maksimaalselt 350–500 g punast liha nädalas).
- Vältige lisatud suhkruga karastusjookide, mahlade, jogurtite jms tarbimist.
- Vähendage soolatarbimist kuni 5 grammini päevas: valige madala soolasisaldusega tooted ja piirake soola kasutamist toidu valmistamisel. 5 g soola on umbes üks kuhjaga teelusikatäis. Valmistoidud ja poolfabrikaadid sisaldavad sageli liiga palju soola, ise toitu valmistades saate soolakogust hõlpsamini piirata.

Tabel 1. Toidueelistused

| Kategooria | Eelistada | Tarvitada mõõdukalt | Tarvitada harva ja piiratud koguses |
|--------------------------|---|---|---|
| Teraviljad | Täisteraviljatooted | Rafineeritud jahust ¹ leiva- ja saiatooted, pasta, valge riis, küpsised, maisihelbed | Saiakesed, muffinid, pirukad, sarvesaiad |
| Köögiviljad | Toored ja küpsetatud köögiviljad | Kartulid | Võis või kooses valmistatud köögiviljad |
| Kaunviljad | Läätsed, oad, herned, kikerherned, sojaoad | | |
| Maiustused ja magusained | | Sahharoos, mesi, šokolaad, maiustused ja kommid | Koogid, jäätised, fruktoos, karastusjoogid |
| Liha ja kala | Lahja ja rasvane kala, nahata kodulinnuliha | Lahja (ilma rasvata, taine) veise-, lamba-, sea- ja vasikaliha, mereannid | Vorstid, viinerid, salaami, peekon jm töödeldud lihatooted |
| Piimatooted ja muna | Kooritud piim ja jogurt | Väherasvane piim, juust ja teised piimatooted, munad | Tavaline juust, koor, täispiim ja täispiimajogurt |
| Küpsetusõli ja kastmed | Äädikas, sinep, rasvavabad kastmed | Oliiviõli, salatikaste, majonees, ketšup | Transrasvad, margariin, palmi- ja kookosõli, või, sea- ja peekonirasv |
| Pähklid ja seemned | | Ilma soolata pähklid ja seemned | Kookos |
| Toiduvalmistamine | Keetmine, aurutamine, ahjus küpsetamine | Vokkimine (kõrgel kuumusel väheses õlis kiirelt praadimine) | Praadimine, grillimine |

¹ See tähendab mitte täisterajahust.

Rohkem infot:

- <https://toitumine.ee/>
- <https://tap.nutridata.ee/et/avaleht>

Liikumine

Kehaline aktiivsus mõjutab positiivselt vaimset tervist, elukvaliteeti, enesehinnangut, psühholoogilist heaolu ja töövõimet. Regulaarne liikumine aitab vähendada ärevuse sümptomeid, rasvumist ja ülekaalulisust, parandab unekvaliteeti, mõjutab oluliselt keha koostist ja ainevahetust, suurendab energiakulutust ning aitab säilitada ja kasvatada lihasmassi. Liikumine on rasvunud inimese tervisele kasulik ka siis, kui kehakaal ei lange, sest kehaline võimekus paraneb sealjuures ikkagi. Samuti aitab regulaarne liikumine vähendada paljude haiguste riski: näiteks väheneb risk haigestuda südame-veresoonkonnahaigustesse kuni 35%, 2. tüüpi diabeeti kuni 50% ja varakult suremise risk kuni 30%.

- Tasakaalustatud toitumine ja kehaline aktiivsus mõjutavad tervist positiivselt. Soovitav on vähendada istumisaega. Istuva töö puhul tee iga tund liikumispause. Viibi võimalikult palju värskes õhus.
- Täiskasvanud peaksid iga nädal aktiivselt liikuma vähemalt 150 minutit keskmise intensiivsusega või 75 minutit suure intensiivsusega. Kui see pole jõukohane, siis alusta lühemast ajast. Jaga nädalane keheline koormus ühtlaselt: viiel päeval nädalas liigu keskmise intensiivsusega² vähemalt 30 minutit või kolmel päeval nädalas suure intensiivsusega³ vähemalt 25 minutit.
- Vajaliku liikumisaja võib saavutada ka vähemalt 10-minutiste järjest kestvate tegevustena. Optimaalne keskmise intensiivsusega liikumise maht nädalas on vähemalt 5 tundi.
- Vähemalt kahel päeval nädalas tuleks teha lihaseid ja luid tugevdavaid harjutusi.

Aeroobse treeningu soovitatav koormustase ehk intensiivsuseaste võib olla madal, keskmine, või kõrge. Nende valik sõltub inimese tervislikust seisundist ja treeningu eesmärgist. Lihtsaim viis arvutada maksimaalne pulss ehk eakohane kõrgeim südamelöögisagedus tervetel inimestel on lahutada 220-st inimese vanus (aastates). Aeroobseks treeninguks sobivad reibas kõnd, sõit jalgrattal või veloergomeetril, jooks, jooksulindil kõndimine või elliptilisel trenaažööril jooksmine või kõndimine, ujumine, vesivõimlemine, rulluisutamine ja suusatamine, aga ka näiteks tantsimine ja füüsilist pingutust nõudvad argitoimetused.

² Tegevus on keskmise intensiivsusega, kui südame löögisagedus ja hingamine kiirenevad, kuid inimene saab vabalt vestelda.

³ Tegevus on suure intensiivsusega, kui see põhjustab suurt pingutust, südame löögisagedus ja hingamine kiirenevad märkimisväärselt ning rääkida on raske.

Tabel 2. Kehalise aktiivsuse näited koormuse intensiivsuse järgi

| Intensiivsuste ehk koormustase | Näited |
|---------------------------------------|--|
| Madal | Venitusharjutused Jalutamine Pesemine Koristamine |
| Keskmine | Kõndimine 4–7 km/h Kepikõnd Sõrkimine Jalgrattasõit 16–19 km/h Rahulik ujumine Kerge tantsimine Muruniitmine Aiatööd Tennis (paarismäng) |
| Kõrge | Jooks 8+ km/h Jalgrattasõit 20+ km/h Hüpped Suusatamine 6+ km/h Pallimängud Jõutreening Tennis |

Lihaste treenimine ehk jõuharjutused (anaeroobne treening) on lihaste ja neid ümbritsevate sidekoeliste struktuuride treenimine lihaste pingutamise abil. Lihaskõuet saab treenida eri laadi pingutust nõudvate harjutustega. Lisaks lihaskõuet arendamisele mõjutab jõutreening ka lihaste ainevahetust, kujundab rühti, vähendab valu, parandab tasakaalu ja tugevdab luid. Lihaste koormamiseks on olenevalt treenituse astmest vaja kas keharaskust või eri raskusega koormamisvahendeid.

Et vältida traumasid, on lihaste treenimisel väga tähtis teha soojendusharjutusi enne ja venitusharjutusi pärast treeninguid. Lihastreeninguid harrastades võiks teha ka treeninguvabu päevi.

Riskitegurid ja nende kontroll

Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine

Nikotiinisõltuvus võib tekkida kõigi tubakat või nikotiini sisaldavate toodete regulaarsel tarvitamisel. Need on näiteks tavaline sigaret, sigar, sigarillo, e-sigaret, piibutubakas, vesipiibutubakas või mõni muu nikotiini sisaldav toode (huuletubakas, nn valge tubakas), mida hingatakse sisse, imetakse, tõmmatakse ninna, pihustatakse suu limaskestale või kasutatakse välispidiselt. Üliharva võib tekkida ka sõltuvus käsimüügis olevast nikotiiniplaastrist.

- Tubakatarvitamine on tugev südame-veresoonkonna haigus (nt infarkti) ja kopsuvähki põhjustav riskitegur.
- Igasugune tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine on soovitatav lõpetada. Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumisel on märkimisväärne ja kohene positiivne mõju tervisele igas eas naiste ja meeste puhul. Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumisel taastub üsna pea ka lõhnataju, kaob halb hingeõhk ja suitsetaja kõha.
- Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine soovatakse lõpetada kaasnedes võivast kaalutõusust sõltumata, kuna kehakaalu suurenemine ei vähenda loobumisest saadavat kasu.

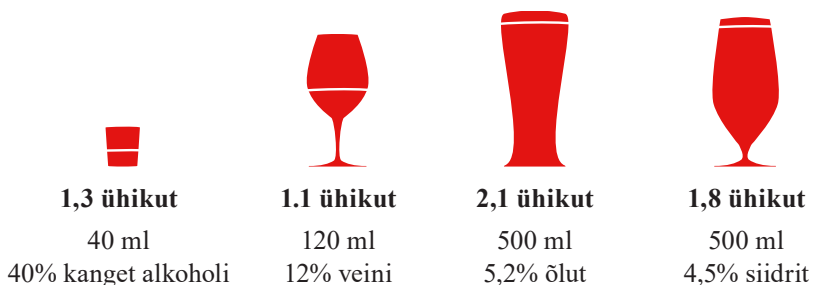
Rohkem infot:

- <https://www.tubakainfo.ee/>
- **Tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise patsiendijuhend**

Alkohol

Harjumus alkoholi tarvitada kujuneb aja jooksul. Kui oled harjunud teatud olukordades alkoholi jooma, võib tekkida rutiin, mis hakkab heaolu ja tervist mõjutama.

Ehkki täiesti ohutut alkoholitarvitamise taset ei ole olemas, on pandud paika piirid, mille puhul püsivad riskid väiksemad. **Alkoholiühikud** ja **riskipiirid** aitavad aru saada, kui palju tegelikult alkoholi tarvitatakse. Üks alkoholiühik on 10 grammi puhast ehk absoluutset alkoholi.



Väikese terviseriski piirid tervele täiskasvanud inimesele

NÄDALAS
KUNI 7
ALKOHOLI-
ÜHIKUT

KESKMISELT **1**
ALKOHOLI-
ÜHIK **PÄEVAS**



NÄDALAS
KUNI 14
ALKOHOLI-
ÜHIKUT

KESKMISELT **2**
ALKOHOLI-
ÜHIKUT **PÄEVAS**

Parim viis vähendada on teha nädalasse mõni alkoholivaba päev. Nädalakogust ei tohi ära juua korraga või nädalavahetuse jooksul.

Joonis. Riskipiiride joonis patsiendijuhendist „Vähem alkoholi. Kas ja kuidas?“.

Alkoholi mõju organismile sõltub inimese soost, vanusest ja füsioloogilistest iseärasustest. Näiteks on naiste alkoholitaluvus meeste omast väiksem ja seetõttu on ka naiste riskipiirid väiksemad kui meestel.

Alkoholist tingitud tervisemõju jaguneb vahetuks ja pikaajaliseks. Vahetu mõju on põhjustatud lühikese aja vältel joodud liiga suurest alkoholikogusest. Tagajärg võib olla näiteks mürgistus, vigastus, õnnetusjuhtum või kaitsmata seksuaalvahekord. Pikaajaline tervisemõju kumuleerub aja jooksul ja võib põhjustada paljusid kroonilisi haiguseid. Kui ületada pidevalt väikese riski piire, siis suureneb tõenäosus pikaajaliste terviseprobleemide tekkeks. Alkoholitarvitamine põhjustab üle 60 haiguse: peamiselt maksa- ja südamehaigusi, insulti ja vähkkasvajaid, lisaks vaimse tervise häireid, sh sõltuvust. Alkoholitarvitamine võib põhjustada enam kui 200 erinevat terviseprobleemi.

Rohkem infot:

- alkoinfo.ee/et/
- **AUDIT** – test alkoholi tarvitamise hindamiseks
- Patsiendijuhend „Vähem alkoholi. Kas ja kuidas?“
- Patsiendijuhend „Alkoholi liigtarvitamine – mis see on ja kust saab abi“

Narkootikumid

Narkootikumid mõjutavad kogu organismi. Mõju oleneb sellest, milline on narkootikum ja kuidas seda tarvitatakse: kas neelatakse alla, hingatakse sisse või süstitakse. Süstides satub aine otse vereringesse ja mõjub seepärast kiiremini. Allaneelamisel ei ole otsene mõju nii äkiline. On narkootikume, mille kahjulik mõju tervisele selgub siis, kui neid on tarvitatud suuremas koguses või pikemat aega. Samas võib mõni terviseprobleem tekkida juba pärast esimest tarvitamist.

Narkootikumid võivad stimuleerida organismi tööd (panna südame kiiremini tööle, tõsta vererõhku, kiirendada hingamist jne) või seda hoopis pärssida (aeglustada südame tööd, langetada vererõhku, aeglustada hingamist jne).

Narkootikumide tarvitamisega seotud terviseprobleemid on järgmised:

- nõrgenenud immuunsüsteem, suurenenud vastuvõtlikkus nakkushaigustele (tuberkuloos jne);
- südameprobleemid rütmihäiretest infarktini;
- iiveldus, oksendamine, valu alakõhus;
- teadvusekaotus;
- suurenenud koormus maksale, maksakahjustused;
- krambihood;
- insuldi oht, ajukahjustuse oht;
- vaimse tervise probleemid;
- hormonaalsed muutused;
- muutused söögiisus ja kehatemperatuuris;
- kopsuhaigused.

Samuti on leitud seoseid narkootikumide tarvitamise ja vähki haigestumise vahel. Narkootikumide süstimine võib tuua kaasa ka veenide ja veresoonte probleeme ning nakkushaigusi.

Lisaks terviseprobleemidele kaasnevad narkootikumide tarvitamisega õnnetusjuhtumid, vigastused ja surmad. Osalt on õnnetusjuhtumid seotud sellega, et narkootikumid panevad inimese tõlgendama situatsioone valesi ja reageerima olukordadele teistmoodi. Segaduses olles tehakse halbu valikuid ja valesid otsuseid. Narkootikumide tarvitamise tõttu võivad inimesed näiteks nõustuda kaitsmata

seksuaalvahekorraga, juhtida autot joobeseisundis või jalutada öösel ringi ohtlikus piirkonnas. Narkootikumide tarvitamine võib suurendada riski sattuda ohvriks või panna toime tegusid, mis muudavad inimese enda või teiste jaoks ohtlikuks.

Rohkem infot:

- <https://www.narko.ee/>
- DUDIT⁴

Kõrge vererõhk

Vererõhk on surve, mida avaldab veresoontes voolav veri veresoonte seintele. Vererõhu mõõtühik on millimeeter elavhõbedasammast (lühend mmHg). Vererõhk märgitakse kahe arvuna (nt 130/90 mmHg). Ülemine näit tähistab süstoolset vererõhku ehk vererõhku siis, kui süda pumpab verd kambrist välja ja tõmbub kokku. Alumine näit tähistab diastoolset vererõhku ehk vererõhku siis, kui süda on lõõgastumisfaasis. Täiskasvanu optimaalne vererõhk on $\geq 120/80$ mmHg.

Kõrgvererõhktõbi on enim levinud südame-veresoonkonna haigus. Kõrge vererõhk tekib siis, kui süda surub verd läbi ahenenud veresoonte suure jõuga, et varustada kudesid eluks vajaliku hapnikuga.

Kõrgvererõhu diagnoosimiseks peab vererõhunäit olema korduval mõõtmisel üle 140/90 mmHg. Püsivalt kõrge vererõhk kahjustab veresoonte seinu ja suurendab eri haiguste tekkeriske. On tähtis meeles pidada, et vananedes ei tohiks vererõhk tõusta: kõrge vererõhk on haiguslik igas vanuses.

Kõrgenenud vererõhku inimene sageli ei tunne, kuid mõnikord võib see põhjustada peavalu, pearinglust, tasakaaluhäireid, närvilisust, väsimust, kohinat kõrvus või südamekloppimist. Kõrge vererõhu pikaajalisel toimel kujunevad välja südame-, neeru-, aju- ja silmakahjustused. Tõsised ja eluohtlikud tagajärjed tekivad aastate pärast peamiselt neil, kes ei ole saanud õigel ajal regulaarset ja sobivat ravi.

Külastage alates 40. eluaastast oma perearsti või -õde vähemalt kord viie aasta jooksul nii vererõhu mõõtmiseks kui ka südame-veresoonkonna haiguste riski hindamiseks. Jälgige kindlasti oma vererõhku sagedamini:

- 1) kui Teie lähisugulastel on esinenud kõrgvererõhktõbe;
- 2) kui Teil on varem esinenud kõrgenenud vererõhku;
- 3) kui Teie varem mõõdetud vererõhuväärtused on olnud piiripealsed (130–139/85–89 mmHg).

⁴ DUDIT (ingl *drug use disorders identification test*) aitab hinnata, kui tõsine probleem võib sul olla narkootiliste ainete tarvitamisega. Tegu on esmase hinnanguga.

Rohkem infot:

„Täiskasvanute kõrgvererõhktõve patsiendijuhend“

Kehakaal

Ülekaalulistel inimestel suureneb keha liigse rasvasisalduse tõttu risk haigestuda näiteks teist tüüpi diabeeti, südame-veresoonkonna haigustesse, tugi-liikumiselundkonna haigustesse ja mõnda vähkkasvajasse. Terviseriskid suurenevad aste-astmelt rasvumise suurenemisega (vt tabel 3).

Kehamass suureneb, kui energiatasakaal on positiivne, mis tähendab seda, et päeva jooksul tarbitakse rohkem energiat, kui jõutakse ära kulutada. Kõige paremini aitab kaalu säilitada tasakaalustatud toitumine. Kuigi nii mõnigi dieet on kaalu langetamiseks tõhus, on soovitatav muuta tervislik toitumine pikaajaliseks harjumuseks.

Kehamassiindeks

Lihtsaim ja levinuim viis ülekaalu hindamiseks on kasutada kehamassiindeksit KMI (ingl *body mass index*, BMI). KMI on seotud üldise suremuse ja haigestumusega. Täiskasvanute madalaim suremus ja haigestumus langevad kokku KMI-ga, mille väärtus on 22–23. Ülekaalule vastab KMI ≥ 25 .

KMI arvutatakse järgmise valemiga:
$$KMI = \frac{\text{kehamass (kg)}}{[\text{kehapikkus (m)}]^2}$$

Tabel 3. Kehamassiindeks, ülekaalu ja rasvumisastme määrad ja terviseriskid 18–64-aastastel

| Kehamassiindeks | Kaalumäär | Kehamassist tulenev haigestumise risk |
|-----------------|-------------------|---------------------------------------|
| < 18,5 | Alakaal | Kergelt suurenenud |
| 18,5–24,9 | Normaalkaal | Vähene |
| 25,0–29,9 | Ülekaal | Kergelt suurenenud |
| 30,0–34,9 | Rasvumise 1. aste | Oluliselt suurenenud |
| 35,0–39,9 | Rasvumise 2. aste | Suur |
| $\geq 40,0$ | Rasvumise 3. aste | Eluohhtlikult suurenenud |

Vööümbermõõt

Rasvunud vöökoht näitab kaudselt kõhusisese rasva olemasolu ja vöökohta ümbermõõtu kasutatakse rasvumise määramiseks. Allolev tabel annab ülevaate vöökohta ümbermõõduga seotud riskitasemetest. Soovituslik vööümbermõõt on naistel kuni 88 cm ja meestel kuni 102 cm. Vöö- ja puusaümbermõõdude

omavaheline suhe (vööümbermõõt jagatud puusaümbermõõduga), mis on meestel üle 1 ja naistel üle 0,8, viitab rasvumisele.

Tabel 4. Vöökoha ümbermõõt (cm) ja metaboolsete häirete risk täiskasvanutel (18–64-aastastel)

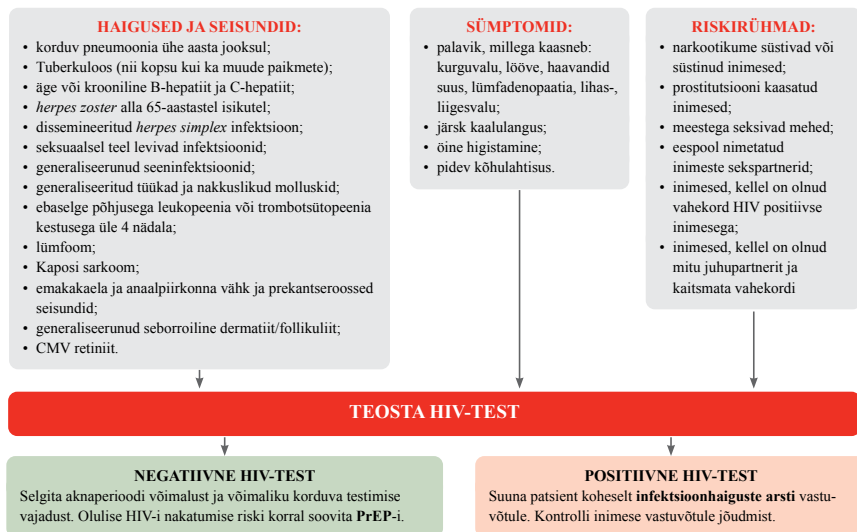
| Risk | Naised | Mehed |
|-------------------|---------------|--------------|
| Vähene | ≤ 79 | ≤ 93 |
| Suurenenud | 80–87 | 94–101 |
| Suur | ≥ 88 | ≥ 102 |

Südame-veresoonkonnahaiguste (SVH) riskiga inimeste ravieesmärgid

- Näiliselt tervetel väga suure SVH riskiga alla 70-aastastel inimestel peaks kaaluma LDL-kolesterooli eesmärkväärtuse seadmist < 1,4 mmol/l ja ≥ 50% LDL-kolesterooli taseme langust võrreldes algtasemega.
- Näiliselt tervetel suure SVH riskiga alla 70-aastastel inimestel peaks kaaluma LDL-kolesterooli eesmärkväärtuse seadmist < 1,8 mmol/l ja ≥ 50% LDL-kolesterooli taseme langust võrreldes algtasemega.
- Näiliselt tervetel väiksema SVH riskiga inimestel peaks LDL-kolesterool olema < 2,6 mmol/l.
- Kõikidel patsientidel on soovitatav esmane vererõhu (VR) ravieesmärk < 140/90 mmHg ning edasine VR-i ravieesmärkide sobitamine vanuse ja kaasuvate haiguste põhjal.
- Enamikul vererõhuravi saavatel 18–69-aastastel inimestel on lõpliku eesmärgina soovitatav süstoolse (nn ülemise) VR-i langetamine vahemikku 120–130 mmHg.
- Kõikidel vererõhuravi saavatel inimestel on soovitatav diastoolse (nn alumise) VR-i ravieesmärk < 80 mmHg.
- Eluviisimuutused on soovitatavad kõrge-normaalse (süstoolne VR 130–139 mmHg või diastoolne VR 85–89 mmHg) või sellest veel kõrgema vererõhuga inimestel.

Lisa 6. HIV-testimine HIV-i sümptomite, HIV-iga seotud seisundite ja haiguste või HIV-i riskikäitumise korral

Joonis pärineb HIV-testimise ravijuhendist (105).



Kasutatud kirjandus

1. Pruks L-L, Alloja J, Suurna M, Rätsep A, Laisaar K-T, Kiivet R, Jürisson M. Tervisekontrollid südame-veresoonkonnahaiguste ja diabeedi ennetuseks, TTH56. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2022.
2. Estonian Health Insurance Fund. Estonian Handbook of Guidelines Development 2020. Tallinn: Estonian Health Insurance Fund; 2021.
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*; 2021.
4. SCORE2 working group, ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*; 2021.
5. Ferraz-Amaro I, Corrales A, Atienza-Mateo B, et al. SCORE2 Assessment in the Calculation of Cardiovascular Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Diagnostics (Basel)*; 2021.
6. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*; 2020.
7. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J*; 2017.
8. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration, Baigent C, Blackwell L, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*; 2010.
9. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2013.
10. Sandwith L, Forget P. Statins in Healthy Adults: A Meta-Analysis. *Medicina*; 2021.
11. Chou R, Dana T, Blazina I, et al. Statins for Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*; 2016.
12. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, Mihaylova B, Emberson J, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people

- at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*; 2012.
13. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration, Fulcher J, O'Connell R, et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet*; 2015.
 14. Wang N, Fulcher J, Abey Suriya N, et al. Intensive LDL cholesterol-lowering treatment beyond current recommendations for the prevention of major vascular events: a systematic review and meta-analysis of randomised trials including 327 037 participants. *Lancet Diabetes Endocrinol*; 2020.
 15. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. Very low levels of atherogenic lipoproteins and the risk for cardiovascular events: a meta-analysis of statin trials. *J Am Coll Cardiol*; 2014.
 16. Vallejo-Vaz AJ, Robertson M, Catapano AL. Low-density lipoprotein cholesterol lowering for the primary prevention of cardiovascular disease among men with primary elevations of low-density lipoprotein cholesterol levels of 190 mg/dL or above: analyses from the WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study) 5-year randomized trial and 20-year observational follow-up. *Circulation*; 2017.
 17. Ravijuhendite nõukoda. Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil, RJ-I/1.2-2019. 2019.
 18. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*; 2009.
 19. Mills EJ, Rachlis B, Wu P, et al. Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments: a network metaanalysis involving more than 65,000 patients. 52; 2008.
 20. Tervise Arengu Instituut. Diabeedi esmashaigestumus on Eestis langustrendis. *Uudised*; 2021.
 21. Hoyer A, Rathmann W, Kuss O. Utility of HbA1c and fasting plasma glucose for screening of Type 2 diabetes: a meta-analysis of full ROC curves. *Diabet Med*; 2018.
 22. Chivese T, Hirst J, Matizandzo JT, et al. The diagnostic accuracy of HbA1c, compared to the oral glucose tolerance test, for screening for type 2 diabetes mellitus in Africa-A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med.*; 2022.

23. Kodama S, Horikawa C, Fujihara K, et al. Use of high-normal levels of haemoglobin A(1C) and fasting plasma glucose for diabetes screening and for prediction: a meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev*; 2013.
24. Kaur G, Lakshmi PVM, Rastogi A, et al. Diagnostic accuracy of tests for type 2 diabetes and prediabetes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*; 2020.
25. Barry E, Roberts S, Oke J, et al. Efficacy and effectiveness of screen and treat policies in prevention of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of screening tests and interventions. *BMJ*; 2017.
26. Lee CMY, Colagiuri S, Woodward M, et al. Comparing different definitions of prediabetes with subsequent risk of diabetes: an individual participant data meta-analysis involving 76 513 individuals and 8208 cases of incident diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*; 2019.
27. Bennett CM, Guo M, Dharmage SC. HbA(1c) as a screening tool for detection of Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabet Med*; 2007.
28. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. *Diabetes Care*; 2021.
29. 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. Ravijuhend. RJ-E/51.1-2021. Eesti Haigekassa; 2021.
30. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, PK10: Pahaloomuliste kasvajate esmasjuhud paikme, soo ja vanuserühma järgi, kasutatud 10.02.2023.
31. Tervise Arengu Instituut. ervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, SD21: Surmad põhjuse, soo ja vanuserühma järgi, kasutatud 10.02.2023.
32. Jürisson M, Alloja J, Punab M, et al. Organiseeritud sõeluuring esnäärmevähi varaseks diagnoosimiseks Eestis: tervisetehnoloogia hindamise raport TTH26. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2017.
33. Veskimäe P, Žarkovski M, Kivi M, Kiivet R. Eesnäärmevähi varane avastamine. TTH49. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2020.
34. RACGP. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edn. East Melbourne, Vic; 2016.
35. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*; 2018.
36. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Prostate Cancer Early Detection. Version 2.2021. 2021.

37. Tikkinen KAO, Dahm P, Lytvyn L, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline. *BMJ*; 2018.
38. Mottet N, Cornford P, van den Bergh RCN, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. EAU; 2021.
39. Punab M, Takker U, Palts K, et al. Meeste kusemishäirete käsitlus- ja ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst*; 2011.
40. Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*; 2018.
41. 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.
42. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA*; 2018.
43. Pinsky PF, Miller E, Prorok P, et al. Extended follow-up for prostate cancer incidence and mortality among participants in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian randomized cancer screening trial. *BJU Int*; 2019.
44. Pashen U, Sturtz S, Fleer D, et al. Assessment of prostate-specific antigen screening: an evidence-based report by the German Institute for Quality and Efficiency in Health Care. *BJU Int*; 2022.
45. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, et al. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013.
46. Randazzo M, Müller A, Carlsson S, et al. A positive family history as a risk factor for prostate cancer in a population-based study with organised prostate-specific antigen screening: results of the Swiss European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC, Aarau). *BJU Int*; 2016.
47. Barber L, Gerke T, Markt SC, et al. Family history of breast or prostate cancer and prostate cancer risk. *Clin Cancer Res*; 2018.
48. Beebe-Dimmer JL, Kapron AL, Fraser AM, et al. Risk of Prostate Cancer Associated With Familial and Hereditary Cancer Syndromes. *J Clin Oncol*; 2020.
49. Urabe F, Kimura S, Yamamoto S, et al. Impact of family history on oncological outcomes in primary therapy for localized prostate cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Prostate Cancer Prostatic Dis*; 2021.
50. Zeegers MPA, Jellema A, Ostrer H. Empiric risk of prostate carcinoma for relatives of patients with prostate carcinoma: a meta-analysis. *Cancer*; 2003.

51. Ren ZJ, Cao DH, Zhang Q, et al. First-degree family history of breast cancer is associated with prostate cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*; 2019.
52. Miller EA, Pinsky PF, Black A, et al. Secondary prostate cancer screening outcomes by race in the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Screening Trial. *Prostate*; 2018.
53. Crosswell JM, Kramer BS, Kreimer AR, et al. Cumulative Incidence of False-Positive Results in Repeated, Multimodal Cancer Screening. *Ann Fam Med*; 2009.
54. Kilpeläinen TP, Tammela TL, Roobol M, et al. False-positive screening results in the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur J Cancer*; 2011.
55. Vernooij RWM, Lytvyn L, Pardo-Hernandez H, et al. Values and preferences of men for undergoing prostate-specific antigen screening for prostate cancer: a systematic review. *BMJ Open*; 2018.
56. USPSTF. Screening for Primary Open-Angle Glaucoma: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*; 2022.
57. AAO. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern. 2020.
58. Chou R, Selph S, Blazina I, et al. Screening for Glaucoma in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*; 2022.
59. Swamy B, Cumming RG, Ivers R, et al. Vision screening for frail older people: a randomized trial. *Br J Ophthalmol*; 2009.
60. Hollands H, Johnson D, Hollands S, et al. Do findings on routine examination identify patients at risk for primary open-angle glaucoma? The rational clinical examination systematic review. *JAMA*; 2013.
61. SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures. *SIGN*; 2021.
62. USPSTF. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*; 2018.
63. Viswanathan M, Reddy S, Berkman N, et al. Screening to Prevent Osteoporotic Fractures: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*; 2018.
64. Shepstone L, Lenaghan E, Cooper C, et al. SCOOP Study Team. Screening in the community to reduce fractures in older women (SCOOP): a randomized controlled trial. *Lancet*; 2017.

65. Hippisley-Cox J, Coupland C. Predicting risk of osteoporotic fracture in men and women in England and Wales: prospective derivation and validation of QfractureScores. *BMJ*; 2009.
66. Drake MT, Murad MH, Mauck KF, et al. Clinical review. Risk factors for low bone mass-related fractures in men: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*; 2012.
67. Anagnostis P, Siolos P, Gkekas NK, et al. Association between age at menopause and fracture risk: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. Endocrine; 2019.
68. Kanis JA, Johansson H, Oden A, et al. A family history of fracture and fracture risk: a meta-analysis. *Bone*; 2004.
69. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, et al. A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Bone*; 2004.
70. Hippisley-Cox J, Coupland C. Derivation and validation of updated Qfracture algorithm to predict risk of osteoporotic fracture in primary care in the United Kingdom: prospective open cohort study. *BMJ*; 2012.
71. Bow CH, Cheung E, Cheung CL, et al. Ethnic difference of clinical vertebral fracture risk. *Osteoporos Int*; 2012.
72. Mortensen SJ, Mohamadi A, Wright CL, et al. Medications as a Risk Factor for Fragility Hip Fractures: A Systematic Review and Meta-analysis. *Calcif Tissue Int*; 2020.
73. Mortensen SJ, Beeram I, Florance J, et al. Modifiable lifestyle factors associated with fragility hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *J Bone Miner Metab*; 2021.
74. Godos J, Giampieri F, Chisari E, et al. Alcohol Consumption, Bone Mineral Density, and Risk of Osteoporotic Fractures: A Dose-Response Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*; 2022.
75. Cheraghi Z, Doosti-Irani A, Almasi-Hashiani A, et al. The effect of alcohol on osteoporosis: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*; 2019.
76. 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.
77. Pitsi T, Zilmer M, Vaask S, et al. Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015. Tervise Arengu Instituut; 2017.

78. Yao P, Bennett D, Mafham M, et al. Vitamin D and Calcium for the Prevention of Fracture: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*; 2019.
79. Zheng Y, Zhu J, Zhou M, et al. Meta-analysis of long-term vitamin D supplementation on overall mortality. *PloS One*; 2013.
80. Zhao JG, Zeng XT, Wang J, Liu L. Association Between Calcium or Vitamin D Supplementation and Fracture Incidence in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*; 2017.
81. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D, et al. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. *Cochrane Database Syst Rev*; 2014.
82. Li S, Xi C, Li L, et al. Comparisons of different vitamin D supplementation for prevention of osteoporotic fractures: a Bayesian network meta-analysis and meta-regression of randomised controlled trials. *Int J Food Sci Nutr*; 2021.
83. Kahwati LC, Weber RP, Pan H, et al. Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*; 2018.
84. Kahwati LC, LeBlanc E, Weber RP, et al. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*; 2021.
85. Cashman KD, Ritz C, Kiely M, Odin Collaborators. Improved Dietary Guidelines for Vitamin D: Application of Individual Participant Data (IPD)-Level Meta-Regression Analyses. *Nutrients*; 2017.
86. NICE. Vitamin D: supplement use in specific population groups. 2014.
87. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
88. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervisekäitumine ja tervis.
89. Jackson JL, Machen JL. From the Editors' Desk: The Importance of Screening for Depression in Primary Care. *J gen intern med*; 2020.
90. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaros H. Screening for depression in primary care. *Family Practice*; 2006.
91. Tsoi KK, Chan JY, Hirai HW, Wong SY. Comparison of diagnostic performance of Two-Question Screen and 15 depression screening instruments for older adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*; 2017.

92. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract*; 2007.
93. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al. Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open*; 2015.
94. Levis B, Sun Y, He C, et al. Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*; 2020.
95. Manea L, Gilbody S, Hewitt C, et al. Identifying depression with the PHQ-2: A diagnostic meta-analysis. *J Affect Disord*; 2016.
96. El-Den S, Chen TF, Gan YL, et al. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *J Affect Disord*; 2018.
97. Wu Y, Levis B, Sun Y, et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ*; 2021.
98. He C, Levis B, Riehm KE, et al. The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. *Psychother Psychosom*; 2020.
99. Moriarty AS, Gilbody S, McMillan D, Manea L. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*; 2015.
100. Park SH, Lee H. Is the center for epidemiologic studies depression scale as useful as the geriatric depression scale in screening for late-life depression? A systematic review. *J Affect Disord*; 2021.
101. Negeri ZF, Levis B, Sun Y, et al. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ*; 2021.
102. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*; 2016.
103. Nelson HD, Cantor A, Pappas M, Weeks C. Screening for Anxiety in Adolescent and Adult Women: A Systematic Review for the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med*; 2020.

104. Mughal AY, Devadas J, Ardman E, et al. A systematic review of validated screening tools for anxiety disorders and PTSD in low to middle income countries. *BMC Psychiatry*; 2020.
105. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, et al. Depressiooni ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst*; 2011.
106. Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis. Ravijuhend. RJ-F/2.2-2020. Eesti Haigekassa; 2021.
107. HIV-testimise ravijuhend. Eesti Haigekassa; 2021.