

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

Juhime tähelepanu, et haigekassa avalikustab taotlused kodulehel. Konfidentsiaalne informatsioon, mis avalikustamisele ei kuulu, palume tähistada taotluse tekstis märkega „konfidentsiaalne“.

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi¹. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i>	Eesti Uroloogide Selts
1.2 Taotleja postiaadress	Tartu 51014, L. Puusepa 8
1.3 Taotleja telefoninumber	+372 6207403
1.4 Taotleja e-posti aadress	martin.kivi@itk.ee
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Martin Kivi
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	+372 6207403
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	martin.kivi@itk.ee

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	<i>Lokaalne põiesisene ravi GAG kihi kahjustusega seotud interstitsiaalse tsüstiidi/kusepõie valusündroomi ja kiirgustsüstiidi korral</i>
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hõreklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse <input type="checkbox"/> Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse	

¹ Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikele 5 võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaühendus või haigekassa.

<input type="checkbox"/> Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine) <input type="checkbox"/> Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine) <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine) ² <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine) ³ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine ⁵ <input type="checkbox"/> Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust ⁶ <input type="checkbox"/> Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2 ⁷
<p>2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus</p> <p><i>Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.</i></p> <p>Ravi praegu kasutusel olevate ravimitega GAG kihi kahjustusega seotud interstitsiaalse tsüstiidi/kusepõie valusündroomi ja kiirgustsüstiidi puhul ei anna alati soovitud tulemusi. Lokaalse põiesisese ravi efektiivsust kinnitavad kliinilised uuringud. Seni taoline raviviis Eestis puudub.</p>

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus	
<p>3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)</p> <p><i>Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.</i></p> <p>NB! Kui erinevate näidustuste aluseks on erinev kliiniline tõendusmaterjal, palume iga näidustuse osas eraldi taotlus esitada, välja arvatud juhul, kui teenust osutatakse küll erinevatel näidustustel, kuid ravitulemus ja võrdlusravi erinevate näidustuste lõikes on sama ning teenuse osutamises ei ole olulisi erisusi.</p>	<p>Interstitsiaalne tsüstiit/kusepõie valusündroom</p> <p>Kiirgustsüstiit</p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	<p>N30.1, N30.2, N30.4</p>

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

³ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

⁴ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

⁵ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

⁶ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

⁷ Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed meetodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervise seisundi iseloomustus

Kirjeldada haiguse või tervise seisundi levimust, ehelust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.

Kusepõie kaitsva GAG-kihi defitsiit on seotud paljude krooniliste tsüstiidi vormide, sealhulgas interstitsiaalse tsüstiidi (IC/BPS), üleaktiivse põie (OAB), kiirgustsüstiidi ja krooniliste korduvate kuseteede põletike (UTI) patofüsioloogiaga.

Puudulik GAG kiht kusepõies, mis muuhulgas tähendab uroteeli permeaabluse suurenemist kaaliumi ioonidele, viib tüüpiliste sümptomite kombinatsioonini, mis hõlmab sagedast, mõnikord äärmiselt järsku tekkivat ja intensiivset urineerimistungi, väga sagedast urineerimist (pollakisuuria), kaasa arvatud öist urineerimist (noktuuria) ning võib põhjustada tugevat valu kusepõies, mis tihti kiirgub kogu vaagnapiirkonda. Need on interstitsiaalse tsüstiidi, kiirgustsüstiidi, üleaktiivse kusepõie või krooniliste korduvate kuseteede infektsioonide ja teiste sarnaste seisunditega patsientide põhisümptomid, mis võivad viia elukvaliteedi tugeva languseni. Lisaks sellele suurendab GAG kihi defekt kusepõie vastuvõtlikkust infektsioonidele, sest GAG kihi defekti korral on kaitse bakterite kinnitumise eest ebapiisav.

Interstitsiaalne tsüstiit

Interstitsiaalne tsüstiit (IC), mida tihti nimetatakse ka kusepõie valusündroomiks (*bladder pain syndrome*, BPS), on krooniline kusepõie haigus, mille puhul ei tuvastata patogeenseid organisme ning haiguse etioloogia on teadmata. IC puhul esineb tugev valu vaagnapiirkonnas, sage ja tugev urineerimistung koos pollakisuuria ja noktuuriaga (sümptomite triaad *tung-sagedus-valu*) ning hiljem lisandub kusepõie funktsionaalse mahtuvuse vähenemine. See haigus esineb peamiselt naistel (suhtega ligikaudu 5...8:1), põhjustades olulist distressi ja dramaatilist elukvaliteedi langust. Teaduskirjanduses on laialdaselt arutletud GAG kihi kahjustuse kui IC põhiteguri üle, seega on GAG kihi taastamise meetod oluliseks nurgakiviks interstitsiaalse tsüstiidi ravis.

Kiirgustsüstiit

Kiirgustsüstiidi sümptomid sarnanevad interstitsiaalsele tsüstiidile, kuid on selgelt määratletud põhjus – varasem vaagnapiirkonna kiiritusravi (48), mida on tehtud näiteks emakakeha, emakakaela, eesnäärme või pärasoole kartsinoomide raviks. Põhihaiguse negatiivset mõju elukvaliteedile süvendavad veelgi kiirgustsüstiidi sümptomid (49, 50). Haigusel eristatakse varast ja hilist vormi. Varane vorm hõlmab ägedat ärritavat kahjustust, mis tavaliselt tekib juba kiiritusravi ajal ning pärast ravi järk-järgult taandub. Selle vastandina ilmneb hiline vorm tihti kuid või aastaid pärast kiiritusravi ja on iseloomult tavaliselt progresseeruv (51).

Hinnanguliselt areneb 5-10%-l vaagnapiirkonna kiiritusravi saanud patsientidest hiline kiirgustsüstiit (48). Tänapäeval laialdaselt kasutatavate radioteraapia tehnikate, nt brahhüteraapia korral areneb äge kiiritustsüstiit 20-25%-l patsientidest, kellel esinevad sage mikturitsioon, intensiivne urineerimistung ja valu, mis viivad elukvaliteedi märkimisväärse halvenemiseni.

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimising valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).

Uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „Gepan + instill“, „cystitis + chondroitin sulphate + 0,2%“ ja „cystitis + intravesical + chondroitine

<p>sulphate + GAG“, valikukriteeriumid olid kliinilised uuringud, milles kasutati 0,2% kontsentratsioonis kondroitiinsulfaati (CS) ning mis on kättesaadavad inglisekeelse täistekstina. Otsingu tulemusel leiti 9 uuringut, millest on taotluses kajastatud nelja uuringu tulemused, kuna ülejäänud uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut). Krooniline tsüstiit avaldub erinevate vormidena. CS-i instillatsioon on osutunud kasulikuks interstitsiaalse tsüstiidi/põievalu sündroomi (IC/BPS), üleaktiivse põie (OAB), kiirgustsüstiidi (RC) ning krooniliste korduvate kuseteede infektsioonide (UTI-d) korral. Üldiselt valiti välja uuringud, mis hõlmasid üle 20 patsiendi. Lisaks esitas tootja kliinilise uuringumaterjali saamiseks taotluse. Selle käigus tuvastati veel üks uuring, mida esitati uroloogiakongressi käigus stendiettekandena.</p>	
<p>4.2 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel</p>	
<p>Uuring 1: Gülpinar <i>et al.</i>: <i>Clinical comparison of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulphate therapies in the treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis</i> (1)</p>	
<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Uuringus osales 42 naispatsienti, kellel esinesid pärast kuuekuulist konservatiivset ja meditsiinilist ravi põiega seotud kroonilise vaagnapiirkonna valu kaebused ning kelle ravivastus oli puudulik. Katsealused jaotati juhuslikult kahte rühma: ühte raviti CS-iga ja teist hüaluroonhappega (HA). Patsientide keskmine vanus oli rühmades vastavalt 47,10 (CS) ja 48,90 (HA). Enne ravi oli Parsoni test positiivne 64,3 protsendil patsientidest (27/42), seejuures rühmade vahel ei esinenud erinevust.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>Instillatsioon Gepan[®] instill'iga (0,2 % CS 40 ml-s) Raviskeem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esimesel kuul iga nädal, • teisel kuul üks kord 15 päeva jooksul ning • kolmandal ja neljandal kuul üks kord kuus, <p>kokku kaheksa intravesikaalset annust</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Instillatsioon Hyacyst[®]-iga (0,24 % HA 50 ml-s) Raviskeem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esimene kuu iga nädal, • teisel kuul üks kord 15 päeva jooksul ning • kolmandal ja neljandal kuul üks kord kuus, <p>kokku kaheksa intravesikaalset annust</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	<p>Neli kuud instillatsioonravi ja täiendav kahe kuu pikkune järelvaatlus.</p>
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>Uuringu esmane tulemusnäitaja oli valu visuaalse analoogskaala (VAS) skoori muutus 24 nädala pärast võrreldes algväärtusega.</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>Võrreldi uuringu tulemusi alguses ja 6 kuu möödudes. VAS vähenes oluliselt mõlemas rühmas (9-lt 4-le HA-</p>

	<p>rühmas ning 8-lt 5-le CS-rühmas, $P < 0,05$). VAS-skooride muutuste alusel jaotati patsiendid kolme rühma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ravimvastus puudub (HA, vs. CS; 23.8 %, vs. 28.5 %) • Piiratud kasu (38.1 %, vs. 19 %) • Suur kasu (38.1 %, vs. 52.4 %).
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Teiste tulemusnäitajate hulka kuulusid igapäevase urineerimise sageduse / nüktuuria, O’Leary-Santi interstitsiaalse tsüstiidi sümptomite indeksi (ISCI), O’Leary-Santi interstitsiaalse tsüstiidi probleemide indeksi (ICPI) ja keskmise väljutusmahu võrdlus algtaseme ja 24. nädala taseme vahel.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	ICSI, ICPI, 24-tunnise urineerimissageduse ning nüktuuria tulemused paranesid mõlemas ravirühmas märkimisväärselt. Leiti, et CS suurendab ka uriini väljutusmahtu, mida HA puhul ei täheldatud. Samuti leiti, et intravesikaalne CS on 24-tunnise urineerimissageduse, nüktuuria ja ICPI näitajate poolest efektiivsem kui intravesikaalne HA ($P < 0,05$). Tõsistest kõrvaltoimetest ei teatatud.

Uuring 2: Kocatürk et al.: *Questionnaire-guided evaluation of the effectiveness of long-term intravesical 0,2 % chondroitin sulphate therapy in interstitial cystitis (2)*

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Uuringusse kaasati 62 IC/BPS-iga naist. Patsientide keskmine vanus oli $45,44 \pm 13,24$ (19–74) aastat ning keskmine kehamassiindeks (BMI) oli $23,87 \pm 3,01$ (19–29). Patsientidel ilmnes ebapiisav kliiniline vastus 24-nädalasele konservatiivsele ravile (näiteks dieet, stressi vältimine, sport, soe vann, vaagnalihaste lõdvestamine) ja meditsiinilisele ravile (nagu näiteks doksütsükliin, antihistamiinikumid ja amitriptüliin).
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Instillatsioon Gepan [®] instill’iga (0,2 % CS 40 ml-s) Raviskeem: <ul style="list-style-type: none"> • esimesel kuul üks kord nädalas ning • teisest kuust alates üks kord kuus. ➤ kokku 15 intravesikaalset annust
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Uuring ei hõlmanud kontrollrühma. Enne esimest instillatsiooni dokumenteeriti patsientide algolevad tulemused ning neid kasutati ravi efektiivsuse määramisel võrdlusparameetritena.
4.2.4 Uuringu pikkus	Kogu uuringu pikkus oli 12 kuud.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Pikaajalist teostatavust, ohutust ja efektiivsust analüüsiti pärast üheaastast ravi üldise ravile reageerimise hinnangu (Global Response Assessment, GRA) küsimustikega.

4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	<p>Esimesel ja kaheteistkümnendal kuul täheldati kõigil skaaladel märkimisväärset paranemist võrreldes ravieelse seisundiga ($p < 0,001$). Ravivastuse paranemise protsente hinnati GRA-ga. Ravi oli esimesel kuul ebaefektiivne 22,5 protsendil ($n = 14$) patsientidest, kerge paranemine esines 40,0 protsendil ($n = 25$) ning mõõdukas või tugev paranemine 37,0 protsendil ($n = 23$) patsientidest.</p> <p>12 kuu möödudes täheldati kergemat paranemist 21,0 protsendil ($n = 13$) patsientidest ja mõõdukat või tugevat paranemist 79,0 protsendil ($n = 49$) patsientidest, seejuures kõik patsiendid reageerisid ravile. Lisaks olid GRA skaala keskmised jaotused pärast aastast ravi statistiliselt oluliselt kõrgemad kui keskmised väärtused pärast ühe kuu pikkust ravi ($p < 0,001$).</p>
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	<p>Uuringu teised tulemusnäitajad olid hindamissüsteemi individuaalsed parameetrid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICSI • ICPI • Vaagnapiirkonna valu ning urineerimisvajaduse/-sageduse (PPUF) sümptomite skaala • PPUFi sümptomaatika • Igapäevane urineerimissagedus (DMF) • VAS <p>ning nendega seotud kategoriseeritud lisandid.</p>
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>Igapäevase urineerimise sageduse ja VAS-i skoorides 0–1 kuu jooksul ei täheldatud statistiliselt olulist erinevust ($p > 0,05$), kuid olulisi erinevusi täheldati 1–12 ja 0–12 kuu jooksul ($p < 0,05$). Peale selle täheldati kõigis hindamissüsteemides statistiliselt olulist paranemist 1. ja 12. kuul võrreldes ravieelsete väärtustega ($p < 0,001$): „parameeter“ („enne ravi“ → „1. kuu“ → „12. kuu“</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICSI (19 → 10 → 3) • ICPI (16 → 9 → 3) • PPUF sümptomite skaala (16 → 10 → 4) • PPUF sümptomaatika (10 → 5 → 1) • DMF (13 → 10 → 4.5) • VAS (6 → 4 → 2) <p>Üheaastase jälgimise ajal ei tekkinud ühelgi patsiendil protseduuriga seotud tüsistusi.</p>

Uuring 3: Schwalenberg et al.: Intravesical Glycosaminoglycan Replacement with Chondroitin Sulphate (Gepan[®] instill) in Patients with Chronic Radiotherapy or Chemotherapy-Associated Cystitis (3)

<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Patsiendid, kellel on diagnoositud sümptomaatiline krooniline kiirgus- või kemoterapiaga seotud tsüstiit. Uuringus osales 16 patsienti (keskmine vanus 68,5 aastat; 50% mehed). Keskmine aeg kiiritus- või kemoterapia alguse ja instillatsiooni vahel oli 2,8 aastat (minimaalselt 0,4 aastat; maksimaalselt 21 aastat). Enamik patsiente (n = 12; 75%) oli enne uuringusse registreerumist läbinud vähemalt ühe tsüstiidi ravikuuri ning tarvitanud seejuures peamiselt antibiootikume ja/või antikolinergilisi ravimeid. Üks patsient oli saanud teist instillatsiooniravi ning kolm patsienti oli saanud analgeetikume.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>Instillatsioon Gepan[®] instill'iga (0,2 % CS 40 ml-s) Raviskeem</p> <ul style="list-style-type: none"> • üks kord nädalas ➤ kokku 6 intravesikaalset annust
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Uuring ei hõlmanud kontrollrühma. Enne esimest instillatsiooni dokumenteeriti patsientide algtulemused ning neid kasutati ravi efektiivsuse määramisel võrdlusparameetritena.</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	<p>Kuus nädalat.</p>
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>Selles vaatlusuuringus ei määratletud konkreetset esmast tulemusnäitajat. Instillatsioonravi efektiivsuse uurimiseks hinnati isetäidetava küsimustiku abil igal uuringukülastusel igal patsiendil järgmisi sümptomeid: päevane ja öine urineerimissagedus, urineerimisvajadus, pollakisuuria, urineerimisvajaduse sagedus, düsuuria, alakõhuvalu ja hematuuria. Kui välja arvata urineerimissagedus, hindas sümptomeid patsient, kasutades numbrilist hindamiskaalat (NRS). See 11-osaline NRS sisaldas vahemikku 0 (sümptomiteta) kuni 10 (maksimaalne kujuteldav sümptomite intensiivsus). Kliinilist paranemist määratleti kui NRS-skoori vähenemist ≥ 1 punkti võrra.</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>Pärast ravi 0,1% CS-iga täheldati põhihaigusest sõltumatult kõigi tsüstiidi sümptomite kiiret vähenemist ≥ 1 punkti NRS-skooris. Pärast ühte 0,2% CS annust täheldati kliinilist paranemist 6 patsiendil 16-st (38%). 31 protsendil patsientidest leevenesid sümptomid pärast teist manustamist. Ravi lõpus olid 80 protsendil patsientidest sümptomid paranenud või täielikult kadunud. 6. nädalal paranesid algtasemega võrreldes märkimisväärselt tsüstiidile omased urineerimisvajaduse (p = 0,0082), pollakisuuria (p = 0,0022), urineerimisvajaduse sageduse (p = 0,0033) ja</p>

	alakoõhuvalu ($p = 0,0449$) sümptomid. Lisaks taandus kuue nädala möödudes kõigil juhtudel täielikult hematuuria, mis esines uuringu alguses 9 patsiendil 16-st. 6. nädalal vähenes keskmine päevane urineerimissagedus üheksalt seitsmele ning keskmine öine urineerimissagedus neljalt kahele.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Uurida instillatsioonravi talutavust.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Enamik sellesse uuringusse kaasatud patsiente (93%) hindasid intravesikaalse CS talutavust „heaks“ või „väga heaks“. See hinnang oli vastavuses uroloogide hinnanguga, kes hindasid talutavust 93% juhtudest „heaks“ või „väga heaks“. Uuringukülastuste jooksul ei esinenud 0,2% CS-raviga seoses kõrvaltoimeid. Üks meespatsient lõpetas instillatsioonravi pärast kolmandat instillatsiooni kateetri talumatuse tõttu. See patsient läbis uuringukülastused 1–4, kuid ei olnud saadaval 5. ja 6. visiidiks.

Uuring 4: Nordling et al.: Intravesical Glycosaminoglycan Replenishment with Chondroitin Sulphate in Chronic Forms of Cystitis. (4)

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Uuringusse kaasati 286 kliiniliselt diagnoositud kroonilist tsüstiiti põdevat patsienti, näiteks IC-d/BPS-i (patsientide arv 165), kiirgustsüstiiti (15), üleaktiivse põie sündroomi, (OAB; 18) või krooniliselt korduvat põiepõletikku (86) põdevat ja täpsustamata etioloogiaga (18) patsienti. Tulenevalt asjaolust, et patsiendile sai määrata rohkem kui ühe diagnoosi, dokumenteeriti kokku 322 kliinilist diagnoosi. Kokku määrati 25 patsiendile rohkem kui üks diagnoos, enamikul juhtudest diagnoositi krooniliselt korduvat tsüstiiti koos OAB ja/või IC/BPS-iga. Uuritavad olid patsiendid 98 uroloogiakeskusest viiest Euroopa riigist, kellest 259 olid naised (90,6%) ja 27 mehed (9,4%). Patsientide keskmine vanus oli 60,5 eluaastat (miinimum – maksimum: 19–93 aastat), keskmine kaal 70 kg (42–115 kg) ja keskmine pikkus 168 cm (148–191 cm).
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Instillatsioon Gepan [®] instill'iga (0,2 % CS 40 ml-s) Raviskeem: Instillatsioonide vahelised intervallid põhinesid ainult uurija hinnatud kliinilistel vajadustel; juhiseina kasutati standardset ravisoovitust: üks instillatsioon esimese 4–6 nädala jooksul kord nädalas, seejärel üks instillatsioon kuus. ➤ tulemusena kokku 6–8 intravesikaalset annust
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Uuring ei hõlmanud kontrollrühma. Enne esimest instillatsiooni dokumenteeriti patsientide

	algtulemused ning neid kasutati ravi efektiivsuse määramisel võrdlusparameetritena.
4.2.4 Uuringu pikkus	Vaatlused kestsid kuni umbes 3 kuud.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Selles vaatlusuuringus ei määratletud konkreetset esmast tulemusnäitajat. Selle laiaulatusliku edasivaatava vaatlusuuringu eesmärk oli kirjeldada spetsiaalse uroloogilise ravi efektiivsust, talutavust ja ohutust kroonilise tsüstiidiga patsientidel, kasutades kaheksat maksimaalselt 0,2% kondroitiinsulfaadi intravesikaalse instillatsiooni annust.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	See uuring demonstreerib kõigi kroonilise tsüstiidi vormide puhul peamiste ühiste sümptomite, eriti urineerimissageduse, urineerimisvajaduse ja vaagnapiirkonna valu (kusepõie või alakõhu) sümptomite olulist paranemist. Samal ajal registreeriti üha positiivsemaid efektiivsuse üldhinnanguid ning põie funktsionaalse võimekuse suurenemist. Üksikasjalikud muutused enne ja pärast ravi on järgmised: <ul style="list-style-type: none"> • Päevane urineerimissagedus langes $12,7 \pm 0,4 \rightarrow 9,2 \pm 0,3$; • Öine urineerimissagedus langes $4,0 \pm 0,2 \rightarrow 2,1 \pm 0,1$; • Urineerimisvajadus langes $6,8 \pm 0,1 \rightarrow 3,4 \pm 0,2$; • keskmine valu intensiivsus langes $4,8 \pm 0,1 \rightarrow 2,6 \pm 0,1$; • Kõrgeim valu intensiivsus langes $6,3 \pm 0,2 \rightarrow 3,6 \pm 0,2$; • Madalaim valu intensiivsus langes $3,3 \pm 0,1 \rightarrow 1,8 \pm 0,1$. Need andmed toetavad varasemate uuringute tulemusi, mis hõlmasid vähem patsiente ning demonstreerisid head ravi edukust.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Ravi efektiivsuse üldine hindamine, mis põhineb patsientide ja arstide arvamusel.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Kõigi näidustuste puhul andis positiivse üldhinnangu 82% patsientidest ja 84% arstidest (tuginedes suurepärasele või rahuldavatele hinnangutele). Erinevate diagnooside tõttu kategoriseeriti üldhinnangu andmine diagnoosi järgi. Patsiendid ja arstid hindasid ravi positiivselt IC/BPS puhul (165 juhtu; vastavalt 76,7% ja 78,6%), kiirgustsüstiidi puhul (15 juhtu; mõlemad 100%), OAB puhul (38 juhtu; vastavalt 76,7% ja 82,1%) ja krooniliselt korduva tsüstiidi puhul (86 juhtu; vastavalt

	90,6% ja 93,8%).
--	------------------

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Teadaolevad kõrvaltoimed puuduvad.	
Väga sage ($\geq 1/10$)	Ei ole kohaldatav
Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)	Ei ole kohaldatav
Rasket kõrvaltoimed	Ei ole kohaldatav
Võimalikud tüsistused	<p>Koostoimed teiste meditsiiniliste seadetega GAG-kihi ajutiseks asendamiseks pole teada. Empiiriliste kogemuste puudumise tõttu ei tohiks aga samaaegselt kasutada teisi GAG-kihti asendavaid meditsiinilisi seadmeid. Koostoimed ravimitega ei ole teada. Teoreetiliste kaalutluste tõttu ei tohiks samaaegselt rakendada ravi uriini hapestavate ravimitega (nt metioniin, ammooniumkloriid).</p> <p>Kateteriseerimisega seotud tüsistuste teke on võimalik ning see võib olla tingitud mehaanilisest ärritusest või mikroobide edasikandumisest põide.</p>
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi	
<p><i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i></p> <p><i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i></p>	
<p>Tootega seotud kõrvaltoimed pole teada.</p> <p>Põiepõletikke, mis on põhjustatud mikroobide põide kandumisest, ravitakse tavaliselt sobivate antibiootikumide abil.</p>	
4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas	
<p><i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, kui puuduvad tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</i></p>	
Ei ole kohaldatav	

5. Tõendus põhise võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega		
5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu		
<i>Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.</i>		
Alternatiivi liik	Alternatiiv	Lisaelgitus / märkused
<i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused,</i>	<i>Märkida alternatiivse raviviisi</i>	<i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>

<i>soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	<i>teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>		
Valuvaigistid			
Spasmolüütikum	Drotaveriin		
Antimuskariinsed preparaadid	Solifenatsiin, oksübutüniin, tolterodiin		
Antihistamiinsed preparaadid			
Antidepressandid	Amitriptüliin		
5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes <i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i>			
Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	
S2K guideline Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis (IC/BPS) by the Deutsche Gesellschaft für Urologie AWMF-guideline 043/050	2018	CS-i instillatsioon IC/BPS-i puhul on soovitatav teise rea ravina (esimese rea ravi on käitumuslikud ravimeetodid)	100 % „tuleks kasutada“
		<i>Käitumuslikud ravimeetodid</i> (esimese rea ravi)	95 – 100% „tuleks kasutada“
		<i>Suukaudsed ravimid</i> (teise rea ravi)	100 % „tuleks kasutada“
		Pentosaanpolüsulfaat Amitriptüliin Mirtasapiin, Hüdroksüsiin, Tsimetidiin, Nifedipiin, PDE5 Valuvaigisti <i>Intravesikaalne ravi</i> (teise rea ravi)	80 % „tuleks kasutada“ 90 – 100% „saaks kasutada“
		hüaluroonhape hepariin, lidokaiin DMSO	100% tuleks kasutada 100% „tuleks kasutada“ 100% „saaks kasutada“ 100% „ei tohiks kasutada“
EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain (Management of BPS)	2020	Enne invasiivsemaid meetmeid manustada intravesikaalselt hüaluroonhapet või CS-i	Nõrk
		<i>Käitumuslikud ravimeetodid</i> BPS-i ravi puhul kaaluda alati suukaudsete või invasiivsete ravimeetodite kõrval multimodaalsete käitumuslike,	

		füüsiliste ja psühholoogiliste võtete pakkumist <i>Suukaudsed ravimid</i> BPS-i raviks manustada amitriptüliini või pentosaanpolüsulfaati <i>Intravesikaalne ravi</i> Enne invasiivsemaid meetodeid pakkuda intravesikaalset lidokaiini ja naatriumvesinikkarbonaati Enne invasiivsemaid meetodeid pakkuda intravesikaalset hepariini eraldiseisvana või osana kombinatsioonravis <i>Teised</i> Kui instillatsioonravi on ebaõnnestunud, pakkuda botuliintoksiini tüüp A (BTX-A) trigonaalset süstimist submukosaalse põie seinaga koos hüdrodistensiooniga Pakkuda neuromodulatsiooni enne invasiivsemaid sekkumisi Ablatiivne elundi operatsioon tuleb läbi viia ainult viimase abinõuna ning vaid kogenud ja BPS-iga kursis kirurgide poolt	Tugev Tugev Nõrk Nõrk Tugev Nõrk Tugev
--	--	---	--

5.3 Kokkuvõtte tõendus põhiseusest võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega
Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.

Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.

Tsüstiidi krooniliste vormide ravi on väga mitmekesine, ulatudes mittemeditsiinilistest (käitumuslikest) ravivõimalustest tavapärase farmakoloogilise valuvaigistava ravi, süsteemse ravi ja viimase võimalusena kirurgilise ravini (8–11). Kusepõie kaitsva GAG-kihi defitsiit on seotud paljude krooniliste tsüstiidi vormide (12), sealhulgas IC/BPS-i (13–15), OAB (16, 17), kiirgustsüstiidi (18) ja krooniliste korduvate UTI-de (19) patofüsioloogiaga. Tsüstiidi krooniliste vormide puhul on kirjeldatud väga sarnaseid võtmesümptomeid, nagu näiteks sage urineerimine, urineerimisvajadus ja vaagnapiirkonna valu (20–23). Sellest hoolimata on iga sümptomi ulatus ja tõsidus igal patsiendil erinev. Tsüstiidi erinevate vormide juhistes soovitatakse arvukalt erineva edukusega ravistrateegiaid, mis on jaotatud järgmistesse näidustuste eri vormidesse ja mida võrreldakse uue teenusega:

Interstitsiaalne tsüstiit

Enamik ravivõimalusi tegeleb IC sümptomitega, peamiselt farmakoloogilise valu leevendamisega (8, 24). Lisaks suukaudsele valu kontrollile soovitatakse olenevalt patsiendist ja IC raskusastmest antidepressante (amitriptüliin) ja antihistamiine (9, 16, 25–30) Patsiendid kannatavad tavaliselt elukvaliteedi olulise languse käes ning nende igapäevatoimingud on limiteeritud (31), mis rõhutab meditsiinilist vajadust tõhusate ravivõimaluste järele. Üldiselt on põie instillatsioonide eelis see, et

nad on suunatud otse põide, mistõttu suureneb kasutatud ravimite efektiivsus ning esineb vähem kõrvaltoimeid (32).

Kroonilise tsüstiidi puhul on olemas vaid piiratud koguses mittefarmakoloogilisi ravivõimalusi, mis toimivad kausaalselt, mitte sümptomaatilise suunatud ravivõimalusena. Viimastel aastatel on intravesikaalne füüsiliselt toimiv GAG täiendusravi, sealhulgas taotletav teenus, laiendanud ravivõimalusi ning on nüüd aktsepteeritud eeskujuliku IC standardravina (9, 33). GAG-kiht katab kusepõie uroteeli ja kaitseb seda ärritavate ja kahjulike uriinis lahustunud ainete, näiteks kaaliumioonide, mikrokristalliliste kaltsiumühendite või proteaaside eest (12, 15). GAG-kiht koosneb peamiselt CS-ist, dermatansulfaadist ja heparaansulfaadist. Veel ühte GAG-d, HA-d, leidub sidekoes ja ekstratsellulaarses maatriksis, kuid mitte kusepõie valendikus olevatel rakupindadel. (18) Teenus sisaldab CS-i, täpselt seda GAG-d, mis esineb põie valendiku küljel ning sobib hästi GAG-kihi täiendamiseks.(34) Lisaks puudub IC-patsientidel GAG-kihis CS – sellest vaatenurgast eelistatakse CS-i HA-le ning kunstlikule GAG-ile, pentosaanpolüsulfaadile. (35–37). Intravesikaalselt manustatud eksogeense CS-i puhul on näidatud, et GAG molekulid kinnituvad selektiivselt kahjustatud GAG-kihiga aladele ja ka jäävad sinna, nii et nad ei tungi uroteeli sügavamatesse kihtidesse (38). Samuti näitavad loomkatsete andmed, et läbilaskvusbarjääri taastamine saavutatakse CS-i (25) instillatsiooniga, mis viib suburoteelis põletikuliste rakkude arvukuse vähenemiseni (39). Alternatiivsed intravesikaalsed ravimeetodid hõlmavad analgeetikumide (lidokaiini), DMSO (dimetüülsulfoksiidi) kasutamist, vähendades põie ärritust ja valu, kuid neid võib seostada ka selliste kõrvaltoimetega nagu talumatus ja valu (7, 9, 40).

Kiirgustsüstiit

Kusepõie kiiritusraviga seotud peamine kõrvaltoime on hematuuria ning verejooksu peatamiseks keskendutakse kiirgustsüstiidi ravisoovitustele. Võimalikud ravimeetodid on süsteemne ja kusepõiesisena hemostaatiline ravi, hüperbaariline hapnikuga varustamine (HBO) ning ablatiivne ravi või kirurgiline tsüstektoomia.

Kiirgustsüstiidi patofüsioloogia hõlmab endas progresseeruvat endarteriiti, mis viib kudede kehva hapnikuga varustamiseni ning lõpuks koe isheemiani. Uuringud HBO tulemuslikkuse kohta patsientidel, kellel konservatiivne ravi kiiritamisest põhjustatud hemorraagilise tsüstiidi korral ei aidanud, on peamiselt retrospektiivsed. CR > 60% saadi tulemuseks uuringutes, kus kiirgusdoos oli 56–73 Gy ning puudusid rasked kõrvaltoimed. (49–52)

Ajalooliselt kasutati hematuuria vähendamiseks alumiiniumi ja formaliini instillatsiooni. Kuid kliinilist kasu on seostatud raskete kõrvaltoimetega kuni 40% juhtudest, ulatudes kusepõie spasmist neerukahjustuse ja surmani. (53) Hiljuti on GAG-ide instillatsioonravi, sealhulgas taotletav teenus, näidanud ~~SAE-ta~~ hematuuria puhul efektiivset toimet (CR = 100%) (3), kuid kliiniliste uuringute andmed on piiratud ning seetõttu ei ole neid kajastatud kiirgustsüstiidi näidustuste juhistes. (3, 54) Rebenenud submukosaalse vaskulatuuri ablatsioon ning koagulatsioon laserraviga või argoonkiire abil on kasulikud meetodid, kuna mõlema meetodi abil on võimalik verejooksu kontrolli all hoida ning neid meetodeid seostatakse CR-iga 75–97,5 protsendil juhtudest.

Definiitset kirurgilist tsüstektoomiat saab läbi viia siis, kui kõigi teiste vähem invasiivsete ravimeetodite rakendamine on ebaõnnestunud. Tsüstektoomia tulemusena võib tekkida Clavien-Dindo III-IV astme komplikatsioone (53).

Lisaks hematuurile põevad kiirgustsüstiidiga patsiendid IC-le sarnaseid sümptomeid ning sarnased ravimeetodid on loetletud ka IC puhul. Tuleb märkida, et esitatud teenus on suunatud kõigile seotud sümptomitele.

Kokkuvõtteks võib öelda, et CS-lahuse instillatsioon toimib kusepõie krooniliste haiguste korral defektset GAG-kihti täiendavalt, mis tähendab, et vajalik läbilaskvusbarjäär taastatakse ajutiselt ning seeläbi leevendatakse sümptomeid. Siiani ei ole teatatud intravesikaalse CS-i kõrvaltoimetest ning põhjuslik ravi on viinud sümptomite hea ja püsiva paranemiseni, samuti elukvaliteedi paranemiseni

kõigi nimetatud näidustuste puhul.

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Kirjeldada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud tegevused (sh. ettevalmistavad tegevused), nende esinemise järjekorras, kaasatud personal ja nende rollid, teenuse osutamise koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba) ning kasutatavad seadmed ja tarvikud. Võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad. Ravimiteenuste korral kirjeldada raviskeem: ravi pikkus, patsiendil kasutatavate annuste suurus.

Tsüstokoopia protseduur Gepani instilleerimiseks kusepõide

Protseduuri teostab arst või õde. Protseduuri kestus koos ettevalmistusega on 10-15 minutit.

- Protseduur viiakse läbi ambulatoorselt.
- Protseduuri ajal peab patsient olema lamavas asendis.
- Kusiti välisava ja ümbritsev piirkond puhastatakse antiseptilise vahendiga.
- Kusiti välisavast viiakse sisse tuimastavat ainet sisaldav geel, mis tagab kohaliku tuimastuse ja aitab paremini kateetril libiseda.
- Kusiti välisavast viiakse sisse ühekordne kateeter Gepani manustamiseks.
- Gepani süstelilt eemaldatakse kork ja ühendatakse kateetriga.
- Gepan sisestatakse kateetri kaudu põide.
- Gepan tuleb hoida põies minimaalselt 30 minutit.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

7.1 Tervishoiuteenuse osutaja

Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)

piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla ja kohalik haigla

7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? *Loetleda sobivad variandid.*

Tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt

7.3 Raviarve eriala

Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.

Uroloogia, onkoloogia

7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.

Gepan Instilli raviskeem:

Ravi algul üks instillatsioon nädalas – 4...6 nädalat, edaspidi 1 kord kuus. Maksimaalselt 12 korda aastas.

7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, õde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm).

Ei ole vajalik

7.6 Teenuseosutaja valmisolek <i>Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.</i>
-

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	ei
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	
8.6 Ravi tulemused Eestis	

9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta	12		
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta	50	8	400
2. aasta	100	12	1200
3. aasta	150	12	1800
4. aasta	200	12	2400
9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.</i>			
9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala	9.4.3 Teenuse osutamise	

	raviasutuste lõikes	kordade arv raviarve erialade lõikes

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Arsti/ õe visiit, kusepõie kateteriseerimine: 3002, 3004, 3035, 7159, 7163
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Eriarsti esmane, korduv vastuvõtt(3002, 3004);
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i>	Ei asenda
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?	Ravimi manustamiseks patsient peab iga kord tulema arsti/õe vastuvõtule
10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u> . <i>Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid. Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</i>	Kõik vajalikud eelnevad ja järgnevad tervishoiuteenused on märgitud punktis 10.1
10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad	Vt punkt 10.2

(samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u> . <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i>	
10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetuslehest kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetuslehest kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i>	Paljudes uuringutes on kirjeldatud olulist elukvaliteedi parandamist, mis võib lühendada töövõimetuslehest kestust
10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?	Ei ole täpsustatud.

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Esitada taotletavate tehnoloogia maksumus. Ravimi maksumuse info palume edastada juhul, kui ravimil puudub Eestis müügiluba ja/või müügiloo hoidja esindaja. Sellisel juhul palume esitada ravimi maksumuse koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgimüügi väljamüügi hind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).

Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“

79€ + KM 20% = 94,8€

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse⁸ §9lg4 peab ravimi müügiloo hoidja ühe kuu jooksul pärast ravimiteenusega seotud taotluse avaldamist haigekassa veebilehel esitama ravimi kasutamise farmakoökonomilise analüüsi, mis on koostatud vastavalt haigekassa veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁹, välja arvatud juhul, kui on mõjuv põhjus jätta see esitamata. Seega kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

Uue ravimiteenuse lisamine loetellu

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus⁸ „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kriteeriumide täpsem sisu ning kriteeriumidele vastavuse hindajad, tervishoiuteenuste loetelu hindamise tingimused ja kord, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni moodustamine ja töökord ning arvamuse andmise kord“

⁹ Kättesaadav:

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf

<i>Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.</i>		
11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakas. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tuisistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i>
<p>11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult <i>Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.</i> <i>Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatud ning selgitada: 1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda; 2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele; 3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.</i></p>		

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused		
12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i>		Esimese rea ravi peab olema dokumenteeritud ja kirjeldatud esimese rea ravi ebaefektiivsus, mis vähendab väärkasutamise tõenäosust.
12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i>		Kui rakendada vastavalt p 12.1 toodut, siis liigkasutamise tõenäosus on minimaalne
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i>		Ei avalda mõju
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine		Teise rea ravim, kui käitumuslikud ja medikamentoossed ravimeetodid on olnud ebaefektiivsed ja/või enne invasiivsemaid ravimeetmeid.

12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused

Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.

Teise rea ravim, kui käitumuslikud ja medikamentoossed ravimeetodid on olnud ebaefektiivsed ja/või enne invasiivsemaid ravimeetmeid.

13. Kasutatud kirjandus

Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:

Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.

Nt: Pouwer F et al. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 2001, Jul;18(7), 595-598.

Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberkandjal koopiad.

1. Gülpınar Ö, Esen B, Kayış A, Gökçe M, Süer E. Clinical comparison of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate therapies in the treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(1):257-62.
2. Kocatürk H, Atasoy N, Bedir F, Altay MS, Demirdöğen ŞO, Koç E, et al. Questionnaire-guided evaluation of the effectiveness of long-term intravesical 0,2% chondroitin sulfate therapy in interstitial cystitis. *International Urogynecology Journal.* 2020.
3. Schwalenberg T, Berger FP, Horn LC, Thi PH, Stolzenburg JU, Neuhaus J. Intravesical Glycosaminoglycan Replacement with Chondroitin Sulphate (Gepan®) instill) in Patients with Chronic Radiotherapy- or Chemotherapy-Associated Cystitis. *Clin Drug Investig.* 2015;35(8):505-12.
4. Nordling J, van Ophoven A. Intravesical glycosaminoglycan replenishment with chondroitin sulphate in chronic forms of cystitis. A multi-national, multi-centre, prospective observational clinical trial. *Arzneimittelforschung.* 2008;58(7):328-35.
5. Gauruder-Burmester A, Popken G. [Follow-up at 24 months after treatment of overactive bladder with 0,2 % sodium chondroitin sulfate]. *Aktuelle Urol.* 2009;40(6):355-9.
6. Rahnama'i MS, Rozenberg BB, Röschmann K, Arendsen HJ. Retrospective evaluation of efficacy and safety of intravesical 0,2 % chondroitin sulphate solution in urinary tract infections in comparison to treatment of UTI with long-term low-dose antibiotics EUGA (European Urogynaecological Association) 9th Annual Congress, Leading Lights in Urogynaecology;; Amsterdam, Netherlands 2016.
7. Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H, Furuta A, Ueda T, Maeda D, et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Int J Urol.* 2020;27(7):578-89.
8. Colaco M, Evans R. Current guidelines in the management of interstitial cystitis. *Transl Androl Urol.* 2015;4(6):677-83.
9. EAU EAoU. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. 2020. p. 1-81.
10. Droupy S. The therapeutic approach to different forms of cystitis: impact on public health. *Urologia.* 2017;84(Suppl 1):8-15.
11. Giusto LL, Zahner PM, Shoskes DA. An evaluation of the pharmacotherapy for interstitial cystitis. *Expert Opin Pharmacother.* 2018;19(10):1097-108.
12. Parsons CL, Boychuk D, Jones S, Hurst R, Callahan H. Bladder surface glycosaminoglycans: an epithelial permeability barrier. *J Urol.* 1990;143(1):139-42.
13. Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Cystitis (IC / BPS) [Diagnosis and therapy of interstitial cystitis (IC / BPS)], (2018).
14. Parsons CL, Greenberger M, Gabal L, Bidair M, Barme G. The role of urinary potassium in the pathogenesis and diagnosis of interstitial cystitis. *J Urol.* 1998;159(6):1862-6; discussion 6-7.

15. Hurst RE, Zebrowski R. Identification of proteoglycans present at high density on bovine and human bladder luminal surface. *J Urol*. 1994;152(5 Pt 1):1641-5.
16. Hohlbrugger G. Urinary potassium and the overactive bladder. *BJU Int*. 1999;83 Suppl 2:22-8.
17. Ueda T, Sant GR, Hanno PM, Yoshimura N. Interstitial cystitis and frequency-urgency syndrome (OAB syndrome). *International Journal of Urology*. 2003;10(s1):S39-S48.
18. Parsons CL, Stein PC, Bidair M, Lebow D. Abnormal sensitivity to intravesical potassium in interstitial cystitis and radiation cystitis. *Neurourol Urodyn*. 1994;13(5):515-20.
19. Constantinides C, Manousakas T, Nikolopoulos P, Stanitsas A, Haritopoulos K, Giannopoulos A. Prevention of recurrent bacterial cystitis by intravesical administration of hyaluronic acid: a pilot study. *BJU Int*. 2004;93(9):1262-6.
20. deVries CR, Freiha FS. Hemorrhagic cystitis: a review. *J Urol*. 1990;143(1):1-9.
21. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
22. Patnaik SS, Laganà AS, Vitale SG, Butticiè S, Noventa M, Gizzo S, et al. Etiology, pathophysiology and biomarkers of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(6):1341-59.
23. Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten [Epidemiology, diagnostics, therapy, prevention and management of uncomplicated bacterial outpatient acquired urinary tract infections in adult patients]. (2017).
24. Andersson KE, Birder L. Current Pharmacologic Approaches in Painful Bladder Research: An Update. *Int Neurourol J*. 2017;21(4):235-42.
25. Hauser PJ, Buethe DA, Califano J, Sofinowski TM, Culkin DJ, Hurst RE. Restoring barrier function to acid damaged bladder by intravesical chondroitin sulfate. *J Urol*. 2009;182(5):2477-82.
26. Metts JF. Interstitial cystitis: urgency and frequency syndrome. *Am Fam Physician*. 2001;64(7):1199-206.
27. Parsons CL, Greenspan C, Mulholland SG. The primary antibacterial defense mechanism of the bladder. *Invest Urol*. 1975;13(1):72-8.
28. Parsons CL, Lilly JD, Stein P. Epithelial dysfunction in nonbacterial cystitis (interstitial cystitis). *J Urol*. 1991;145(4):732-5.
29. Parsons CL, Albo M. Intravesical potassium sensitivity in patients with prostatitis. *J Urol*. 2002;168(3):1054-7.
30. Intravesical (in the bladder) GAG layer replacement treatment for your chronic cystitis, (2019).
31. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management, (2019).
32. Digesu GA, Tailor V, Bhide AA, Khullar V. The role of bladder instillation in the treatment of bladder pain syndrome: Is intravesical treatment an effective option for patients with bladder pain as well as LUTS? *International Urogynecology Journal*. 2020;31(7):1387-92.
33. Lazzeri M, Hurle R, Casale P, Buffi N, Lughezzani G, Fiorini G, et al. Managing chronic bladder diseases with the administration of exogenous glycosaminoglycans: an update on the evidence. *Ther Adv Urol*. 2016;8(2):91-9.
34. Janssen DA, van Wijk XM, Jansen KC, van Kuppevelt TH, Heesakkers JP, Schalken JA. The distribution and function of chondroitin sulfate and other sulfated glycosaminoglycans in the human bladder and their contribution to the protective bladder barrier. *J Urol*. 2013;189(1):336-42.
35. Hurst RE, Roy JB, Min KW, Veltri RW, Marley G, Patton K, et al. A deficit of chondroitin sulfate proteoglycans on the bladder uroepithelium in interstitial cystitis. *Urology*. 1996;48(5):817-21.
36. Hurst RE. A Deficit of Proteoglycans on the Bladder Uroepithelium in Interstitial Cystitis.

European Urology Supplements. 2003;2(4):10-3.

37. Slobodov G, Feloney M, Gran C, Kyker KD, Hurst RE, Culkin DJ. Abnormal expression of molecular markers for bladder impermeability and differentiation in the urothelium of patients with interstitial cystitis. *J Urol*. 2004;171(4):1554-8.

38. Kyker KD, Coffman J, Hurst RE. Exogenous glycosaminoglycans coat damaged bladder surfaces in experimentally damaged mouse bladder. *BMC Urology*. 2005;5(1):4.

39. Engles CD, Hauser PJ, Abdullah SN, Culkin DJ, Hurst RE. Intravesical chondroitin sulfate inhibits recruitment of inflammatory cells in an acute acid damage "leaky bladder" model of cystitis. *Urology*. 2012;79(2):483.e13-.e4.83E17.

40. Tutolo M, Ammirati E, Castagna G, Klockaerts K, Plancke H, Ost D, et al. A prospective randomized controlled multicentre trial comparing intravesical DMSO and chondroitin sulphate 2% for painful bladder syndrome/interstitial cystitis. *Int Braz J Urol*. 2017;43(1):134-41.

41. Urinary Incontinence, (2020).

42. Diagnosis and Treatment of Non-Neurogenic Overactive Bladder (OAB) in Adults: an AUA/SUFU Guideline (2019).

43. Chen JL, Kuo HC. Clinical application of intravesical botulinum toxin type A for overactive bladder and interstitial cystitis. *Investig Clin Urol*. 2020;61(Suppl 1):S33-s42.

44. Stamm AW, Adelstein SA, Chen A, Lucioni A, Kobashi KC, Lee UJ. Inconsistency in the Definition of Urinary Tract Infection after Intravesical Botulinum Toxin A Injection: A Systematic Review. *J Urol*. 2018;200(4):809-14.

45. Hsieh PF, Chiu HC, Chen KC, Chang CH, Chou EC. Botulinum toxin A for the Treatment of Overactive Bladder. *Toxins (Basel)*. 2016;8(3).

46. Veerasarn V, Boonnuch W, Kakanaporn C. A phase II study to evaluate WF10 in patients with late hemorrhagic radiation cystitis and proctitis. *Gynecol Oncol*. 2006;100(1):179-84.

47. Sandhu SS, Goldstraw M, Woodhouse CR. The management of haemorrhagic cystitis with sodium pentosan polysulphate. *BJU Int*. 2004;94(6):845-7.

48. Pascoe C, Duncan C, Lamb BW, Davis NF, Lynch TH, Murphy DG, et al. Current management of radiation cystitis: a review and practical guide to clinical management. *BJU Int*. 2019;123(4):585-94.

49. Ribeiro de Oliveira TM, Carmelo Romão AJ, Gamito Guerreiro FM, Matos Lopes TM. Hyperbaric oxygen therapy for refractory radiation-induced hemorrhagic cystitis. *Int J Urol*. 2015;22(10):962-6.

50. Degener S, Pohle A, Strelow H, Mathers MJ, Zumbé J, Roth S, et al. Long-term experience of hyperbaric oxygen therapy for refractory radio- or chemotherapy-induced haemorrhagic cystitis. *BMC Urol*. 2015;15:38.

51. Corman JM, McClure D, Pritchett R, Kozlowski P, Hampson NB. Treatment of radiation induced hemorrhagic cystitis with hyperbaric oxygen. *J Urol*. 2003;169(6):2200-2.

52. Dellis A, Papatsoris A, Kalentzos V, Deliveliotis C, Skolarikos A. Hyperbaric oxygen as sole treatment for severe radiation - induced haemorrhagic cystitis. *Int Braz J Urol*. 2017;43(3):489-95.

53. Smit SG, Heyns CF. Management of radiation cystitis. *Nature Reviews Urology*. 2010;7(4):206-14.

54. Shao Y, Lu GL, Shen ZJ. Comparison of intravesical hyaluronic acid instillation and hyperbaric oxygen in the treatment of radiation-induced hemorrhagic cystitis. *BJU Int*. 2012;109(5):691-4.

55. Talab SS, McDougal WS, Wu CL, Tabatabaei S. Mucosa-sparing, KTP laser coagulation of submucosal telangiectatic vessels in patients with radiation-induced cystitis: a novel approach. *Urology*. 2014;84(2):478-83.

56. Martinez DR, Ercole CE, Lopez JG, Parker J, Hall MK. A Novel Approach for the Treatment of Radiation-Induced Hemorrhagic Cystitis with the GreenLight™ XPS Laser. *Int Braz*

J Urol. 2015;41(3):584-7.

57. EAU Guideline on Urological Infection, (2020).

58. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline (2019).

Tabel 1: Lühendite loetelu

AUA	Ameerika Uroloogide Assotsiatsioon
BMI	Kehamassiindeks
BPS	Kusepõie valusündroom
BTX-A	Botuliintoksiini tüüp A
CR	Täielik ravivastus
CS	Kondroitiinsulfaat
DMF	Igapäevane urineerimissagedus
DMSO	Dimetüülsulfoksiid
EAU	Euroopa Uroloogia Assotsiatsioon
GAG	Glükosaminoglükaan
GRA	Üldine ravile reageerimise hinnang
HA	Hüaluroonhape
HBO	Hüperbaariline hapnikuga varustamine
IC	Interstitsiaalne tsüstiit
ICPI	O'Leary-Santi interstitsiaalse tsüstiidi probleemide indeks
ICSI	O'Leary-Santi interstitsiaalse tsüstiidi sümptomite indeks
NRS	Numbriline hindamiskaala
OAB	Üleaktiivne põis
PPUF	Vaagnapiirkonna valu ning urineerimisvajadus/-sagedus
RC	Kiirgustsüstiit
SPP	Naatriumpentosaanpolüsulfaat
QoL	Elukvaliteet
UTI-d	Kuseteede infektsioonid
VAS	Visuaalne analoogskaala

Taotluse esitamise kuupäev	
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialatühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	

