

REUMATOLOOGIA ERIALA ARENGUKAVA.

1. Eriala kirjeldus.

1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon.

Reumatoloogia on eriala, mis tegeleb luu-liigessüsteemi valulike ning funktsionaalsete häiretega kulgevate haiguste diagnoosimise ja raviga, st. sidekoe ja lokomotoorse aparraadi kui ka ümbritsevate pehmete kudede probleemidega:

1. Luu-liigessüsteemi põletikulised haigused;
2. Veresoonte ja sidekoehaigused;
3. Selja ja liigeste degeneratiivsed haigused;
4. Metaboolsed haigused, mis avalduvad tugiaparaadi kahjustuses.

Seega on reumatoloogia eriala, mis haarab enda alla sisemeditsiini, ortopeedia, neuroloogia ja neurokirurgia, rehabilitatsiooni jne. *Union Europeenne des Mediciens Spetsialistes (UEMS)*.

Reumatoloog peab tundma loetletud haiguste etioloogiat, patogeneesi ja ravi.

Reumatoloog peab valdama kliinilisi diagnostilisi ja medikamentoosse ja füüsilise ravi meetodeid, ortopeedilisi meetmeid, ergonoomilist, kutse- ja psühhosotsiaalset hooldust.

Reumatoloog peab olema tuttav reumaatiliste haiguste prognoosi, profülaktika ja sotsiaal-majanduslike probleemidega.

Reumatoloogia on sisemeditsiini valdkonda kuuluv eriala, mis tegeleb süsteemse ja lokaalse sidekoe kahjustusega kulgevate haiguste diagnoosimise, ravi ja profülaktikaga.

Lastereumatoloogia on eriala, mis tegeleb antud probleemidaga lastel. Eestis on olnud tavaks käsitleda lastereumatoloogiat kui pediaatria osa.

1.2 Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus põhidiagnoosi, vanuselise ja soolise struktuuri alusel.

Eestis on reumaatilised haigused üldhaigestumise struktuuris kolmandal kohal südame- ja veresoonkonna haiguste ning kopsuhaiguste järel. Nad on sageli kroonilise progresseeruva kuluga invaliidistumist põhjustavad haigused, olles ühiskonnale suureks majanduslikuks kuluallikaks.

Esmane haigestumus lihaskonna- ja sidekoe haigustesse Eestis 1992–1999 on nii laste kui ka täiskasvanute osas aasta aastalt pidevalt kasvanud.

Infektsioossed e. nakkuslikud artropaatiad (M00–M03).

M00 Püogeenne e. mädane artriit.

Kuna Eestis puudub haigestumise kohta tõepärane statistika, on võrreldavate geograafiliste tingimuste tõttu aluseks võetud Põhjamaade statistilised andmed. Ägedate infektsioosete artriitide sagedus on 10 juhtu 100.000 elaniku kohta aastas. Uute kroonilise posttraumaatilise, postoperatiivse ja hematogeense etioloogiaga osteomüeliidi juhtude arv aastas on 15–30/100.000 elaniku kohta.

M01 Otsene liigesnakkus MK nakkus- ja parasiithaiguste korral.

1. Gonokokiline artriit - haigestumise maksimum on 18-35 aastased, mehed ja naised enam-vähem võrdse sagedusega.
2. Tuberkuloosne artriit - luu- ja liigeskahjustused M. tuberculosis infektsiooni korral moodustavad 10% ekstrapulmonaalse tuberkuloosi juhtudest, s.o. umbes 2% kõikidest uutest haigestumise juhtudest. Mehed haigestuvad 2 korda sagedamini kui naised.
3. Lyme` artriit - Eestis esineb borrelioosi haigestumise kõrgaeg suvel puukide aktiivsuspäriodil. Haigestuvad võrdselt mehed ja naised, sagedamini lapsed ja noorukid. Artriit tekib 60 – 80%-l haigestunutest.
4. Viiruslik artriit - sageli kaasneb artriit koos teiste reumaatiliste manifestatsioonidega järgmiste viirusnakkuste korral: B- ja C-hepatiit (10–30% juhtudest), parvoviirus B19, punetised, A-grupi arboviirused, mumps, rõuged.
5. HIV-viirus ja reumaatilised manifestatsioonid - epidemioloogiline situatsioon Eestis on viimastel aastatel oluliselt halvenenud, haigestumine HIV-i tõusnud. Arvestuste kohaselt (300-l HIV-haigel Clevelandi kliinikus, USA) on reumaatiliste sümptomite esinemissagedus järgmine : artriit 8%-l, müosiit 5%-l, süsteemne sidekoe haigus 2%-l.

M02 Reaktiivsed artropaatiad

Toetudes Soome epidemioloogilistele andmetele on entero- või uroartriidi esinemissagedus 30/100.000 täiskasvanu kohta aastas, seronegatiivse oligoartriidi (arvatavalt sageli reaktiivse artriidi) esinemissagedus 40/100.000 kohta aastas.

Reaktiivsesse artriiti haigestuvad mehed ja naised võrdse sagedusega, haigestumise maksimum on noores täiskasvanueas (20–40. eluaastal), harvemini haigestuvad lapsed ja vanemaealised inimesed.

Reaktiivsetest artriitidest 40% on urogenitaalse ja 20% entero-etoloogilise geneesiga.

Põletikulised artropaatiad (M05–M14).**M05 Seropositiivne reumatoidartriit.****M06 Muud reumatoidartriidid.**

Haigestumuse sagedus aastas on 0,1–0,2/1000 meestel ja 0,2–0,4/1000 naistel, järelkult on meeste ja naiste haigestumuse suhe ligikaudu 1:3.

Ülemaailmselt on haigestumuse sagedus populatsioonis sõltuvalt geograafilistest tingimustest ja rassilistest ning geneetilistest erinevustest 0,5–2%.

Eestis põeb dr. A. Vapra andmetel RA-d 1% elanikkonnast, seega Eestis võiks olla kokku 15 000 RA haiget.

1999.a. registreeriti Eestis 1652 reumatoidartriidi M05–M06 esmahaigusjuhtu.

Haigestuvad peamiselt nooremad ja keskealised inimesed, enamasti vanuses 20–50 eluaastat. Kõikides vanuserühmades on naiste haigestumine võrreldes meestega kõrgem: 3-4 naist 1 mehe kohta, olles kõrgeim alla 50-aastaste naiste vanuserühmas.

M07 Psoriaatilised ja enteropaatilised artropaatiad.

1. Psoriaasi esinemissagedus Eesti populatsioonis on umbes 12% elanikkonnast. Psoriaatilist artriiti tekib keskmiselt 10-40%-l psoriaasi haigestunutest. Täpsed andmed psoriaatilise artriidi esinemissageduse kohta populatsioonis puuduvad nii teistes riikides kui ka Eestis, erinevatel andmetel on see 20-100/100.000. Kui psoriaasi haigestumise maksimum on 5-15. eluaasta vahel, siis psoriaatilise artriidi tekkimise maksimum on tunduvalt hilisemas eas: sarnaselt reumatoidartriidile 20–50. eluaasta vahel. Üldiselt haigestuvad mehed ja naised võrdse sagedusega, kusjuures naistel esineb sagedamini sümmeetrilist perifeerset polüartriiti, meestel aga lülisamba haaratust.
2. Enteropaatilised artropaatiad - haavandilise koliidi esinemissagedus on 50-100/100.000 elaniku kohta ja Crohni tõve sagedus on 75/100.000 kohta. Põletikuliste soolehaiguste korral on artriidid kõige sagedamini esinevad ekstraintestinaalsed manifestatsioonid, nad tekivad 2-20%-l haigestunutest. Mehed haigestuvad naistest 3 korda sagedamini. Vanuselisel on haigestumise spekter küllalt lai, haigestumine esineb nii lapse-, nooruki kui ka täiskasvanueas, suuremas osas siiski nooremas keskeas.

M08 Juveniilne e. noorteartriit.

Haigestumise ja esinemissageduse kohta on andmed erinevate uuringute alusel siiani erinevad, keskmiseks haigestumiseks pakutakse 9,2-25/100.000 ja esinemissageduseks 12-113/100.000.

Eristatakse kolme haiguse kuluvarianti:

- oligoartikulaarne juveniilne artriit - umbes 55-75% juhtudest;
- polüartikulaarne juveniilne artriit - umbes 15-25% juhtudest;
- süsteemse algusega e. Stilli tõbi - umbes 10-20% juhtudest.

M10 Podagra.

Erinevate epidemioloogiliste uuringute andmetel esineb podagrat kuni 2%-l täiskasvanud elanikkonnast, sealjuures 55-64 aastaste meeste seas 4,3-6,1%. Haigestumise maksimum on meestel vanuses 40-50 aastat. Sooline haigestumise suhe on 2-7 meest 1 naise kohta.

Esinemissagedus: meestel 5-28/1000 ja naistel 1-6/1000.

Haigestumine aastas: meestel 1-3/1000 ja naistel 0,2/1000.

M15–M19 Artroosid.

Osteoartroos(OA) on kõige levinum liigesehaigus. Üldpopulatsioonis on artroosi haigestumist umbes 10-20%, kusjuures haigestumise kasv on kindlalt seotud vanuse suurenemisega: 50–60 aasta vanuses on haigeid 27%, 60–69 a 50%, üle 70 aastastel on haigeid 80–90%.

Haigestumist käsitlevate uuringute andmetel on sümptomaatilise OA tekkimise sagedus naistel suurem võrreldes meestega, eriti pärast 50-ndat eluaastat, haigestumine ühtlustub pärast 80-ndat eluaastat.

Haigestumise sagedus kõikides arenenud riikides on aasta-aastalt olulise tõusutendentsiga, mida põhjendatakse keskmise eluea kasvu ja vanemaealiste inimeste osakaalu suurenemisega elanikkonna vanuselises struktuuris.

Statistikaameti andmetel elas seisuga 01.01.1999.a. Eestis 90 697 naist vanuses 50–59 a, 91 579 naist vanuses 60–69 a ja 66 587 naist vanuses 70–79.a. Toetudes OA epidemioloogiale peaks nende seas olema vastavalt vanusegruppidele 24 561, 45 789 ja 53 269 ehk kokku 123 619 OA haiget.

Sotsiaalministeeriumi andmetel registreeriti 1999. aastal 13 326 uut haigusjuhtu.

Süsteemsed sidekoe haigusseisundid (M30–M36).**M32 Süsteemne erütematoosne luupus.**

Haigestumine Skandinaavia maades on 4,8/100 000 kohta aastas. 90% haigestunutest on reproduktiivses eas noored naised. Luupust põeb üldse 0,05% elanikkonnast.

M33 Dermatopolümüosiit.

Esmahaigestumus on 0,5/100 000 kohta aastas, üldine haigestumine on 8/100 000 elaniku kohta. Haigus esineb naistel 2 korda sagedamini kui meestel. Sagedamini haigestuvad lapsed umbes 15-aasta vanuses ja täiskasvanud 50-60-ndates eluaastates.

M34 Süsteemne skleroos.

Üldine levik on 10/100 000 elaniku kohta. Naised haigestuvad 3-7 korda sagedamini kui mehed, maksimaalne haigestumine esineb 30-50-ndal eluaastal.

M35 Sidekoe muu süsteemne kahjustus.

Levikut ei ole uuritud, 80% haigestunutest on noored ja keskealised naised.

Spondülopaatiad e. lülihaigused (M45–M49).

M45 Anküloseeriv spondüliit.

Anküloseeriva spondüliidi levik eri maades on 0,5-2%. Eestis vastavad epidemioloogilised uuringud puuduvad, kuid arvestuslikult on Eestis 1500 anküloseeriva spondüliidi haiget. Kokku on põletikulisi spondülopaatiad (M45-M49) kuni 1% elanikkonnast.

Haigus areneb kõige sagedamini 15-30 aastastel noortel meestel, meeste ja naiste suhe on 5:1-9:1. Meestel kulgeb haigus raskemalt, naistel aga sageli atüüpiliselt ja võib jääda diagnoosimata.

Luu tiheduse ja struktuuri kahjustused (M80–M85).

M80 Patoloogilise murruga osteoporoos.

Osteoporoosi uurimine ja diagnoosimine on Eestis oluliselt arenenud alates 1998. aastast, mil muutus kättesaadavaks haiguse tänapäevane diagnostika luu densitomeetri abil Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Tallinna Keskhaiglas, Pärnus alates 2000.a.

Üldiselt on teada, et naised haigestuvad 3-4 korda sagedamini kui mehed.

Kõrgenenud risk lülisamba osteoporootilise murru tekkeks on üle 50-aastastel naistel 32%; reieluukaela murru tekkeks naistel 16% ja meestel 5%; raadiuse distaalse osa murruks naistel 15% ja meestel 2%.

Tallinna Keskhaigla ja SA TÜK Sisekliiniku osteoporoosi kabinettides diagnoositi 1999.a. osteoporoos ca 1/3-l ning osteopeenia samuti 1/3-l uuritustest, 1/3-l läbi vaadatud inimestest oli uuritava piirkonna luutihedus normaalne.

Osteoporoosi tekkimise tõenäosus ja selle raskus on palju suurem teatud riskigruppidel:

- Kõik krooniliste põletikuliste reumaatiliste haigustega patsiendid;
- Kõik glükokortikosteroidravimeid saavad patsiendid;
- Kroonilisi maksahaigusi ja soolepõletikke põdevad patsiendid, neerupealise puudulikkusega haiged, munasarjade talitlushäiretega naised jt.

Äge reuma (I00–I02).

100 Äge reuma südamekahjustust mainimata.

101 Äge reuma südamekahjustusega.

102 Reumaatiline korea.

Reuma on levinud kõigis kliimaatilistes piirkondades, esmane reumasse haigestumine on otseselt seotud sotsiaalmajandusliku arengutasemega. Arenenud riikides on esmasesse reumasse haigestumise juhte <5/100 000 elaniku kohta.

Eestis oli 1999.a. ägeda reuma esmaseid haigusjuhte 279, s.h. lastel 30. Järelikult on esmane haigestumine 19/100 000 elaniku kohta aastas. Kuigi haigestumus on endiselt kõrge, on viimasel kolmel aastal tendents haigjuhtude arvu langusele.

Esmane haigestumine on põhiliselt lapse- ja noorukieas (8-20 aasta vanuses), retsidiivid on võimalikud ka keskeas. Naised haigestuvad sagedamini kui mehed, naiste-meeste suhe on 3:1.

Kroonilised reumaatilised südamehaigused (I05–I09).

Esmaseid haigusjuhte registreeriti Eestis 1999. aastal 598, s.h. lastel 13, järelikult oli esmane haigestumus 41/100 000 elaniku kohta aastas.

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1 Olukorra analüüs.

2000-2010. a. on "LUUDE JA LIIGESTE DEKAAD", WHO egiidi all ühinevad selle liikumisega nii valitsused oma rahvuslike projektidega kui erinevate erialade arstide institutsioonid.

Registreeritud esmaste haigusjuhtude arv tervishoiuasutusse pöördumiste alusel 100 000 mehe/naise kohta									
	Tervishoiuasutuse asukoht	Kõik esmashaigusjuhud			Muutus, %	Lihaskonna ja sidekoe haigused			
		Mehed	Naised	KOKKU		Mehed	Naised	KOKKU	Muutus, %
1997	Eesti	93 644,0	107 469,3	201 113		5 752,8	7 335,7	13 089	
1998	Eesti	114 354,6	225 114,6	339 469	69%	7 435,4	5 234,2	12 670	-3%
1999	Eesti	104 803,6	125 000,8	229 804	-32%	7 180,0	9 431,5	16 611	31%

Analüüs näitab, et registreeritud esmaste haigusjuhtude arv pöördumiste alusel 100 000 elaniku kohta on plahvatuslikult tõusnud 1999.a. Kui kõigi esmashaigusjuhtude arv langes ligi 1/3, siis lihaskonna ja sidekoehaigustega haigete pöördumiste arv kasvas 31%. Selline pöördumiste arvu tõus viitab reumaatiliste vaevuste sagenemisele elanikkonna hulgas ja vajab eraldi analüüsi.

Kui kõikide pöördumiste arv riigis (v.a. pahaloomulised kasvaja) 1998-1999.a. kasvas vaid 1%, siis reumaatilise haiguse diagnoosiga (RHK M00-M99) inimeste hulk tõusis summaarselt 12%. Olulisim oli tõus reumatoidartriidi (M05-06) 17%, osteoartriosi (M15-19) 19% ja süsteemsete sidekoehaiguste osas 17%. Kui artriosihaigete pöördumise sagenemist võib seletada vanemaalaste töövõimaluste vähenemisega, siis reumatoidartriidi ja süsteemsete sidekoehaigustega haigete arvu kasv on märgiks reumaatiliste põletikuliste haiguste sagenemisest Eestis, mis võib viia vaegurluse kiirele kasvule keskealise kontingendi hulgas.

Reumaatiliste haigustele on iseloomulik kaudsete kulutuste suur ülekaal otsete kulutustega võrreldes. Preventsioon, diagnoosimine ravi ja jälgimine ei ole kulutustelt võrreldavad haigete elukvaliteedi langusest, produktiivsuse kaost tingitud kaudsete kuludega. Rootsi uurijate andmetel on lihas- ja skeletisüsteemi haiguste korral tekkivad kaod (opportunity cost of illness) näiteks invaliidisuse korral 48% kogu kuludest, ülejäänud haiguste korral summaarselt vaid 23%. (*B.Lindgren The economic impact of musculoskeletal disorders. Acta Orthop.Scandi. 1998,281,69:58-60*).

Viimase kolme aasta tendentsid viitavad vajadusele tõsta lihaskonna ja sidekoehaigustega haigete probleemide lahendamine riikliku programmi tasemele.

Reumaatilised haigused on laialt levinud kogu maailmas, olenemata geograafilistest ja kliimatilistest tsoonidest. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel kannatab 16–23% üle 15 aasta vanusest elanikkonnast mingi reumaatilise haiguse all. Nad põhjustavad sageli invaliidistumist ja on suur majanduslik kulu ühiskonnale. Esmase haigestumus lihaskonna ja sidekoehaigustesse Eestis 1992-1999 on toodud tabelis 1. Nii laste kui ka täiskasvanute osas on haigestumine pidevalt kasvanud.

Tabel 1. Esmase haigestumus lihaskonna ja sidekoehaigustesse Eestis 1992-1999								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
100 000 elaniku kohta	3689,3	4005,5	4903,4	5691,9	6317,7	6598,9	7262,4	8120,1
100 000 lapse kohta	1741,2	2573,4	3490,4	4200,6	3972,7	4646,2	5134,3	5194,3

Suurenenud on aasta-aastalt ka reumaatilistest haigustest tingitud esmane vaegurlus Tabel 2, kusjuures invaliidistuvad enamasti noored ja keskealised inimesed, tuues sellega tohutut majanduslikku kahju.

Tabel 2. Reumaatilistest haigustest tingitud esmane vaegurlus.									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Haigete arv	696	726	917	801	634	943	1007	1188	1446

Ülevaade osteoartriosist, reumatoidartriidist, anküloseerivast spondüliidist ja süsteemsetest sidekoe haigusseisunditest Eestis.

Tabel 3. Registreeritud esmashaigusjuhud, 1997-1999									
	Lihaskonna ja sidekoe haigused		Reumatoidartriit		Artriosid		Süsteemsed sidekoe haigusseisundid		
	M00-M99		M05-M06		M15-M19		M30-M36		
	Kokku	sh lapsed	Kokku	sh lapsed	Kokku	sh lapsed	Kokku	sh lapsed	
1997	96211	13198	1459	36	11502	55	184	8	

1998	107 792	14 345	1 410	33	11 196	51	211	10
1999	120 928	14 514	1 652	22	13 326	64	258	22

Kirjanduse andmeil esineb OA 10-12% täiskasvanud elanikkonnast. OA haigestumine kasvab vanusega: 50-60 a. vanuses on haigeid 27%, 60-69 a 50% üle 70 a. vanuses 80–90% (88,89). Statistikaameti andmetel elas seisuga 01.01.1999 Eestis 90 697 naist vanuses 50-59 a., 91 579 naist vanuses 60-69 a. ja 66 587 naist vanuses 70-79 a. Tuginedes OA epidemioloogial, peaks nende seas olema vastavalt vanusegruppidele 24 561, 45 789 ja 53 269 ehk kokku 123 619 OA haiget. Sotsiaalministeeriumi andmetel (vt. Tabel 3.) registreeriti aastal 1999 13 326 uut haigusjuhtu (82).

Reumatoidartriiti (RA) esineb 1% elanikkonnast, seega Eestis võiks olla kokku 15 000 RA haiget. Aastal 1999 registreeriti Eestis 1652 reumatoidartriidi (M05-M06) esmashaigusjuhtu (82). Kui selline tendents jätkub aastal 2001, siis uute diagnoositud patsientide arv oleks keskmiselt 1500.

Anküloseeriva spondüliidi (AS) levimus on umbes 1 juht 1000 elaniku kohta (88). Meeste ja naiste vahekord on 1:5. Tõenäoliselt peaks Eestis olema 1500 AS haiget. Kokku on põletikulise spondülopaatia (M45-49) haigeid ligi 1% elanikkonnast.

Need andmed näitavad kui oluliseks probleemiks on muutunud meie riigis reumaatilised haigused. See probleem on nii sotsiaalne kui ka materiaalne, kuna riik on sunnitud kompenseerima haigetele töövõimetusega seotud kulud, nende ambulatoorse ja statsionaarse ravi, rehabilitatsiooni. Siia juurde kuulub ka ravimite kõrvaltoimetest tingitud otsesed ja kaudsed kulutused.

2.1.1. Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel.

Registreeritud esmaste haigusjuhtude arv 100 000 elaniku kohta eri maakondades 1999				
	M02	M05, M06, M08	M15 - M19	M30 - M36
Harjumaa	56,8	93,6	770,0	18,8
s.h. Tallinn	64,3	87,2	826,8	20,5
Hiiumaa	160,0	660,0	1600,0	130,0
Ida-Virumaa	177,5	78,9	1512,1	11,8
Jõgevamaa	65,0	117,5	1114,6	12,2
Järvamaa	32,6	134,8	727,9	27,9
Läänemaa	6,45	103,2	825,8	9,7
Lääne-Virumaa	21,0	125,3	524,0	6,6
Põlvamaa	45,7	148,6	1171,4	8,57
Pärnumaa	35,0	80,0	739,0	21,0
Raplamaa	77,5	340,0	1222,5	27,5
Saaremaa	107,5	130,0	995,0	125,0
Tartumaa	68,4	52,6	876,0	22,6
Valgamaa	44,7	157,8	755,3	13,2
Viljandimaa	40,0	253,2	740,3	12,9
Võrumaa	60,5	226,3	1627,9	25,5

Antud tabelist nähtub, et registreeritud esmaste haigusjuhtude arvud 100 000 elanikkonna kohta erinevate diagnoosi koodide järgi on võrreldavad vaid Harjumaa ja Tartumaa andmed.

	M02	M05-M06	M15-19	M30-36
Tallinn	64,3	87,8	826,8	20,5
Tartumaa	68,6	52,6	876,0	22,6

Teistes maakondades on statistiliste näitajate kõikumised ebareaalselt suured, mis võib viidata ka reumatoloogilise diagnostika vigadele, kuid tõenäolisemalt peegeldab sotsiaalset situatsiooni: tööhõive vähenemine toob kaasa surve vaegurluse taotlemisele.

Reumaatiliste haiguste dünaamika kahe viimase aasta jooksul 1998 ja 1999 a. andmete alusel.

	1998 a.	1999 a.
M00-M99	93447	120928
M02	747	741

M05-M06	1377	1652
M08 lapsed/täiskasv.	56/78	240/165
M15-M19	11145	13326
M30-M36	211/10	258/22

Reaktiivsete artropaatiate arv on viimastel aastatel stabiliseerunud, kuid oluliselt on tõusnud 1998[1999a. tõsise prognoosiga kroonilise kuluga haiguste arv.

2.1.2 Tervishoiuteenuse jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.

Esmase reumaatilise haiguse kahtlusel teeb perearst analüüsid ja vajadusel radioloogilised uuringud suunates reumaatilise haige kas koheselt reumatoloogia osakonda, maakonna reumatoloogi konsultatsioonile või maakonna haigla siseosakonda.

Perearst ravib konservatiivselt artroosahaigeid. Vajalik on perearsti täiendav reumatoloogiline koolitus, et ta oleks pädev tegema pikaajase baasravi monitooringut kohapeal (regulaarsed analüüsid, seisundi adekvaatne hindamine).

Ambulatoorne haige reumatoloogia erialal:

Ambulatoorse reumaatilise haige aktsepteeritavaks maksimaalseks ooteajaks on 1 kuu.

Erakorraline haige reumatoloogias:

Vastavalt tervishoiukorralduse seadusele loetakse erakorraliseks haiget, kelle hospitaliseerimise hilinemine võib põhjustada patsiendi surma või püsiva terviserikke. Reumatoloogias kuuluvad sellese gruppi järgmised haigusseisundid.

- **Äge artriit** - vajalik kiire korrektne diagnoosimine ja ravi.
 - reumatoidartriit – immuunomoduleeriva ravi valik;
 - reaktiivne artriit – vallandava infektsiooni diagnostika, ravi;
 - septiline artriit – tekitaja identifitseerimine, ravi;
 - ägeda spondüliidiga haiged.
- **Süsteemsed sidekoe haigused** - esmased või ägenemise faasis, organfunktsiooni(de) puudulikkuse tekke või süvenemise korral:
 - süsteemne erütematoosne luupus;
 - polümüosiit;
 - süsteemse sidekoehaiguse segavorm.
- **Süsteemse vaskuliidiga haiged** - erakorralised on süsteemse vaskuliidiga esmased kui ka haiguse ägenemise faasis haiged.
- Erakorralist haiglaravi vajavad kõik antifosfolipiidsündroomi ilmnemise või ägenemisega patsiendid.

Viimastel kuudel oli Tallinna Keskhaigla reumatoloogia osakonda hospitaliseeritute 30% erakorralised haiged, mõnevõrra madalam oli erakorraliste haigete hulk SA TÜK Sisekliinikus. Erakorralisuse protsent võib suureneدا jätkuvalt, kui on piiratud regulaarne plaaniline töö. Plaanilise töö õigeaegne tegemata jätmine suurendab lisaks erakorraliste hospitaliseerimiste arvu kasvule RH (reumaatilistest haigustest) tingitud vaegurluse jätkuvat kasvu.

Plaaniline haige reumatoloogia erialal.

Plaanilise hospitaliseerimise maksimaalselt aktsepteeritavaks ooteajaks on 10-14 päeva.

Eestis on kaks spetsialiseeritud reumatoloogia osakonda:

- Tallinna Keskhaiglas (litsentsi järgi 35 voodikohta);
- Tartu Ülikooli Kliinikumi Sisekliinikus (litsentsi järgi 25 voodikohta).

Antud osakonnad on reumatoloogilise abi III etapiks, osutades nii statsionaarset kui ka ambulatoorset konsultatiivabi reumaatilistele haigetele üle Eesti.

Hospitaliseerimine spetsialiseeritud reumatoloogia osakondadesse:

- Vältimatut hospitaliseerimist spetsialiseeritud reumatoloogia osakondadesse (24–72 tunni jooksul) vajavad kõik eelpoolloetletud diagnoosidega reumaatilised haiged.
- Plaanilisele hospitaliseerimisele spetsialiseeritud reumatoloogia osakondadesse kuuluvad RH-d immuunomoduleeriva (IMR) ravi muutmiseks, korrigeerimiseks, operatiivse ravi näidustuste selgitamiseks, ekstrakorporaalselt ravimeetoditeks (plasmaferees, hemosorptsioon), diagnoosi korrigeerimiseks jne.

Spetsialiseeritud reumatoloogia osakond on regulaarses koostöös ortopeedidega reumakirurgia alal. Põletikuliste RH korral reumakirurgilisi operatsioone (sh. ka liigeste endoproteesimist) tohib teha haiglas, kus on spetsialiseeritud reumatoloogia osakond, mis parandab oluliselt reumakirurgiliste operatsioonide tulemusi, vähendab infektsioosseid komplikatsioone, võimaldab paremat taastusravi.

III etapi reumatoloogia osakond tagab polikliinilise konsultatiivse vastuvõtu reumaatilistele haigetele, osteoporoosi diagnostika, ravi, profülaktika.

Ambulatoorse RH aktsepteeritavaks maksimaalseks ooteajaks on 1 kuu.

III etapi reumatoloogia osakondade arstid tegelevad pidevalt arstide, residentide, internide reumatoloogiaalase väljaõppega, osalevad teadustöös.

2.1.3 Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Igas maakonnas töötab vähemalt 1 reumatoloog. Suuremates maakondades ja linnades arvestada 1 reumatoloogi ametkoht 50 000 elaniku kohta.

Vajalik on ambulatoorselt töötavate reumatoloogide täiendkoolitus piirkondliku haigla reumatoloogia osakondades rotatsiooni korras vähemalt 3 kuud iga 5 aasta kohta.

Maakonna reumatoloog on eriala juht maakonnas, konsulteerides reumaatilisi haigeid nii maakonna haiglas kui ka ambulatoorselt. Maakonna reumatoloog konsulteerib perearsti ja teiste eriarstide suunatud haigeid, ravib IMR-I olevaid haigeid, väljastab reumaatilistele haigetele IMR soodusretsepte, juhib III etapis kinnitatud diagnoosidega reumaatiliste haigete ravi.

Maakonnahaigla sisehaiguste osakondades on reumaatiliste haigete ravi siiani väheefektive ja sageli nõudnud raviskeemide korrigeerimist spetsialiseeritud osakondades, kuna paljudes maakondades puudub reumatoloogi ametkoht täielikult või reumatoloogi ametkohal olev arst on põhiliselt administratiivtööl või teeb samaaegselt ka kardioloogi tööd.

Reumatoloog puudub: Ida-Virumaal, Võrumaal, Järvamaal ja Läänemaal.

Osalise tööajaga töötab reumatoloog: Põlvamaal, Jõgevamaal, Valgamaal, Narvas, Viljandimaal, Lääne-Virumaal.

Eriarstide arv maakonniti 1999.

Tervishoiu- asutuse asukoht	Elanikud	Arstid	Reumatoloogid	Reumatolooge 10 000 elaniku kohta	Arste 10 000 elaniku kohta
Eesti	1 445580	4 426	29	0,2	30,8
Harjumaa	535131	1 994	17	0,3	37,4
sh Tallinn	411594	1 787	16	0,38	43,8
Hiiumaa	11798	19	-	-	16,2
Ida-Virumaa	195460	525	1	0,05	27,1
Jõgevamaa	41377	82	2	0,48	20,0
Järvamaa	43144	75	-	-	17,5
Läänemaa	31850	63	-	-	19,8
Lääne-Virumaa	75819	123	1	0,13	16,3
Põlvamaa	35610	71	1	0,28	20,1
Pärnumaa	100100	229	1	0,099	23,0
Raplamaa	40137	61	-	-	15,2
Saaremaa	40111	85	1	0,25	21,3
Tartumaa	151010	806	4	0,26	53,1
sh Tartu		730			71,7
Valgamaa	38668	86	1	0,26	22,4
Viljandimaa	62336	130	-	-	21,0
Võrumaa	43029	77	-	-	18,1

1999.a SM statistika andmetel on 1 reumatoloogi ametikoht 49 847 s.o. umbes 50 000 elaniku kohta. Samal ajal on reumatoloogide jagunemine maa eri piirkondades ebaühtlane. Süveneb tendents, et väljaspool suuremaid keskusi (Tallinn, Tartu, Pärnu), määrab reumatoloogilise abi mahu kohalik meditsiiniteenistus küllalt suvaliselt. Lubamatu on reumatoloogi ametkohtade puudumine Järvemaal, Läänemaal, Võrumaal.

Paljudes maakondades sh Raplamaal, Viljandimaal täidavad reumatoloogi funktsioone reumatoloogilise osalise ettevalmistuse saanud sisehaiguste arstid.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos.

2.2.1 Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos aastateks 2005, 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Haigestumine kroonilistesse reumaatilistesse tugi- ja liikumisaparaadi haigustesse näitab populatsiooni üldises haigestumise skaalas viimasel aastakümnel olulist kasvutendentsi. Statistika andmete alusel kasvavad esmaste haigusjuhtude nii absoluut - kui ka suhtarvud.

Degeneratiivsete luu- ja liigeshaiguste ning osteoporoosi juhtude suurenemine on oodatavad ning seletatavad elanikkonna vanuselise struktuuri muutusega viimastel aastakümnetel suureneb vanemaealiste osakaal populatsioonis. See tendents on iseloomulik kõikidele arenenud riikidele, ka Eestis on arengusuund sarnane.

Põletikuliste reumaatiliste haiguste sageduse tõus esineb peamiselt noorema- ja keskealise elanikkonna hulgas.

Eestis on traditsiooniliselt ja geograafiliselt kujunenud 2 reumatoloogia keskust:

1. SA Tartu Ülikooli Sisekliiniku reumatoloogia osakond koos ambulatoorse teenistusega, mis teenindab Lõuna-Eesti piirkonda.
2. Tallinna Keskhaigla reumatoloogia osakond koos ambulatoorse teenistusega, mis teenindab Põhja-Eesti piirkonda.

2.2.2 Prognoosi põhjendus.

Statsionaari voodikohtade arvu perspektiivplaan			
	2005	2010	2015
P-Eesti keskus	35+10 RK (reumakir.)	30+15 RK	30+15 RK
L-Eesti keskus	25+10 RK	20+10 RK	20+15RK

Keskuste tööprintsipi peaks saama nn. meeskonnatöö põhimõte, kus koos töötavad: reumatoloog, reumakirurg, taastusraviarst, tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja, psühholoog.

Keskuses on töö kooskõlastatud reumatoloogia osakonna, reumakirurgia osakonna ja taastusravi haiglate vahel, et erinevatel ravietappidel saadav ravi ja rehabilitatsioon toimuks sujuvalt.

2 reumakeskust on vajalikud kogu Eesti reumatoloogilise töö koordineerimiseks, täiendõppe korraldamiseks, teadustöö juhendamiseks.

Vajadus EL nõuetele vastava spetsialiseerumisega reumatoloogide järele kasvab aasta-aastalt, mille põhjuseks on reumaatiliste haiguste (RH) diagnoosimise meetodite ja ravi keerukamaks muutumine:

- ❖ reumatoloogiliste haigete arvu kasv;
- ❖ immuunomoduleeriva ravi varajane alustamine;
- ❖ immuunomoduleeriva ravi kombinatsioonide üha keerukamaks muutumine;
- ❖ uute immuunomoduleerivate ja bioloogiliste ravimite kasutamine RH ravis;
- ❖ osteoporoosi kombineeritud raviskeemide koostamine;
- ❖ reumakirurgiliste operatsioonide osakaalu suurenemine RH ravis.

2.3. Teenuste jaotumine.

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Ambulatoorne abi:

- ❖ Osteoartroos M15-M19;
- ❖ Kristallopaatiad M10-M11 (krooniline kulg);
- ❖ Reumatoidartriit M05-M08 (olemasoleva raviskeemiga, stabiilses seisundis haiged);
- ❖ Süsteemsed sidekoehaigused M30-M36 (olemasoleva raviskeemiga, stabiilses seisundis haiged);
- ❖ Spondüloartropaatiad M45-49 (olemasoleva raviskeemiga, stabiilses seisundis haiged);
- ❖ Reaktiivsed artropaatiad M02 (olemasoleva raviskeemiga, stabiilses seisundis haiged);
- ❖ Osteoporoos M80-M81 (diagnoos ja ravi jälgimine).

Ambulatoorsed reumatoloogilised protseduurid:

- Liigespunktsioonid diagnostilisel ja ravieesmärgil;
- Liigeste ultraheli diagnostika;
- Kapillaaroskoopia;
- Pulssravi glükokortikosteroidi- või tsütostaatiliste preparaatidega;
- Densitomeetriline luutiheduse määramine;
- Naha- ja nahaaluskoos biopsia.

Statsionaarne abi:

- reumatoidartriit – IMR ravi valik;
- reaktiivne artriit – vallandava infektsiooni diagnostika, ravi;
- septiline artriit – tekitaja identifitseerimine, ravi;
- ägeda spondüliidiga haiged;
- süsteemsed sidekoe haigused - süsteemne erütematoosne luupus, polümüosiit, süsteemse sidekoehaiguse segavorm;
- süsteemse vaskuliidiga haiged - esmased kui ka haiguse ägenemise faasis haiged;
- antifosfolipiidsündroomi ilmnemise või ägenemisega patsiendid.

Statsionaarsed protseduurid:

- Liigespunktsioonid diagnostilisel ja ravieesmärgil;
- Pulssravi glükokortikosteroidi- või tsütostaatiliste preparaatidega;
- Ekstrakorparaalsed ravimeetodid (plasmaferees, hemosorptsioon, hemodialüüs);
- Liigeste ultraheli diagnostika;
- Kapillaaroskoopia;
- Densitomeetriline luutiheduse määramine;
- Naha- ja nahaaluskoos biopsia.

2.3.2 Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld- ja erihaiglates).

Piirkondlik haigla spetsialiseeritud reumatoloogia osakonnad: Tartus 25 ravivoodit ja Tallinnas 35 voodit. Kõikide süsteemsete sidekoehaiguste diagnostika ja ravi.

Kesk- ja üldhaiglas sisehaiguste osakonnas mittespetsialiseeritud voodid reumaatilistele haigetele, mille hulk sõltub vajadusest, kuni 20% vooditest.

Erihaigla luua kompleksina aastast 2015.

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Ravi aspektist on sanatoorne ravi krooniliste liigeshaiguste vältimatu osa, olles vajalik erineva geneesiga tugiaparaadi haiguste korral praktiliselt kogu haige elu vältel. Sanatoorse ravi süsteem reumaatilistel haigetel käesoleval ajal Eestis ei toimi ja spetsialisti soovitusel puudub igasugune kaal. Seetõttu on reumaatiliste haigete sanatoorne ravi käesoleval ajal juhuslik, sõltudes patsiendi rahalistest võimalustest ja konkreetse arsti ja/või sotsiaalametniku suhtumisest. Ilmselt aitaks arstide põhi- ja täiendõppe süvendamine antud teemal kaasa tekkinud olukorra parandamisele.

2.3.4 Päevaravi osakonna vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine.

Reumatoloogia erialal kasvab vajadus päevaravi osakonna järele pidevalt. Sellise osakonna väljakujundamine on vajalik eeskätt kesk- ja piirkondlikes haiglates. Töö analüüs näitab üldist päevaravi osakaalu langust 1998–1999 nii haigete arvu kui voodipäevade osas. Samal ajal aga reumatoloogia erialal on päevaravi haigete hulk püsinud samal tasemel (1998.a. 417 ja 1999.a. 422). Seejuures on päevaravi voodipäevade hulk erihaiglates suurenenud lausa plahvatuslikult (4-lt 283-le). Sama tendents jätkus ka 2000.a., mille kohta statistika hetkel veel puudub. Antud tendentsi oli märgata ka riiklikes raviasutustes.

Päevaravi osakond on vajalik diagnostiliste- ja raviprotseduuride teostamiseks eriala haigete kontingentidel, kes vajavad lühiaegset haige jälgimist.

Protseduurid:

- Liigespunktsioonid diagnostilisel ja ravi eesmärgil;
- Pulssravi glükokortikosteroidi- või tsütostaatiliste preparaatidega;
- Ekstrakorparaalsed ravimeetodid (plasmaferees, hemosorptsioon, hemodialüüs);
- Naha- ja nahaaluskoos biopsia;
- Densitomeetriline luutiheduse määramine.

Päevastatsionaari kasutamine 1998 - 1999						
		RHK-10 kood	Väljakirjutatud		Voodipäevad	
			kokku	sh era-haiglas	kokku	sh era-haiglas
1998	KOKKU		10 030	2 135	41 860	13 286
	Lihaskonna ja sidekoe haigused sh	M00-M99	417	4	3 115	4
1999	KOKKU		9 200	1 891	38 070	10 155
	Lihaskonna ja sidekoe haigused sh	M00-M99	422	26	3 074	283

Seoses süsteemsete sidekoehaiguste üha agressiivsema raviga (sh. intravenoosse tsütostaatilise ja glükokortikoidravi kasvava vajadusega) ühelt poolt ja vajadusega ravirahade otstarbekamaks kasutamiseks (st. statsionaari osakaalu vähendamiseks) on vajalik planeerida päevaravi võimalus kõikides üldhaiglates, kus töötab reumatoloog ja kindlasti kesk- ja piirkondlikes haiglates. Päevaravi osakond tuleb planeerida ainult koos statsionaarse arstiabiga.

2.3.5 Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Reumatoloogia erialal puudub vajadus ööpäevaseks eriarsti valveks. Spetsialiseeritud osakonna valvetöö toimub koostöös teiste sisemeditsiini erialadega. Erakorralise situatsiooni korral peab olema reumatoloog vajadusel kättesaadav (telefonivalve).

2.3.6. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Ambulatoorne vastuvõtt:

- ❖ esmane haige - 40 minutit.
- ❖ korduv haige - 20 minutit.

Päevaravi osakond:

8 haiget ühe arsti ametkoha kohta.

Statsionaarne koormus:

10 haiget ühe arsti ametkoha kohta piirkondlikus haiglas.

2.4 Voodikohtade arvu prognoos.

	Regionaalhaiglad (kokku)		
	2005	2010	2015
Haiglakohiti	60	50	50
sh intensiivravikohti	6	6	6
Päevastatsionaar	12	18	20
KOKKU	72	68	70
Taastusravi	10	20	30

2.5 Eriarstide vajadus.

2.5.1 Eriarstide vajadus 10 000 elaniku kohta aastatel 2005, 2010 ja 2015.

Piirkondlike haiglate reumatoloogide arv on käesoleval ajal täidetud 100%-lt (5,75 reumatooloogi TKH-s ja 3,25 TÜK-s), mis prognoositava töömahu kasvu tõttu on ebapiisav.

Kesk- ja üldhaigla. Võttes elanikkonna optimaalse teenindamise aluseks suhte arvu 1 reumatoloog 40 000 elaniku kohta peaks meil töötama 36 reumatooloogi. Praegu on vastav arv 1 reumatoloog 72 000 elaniku kohta. Eriarstide vajadus 2005 aastal oleks 1 reumatoloog 50 000 elaniku kohta.

2010 aastal 1 reumatoloog 40 000 elaniku kohta ja 2015 a. 35 000 elaniku kohta.

Reumatoloogide vajadus 10.000 elaniku kohta			
	2005	2010	2015
Reumatoolooge	0,28	0,37	0,37

2.5.2 Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2005, 2010 ja 2015

Planeeritav reumatoloogide arv piirkondlikes haiglates				
	2001	2005	2010	2015
P-Eesti Keskus	5,75	8	10	10
L-Eesti Keskus	3,25	6	8	8

Planeeritav reumatoloogide arv kesk- ja üldhaiglates			
	2005	2010	2015
Reumatolooge	29	37	37

Planeeritav reumatoloogide arv kokku			
	2005	2010	2015
Reumatolooge	41	55	55

2.5.3 Ettepanek koolitustellimuseks.

2005 aastaks residentide vajadus – 8.

2010 aastaks vajadus – 10.

2015 aastaks vajadus – 12.

3. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

3.1 Seadusandlus.

- ❖ Peame otstarbekaks alustada ettevalmistust tervikliku uue eriala loomiseks, mis hõlmab reumatoloogia, reumakirurgia, taastusravi, ergoterapia jne. ning sellest johtuvalt ka eraldiseisva vaegurluse ekspertiisi.
- ❖ Eesti liitumisel Euroopa Ühendusega on iseenesestmõistetav luu-liigeshaiguste riikliku programmi käivitamine.

3.2 Ravijuhised.

2005. aastaks peavad olema perearstidele ette valmistatud reumatoloogiaalased ravijuhised.

2001.a. peaks valmima reumatoidartriidi ja osteoartroosi ravijuhised.

2002.a. peaks valmima osteoporoosi, gükokortikosteroidravist tingitud osteoporoosi ja MSPVR tingitud seedetrakti komplikatsioonide alased ravijuhised.

3.3 Teised standardid.

Vajalik on kujundada ja vastu võtta reumatoloogiliste teenuste komplekshinnad aastaks 2005.a.

Usaldusväärse statistilise informatsiooni saamiseks reumaatiliste haiguste kohta on vaja luua kogu riiki hõlmav Reumaregister.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.1. Koolitus.

- ❖ Reumatoloogiline õpetus arstiteaduskonnas diplomieelselt ei tohi väheneda ja õppetöö maht peab vastama EL standarditele.
- ❖ Diplomijärgne (internatuur) peab vastama EL standarditele ja olema kohustuslik kõikidele.
- ❖ Residentuur reumatoloogias peab vastama EL standarditele, kestus 4 (perspektiivis 5 aastat) vastavalt residentuuri seadusele sh. väliskoolitus.
- ❖ Suurendada perearstikoolituses reumatoloogia eriala mahtu, kuna esmatasandil on 20% haigetest reumaatiliste vaevustega.
- ❖ Reumatoloogi kutse saab omistada ainult arstile, kes on läbinud internatuuri ja residentuuri reumatoloogia erialal täies mahus.

4.2. Täiendkoolitus.

Reumatoloogi täiendkoolituse mahuks peab olema 3 kuud koolitust iga 5-aastase perioodi kohta, mis oleks resertifitseerimise üheks kriteeriumiks.

4.3 Resertifitseerimise vajadus ja optimaalne sagedus.

Arvestades meditsiinilise teadmise poolväärtusajaks 5 aastat, peame regulaarset spetsialisti taseme hindamist jätkuvalt vajalikuks. Optimaalseks sageduseks on 5 aastat, kusjuures kõigi spetsialistile esitatud tingimuste täitmisel, toimub resertifitseerimine dokumentide alusel.

Probleemid reumatoloogilises teenistuses:

☞ Välja töötada ravijuhised erinevate reumaatiliste haiguste kohta alustades reumatoidartriidist.

☞ Tagada 1 reumatoloogi ametkoht 50 000 elaniku kohta aastaks 2005 ja täita see kaasaegse koolituse saanud reumatoloogiga.

☞ Reumaatiliste haigete reumakirurgilised operatsioonid teha haiglates, kus on spetsialiseeritud reumatoloogia osakond.

- ☞ Eesti kaks reumatoloogi osakonda on piirkondliku funktsiooniga ja haigekassa lepingute tegemisel arvestada reumatoloogilise teenistuse piirkondlikku osatähtsust.
- ☞ Spetsialiseeritud reumatoloogia osakonnad on täiendkoolituse, samuti teadustöö baasiks.
- ☞ Kahe reumatoloogia osakonna baasil välja arendada Põhja- ja Lõuna-Eesti Reumakeskused.
- ☞ Reumatoloogilise teenistuse prioriteediks arvestada ka haiguste ennetus.
- ☞ Reumatoloogilise töö koordineerimiseks, koolituse, teadustöö juhendamiseks ja süstematiseerimiseks luua Põhja-Eesti Reumakeskus Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA TÜK juures.

Arengukava on koostanud reumatoloogia erialakomisjon koosseisus:

Dr. Oivi Aakre

Dr. Riina Kallikorm

Dr. Tiina Veldi