

Kroonilise neerupuudulikkusega haiged Tallinnas ja Ida-Euroopas (NACE-uuringu andmetel)

Merike Luman – Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Enamikul kroonilise neeruhaigusega patsientidel progresseerub neerupuudulikkus terminaalsete staadiumi ja tekib neeruasendusravi (dialüüsiravi või neerusiirdamine) vajadus. Neeruasendusravi vajavate haigete arv kasvab arenenud maades ca 80–100 patsienti aastas. Vähem on andmeid kroonilise neerupuudulikkusega haigetest Ida-Euroopa maades.

Aberdeeni Ülikoolist juhitud ja koordineeritud projekti “Needs Assessment For Chronic Renal Failure And End Stage Renal Disease In Eastern Europe (NACE)” eesmärgiks oli retrospektiivselt hinnata kroonilise neerupuudulikkusega ja terminaalsete neerupuudulikkusega haigete esmahaigestumist ja levimust viies piirkonnas (Loode-Venemaa, Poola, Leedu, Läti, Eesti). Teiseks uuringu eesmärgiks oli hinnata haigete suunamist nefroloogi konsultatsioonile ja neeruasendusravi kasutamist ning võimalusi. Eestist oli uuringusse haaratud Tallinna linn. Igas piirkonnas identifitseeriti patsiendid seerumi kreatiniiniga

>299 $\mu\text{mol/l}$ kõigi kohalike laboratooriumite andmebaaside alusel; ambulatoorsete või statsionaarsete haiguslugude põhjal tehti kindlaks kroonilise neerupuudulikkusega haiged ning jälgiti neid ühe aasta jooksul.

Uuringu kriteeriumitele vastavaid patsiente leiti Tallinnas 213, neist 204 patsiendi andmed olid täielikud. Tulemused standarditi vastavalt Euroopa standardrahvastikule ning arutati kroonilise neerupuudulikkuse esmasjuhtude sagedus (*incidence*) ja levimusmäär (*prevalence*). Tallinnas esines vastavalt 200 ja 498 juhtu miljoni inimese kohta.

Uuringu teostamisel paistis silma kroonilise neerupuudulikkusega haigete vähenemine ja hiline suunamine nefroloogi konsultatsioonile ning jälgimisele. Arvestades kroonilise neerupuudulikkusega haigete juurdekasvu, on vajalik neeruasendusravi programmi pidev laienemine Eestis.

Südame-veresoonkonna haiguste ennetamine – Tallinna Lipiidikeskuse töö aastatel 1998–2002

Arvo Mesikepp, Artur Ader, Helgi Jaagus, Anu Hedman, Valda Laasi, Tamara Nemm, Mari Reimand, Anne Kork, Tiina Tõruvere, Rein Vahisalu – Ida-Tallinna Keskhaigla, Tallinna Lipiidikeskus

Töö eesmärgiks oli Tallinna täiskasvanud elanike südamehaigustesse haigestumise riski uurimine vastavalt Euroopa Kardioloogide Assotsiatsiooni ja teiste ühingute koronaarhaiguste preventsiiooni juhistete ettekirjutustele (1). Varem tehtud

epidemioloogilised uuringud on näidanud tallinlaste suurenenud haigestumust ja suuremat südame-veresoonkonna haigustesse.

Eesti Haigekassa rahastas vastavalt südamehaiguste ennetamise projektile 30–60 aastaste

inimeste profülaktilisi uuringuid Tallinna Lipiidikeskuses, kus aastatel 1998–2002 uuriti 4662 inimest (2994 naist ja 1668 meest, vastavalt 64% ja 36%). Kõik pöördudajad täitsid ankeedi, milles selgitati välja nende põetud haiguste, harjumuste, füüsilise tegevuse ja pärilike tunnuste võimalikkus riskiteguritena. Võeti analüüsid veresuhkru ja lipiidide määramiseks ning tehti elektrokardiogramm. Uuringu tulemusena fikseeriti koronaarhaiguse risk ja patsiendile anti riskikaart tema andmetega, kõrgeks riski korral jagati soovitusi eluviisi ja dieedi suhtes ning tehti südameveresoonekonna lisauuringuid. Vajadusel määrati medikamentoosne ravi. Patsiendid pöördusid järelkontrolliks ning ravi korrigeerimiseks Tallinna Lipiidikeskusesse.

Olukord põhiliste mõjustatavate riskitegurite (sigarettide suitsetamine, kõrgeks arteriaalse vererõhu ja kolesterooli ainevahetuse häirete) osas oli järgmine: naistest suitsetas 489 (16%) ja meestest 501 (30%); kõrgeks arteriaalset

vererõhku (>140/90 mm Hg) leiti 1607 naisel (54% naistest) ja 823 mehel (49% meestest); üldkolesterooli kõrget taset (>6,5 mmol/l) leiti 1783 naisel (60% naistest) ja 411 mehel (25% meestest). Suurenenud ($\geq 20\%$) risk haigestuda 10 aasta vältel koronaarhaigusesse märgiti koronaarriski kaardile 419 naisel (14% naistest) ja 550 mehel (33% meestest).

Järeldused

Tehtud uuring näitab, et perioodil 1998–2002 uuritud Tallinna elanikel oli suur risk haigestuda koronaarhaigusesse. Mehed olid haigestumisest enam ohustatud kui naised.

Kirjandus

1. Eesti lipiidijuhised. Eesti Kardioloogide Selts, Eesti Sisearstide Selts, Eesti Perearstide Selts, Eesti Endokrinoloogide Selts, Eesti Haigekassa, WHO CINDI Programm; 2001.

Magneesiumi osa diabeetilisesst neuropaatiasst tingitud vaevuste vähendamisel

Tiina Mitt – Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Idee kasutada magneesiumi diabeetilise neuropaatia korral pärineb T. J. Maheri ja R. M. Levini poolt USA-s 2000. aastal teostatud uurimust käsitlevast artiklist "Diabetes mellitus and magnesium: unlikely partners". Diabeedi ja magneesiumi seoseid käsitlevaid uuringuid on tehtud ka varem. Juba 1952. aastal uuriti insuliiniresistentsuse ja magneesiumi vahelist seost, kus näidati, et hüpomagneesemia soodustab insuliiniresistentsust ja sellest johtuvalt hüperglükeemia teket. Seejärel on teostatud hulgaliselt uuringuid II tüüpi diabeediga haigetel magneesiumi mõjust ainevahetusele, eriti süsivesikute ja lipiidide ainevahetusele.

Magneesium

- osaleb kaltsiumi ainevahetuses;
- mängib rolli B-, C- ja E-vitamiini omastamisel/kasutamisel rakkude poolt;
- mõjutab süsivesikute ainevahetust, on aminohapete aktiveerijaks;
- omab võtmerolli vähemalt 300 ensümaatilises reaktsioonis, aitab aktiveerida valgu sünteesil osalevaid ensüüme;
- kindlustab ribosoomi terviklikkuse ning on hädavajalik replikatsioonil ja transkriptsioonil. Mg-vaegus tekitab rakulise energia puudulikkust.

Magneesiumi seerumikontsentratsioon ei pruugi peegeldada kogu organismi varusid. 97%

magneesiumist paikneb intratsellulaarselt. Ekstratsellulaarne magneesium mõjutab tsentraalset ja perifeerset sünaptilist ülekannet. Defitsiiti on täheldatud magneesiumi vähese absorptsiooni ja diureetikumide ning antibiootikumide kasutamisel. Tavaliselt tekib hüpomagneeseemia magneesiumi suurenenud eritumisel neerude kaudu (krooniline alkoholism, neerude halvenenud funktsioneerimine, diabeet).

Uurimuse eesmärk oli välja selgitada, kas magneesiumi manustamine vähendab diabeedi hilistüsistustest tingitud vaevusi. Põhirõhk oli asetatud diabeetilisele neuropaatiast tingitud vaevuste (õised krampid, tundlikkusehäired jm) vähendamisele. Uuringus osales 48 diabeedihaiget. Neist 20 patsienti põdesid I tüüpi ja 28 patsienti II tüüpi diabeeti. Hb1Ac tase oli 6,9–8,5 mmol/l.

Meetod. Vastavate kaebustega patsiendid võtsid 1–2 päeva 1,6–2 g Mg ööpäevas. Hiljem vähendati annust kuni 400 mg ööpäevas vastavalt patsiendi soole, kaalule, vanusele. Magneesiumi-

kuur kestis 2 nädalat kuni 1 kuu. Patsiente jälgiti 6 kuu jooksul.

Tulemused

89%-l patsientidest paranes subjektiivne enesetunne. Õised krampid, valud jalgades, piinav külmatunne jm nähud vähenesid või taandusid. Kahel juhul oli märgata neuropaatilise turse vähenemist/taandumist jalgadel. Kontroll filamendiga näitas, et 37%-l patsientidest paranes tundlikkus.

Arutelu teemad

- Kas oleks mõtet teha põhjalikum uuring magneesiumi kasutamisest/kasulikkusest diabeetilise neuropaatiaga patsientidel?
- Kuidas suhtuda magneesiumi määramisse vereseerumis?
- Kas oleks mõtet kontrollida vereseerumi magneesiumisisaldust I ja II tüüpi diabeeti põdevatel haigetel?
- Dieedisoovitused. Kas oleks vajalik rõhutada magneesiumi vajalikkust diabeedihaige toiduratsioonis?

Sarkoidoosi histoloogilise diagnoosi kinnitamise võimalikkusest tsentraalsete bronhide limaskestast biopsiauuringutega

Kaidi Nigol, Alan Altraja – TÜ kopsukliinik

Sarkoidoos on teadmata etioloogiaga multisüsteemne haigus, mille puhul iseloomulik granulomatoosne põletik tabab kõige sagedamini intratorakaalseid lümfisõlmi, kopse, nahka, maksa, põrna ja silmi. Sarkoidoosi diagnoos on kindel, kui kliinilis-radioloogilist leidu toetab mittekaseoossete epitelioidrakuliste granuloomide leid histoloogilises materjalis ning välistatud on teised haigused, mis võivad anda sarnase kliinilise ja patohistoloogilise pildi (1). Kopsukahjustuse korral rakendatakse diagnostilise valikmeetodina transbronhiaalset kopsubiopsiat fiiberbronhos-

koobi kaudu (2, 3); meetodi puuduseks on õhkrinna ja verejooksu tekitamise oht. Senised andmed turvalisema, tsentraalsete bronhide limaskestast biopsia diagnostilise väärtuse kohta on aga vasturääkivad.

Töö eesmärgiks oli retrospektiivselt analüüsida limaskestast rutiinse tangubiopsia diagnostilist väärtust Tartu Ülikooli kopsukliiniku sarkoidoosipatsientidel, kellel diagnoos kinnitati sõltumata muudest paikmetest võetud biopsiamaterjalidest.

Materjal ja meetodid. 13 patsiendilt (6 meest, 7 naist) vanuses 26–52 a (keskmine vanus

34,4 a) I või II radioloogilise staadiumi sarkoidoosiga võeti tangidega Olympus FB-19C fiiberbronhoskoopia käigus tsentraalsete bronhide limaskestalt 2–5 bioptaati.

Tulemused ja arutelu. Kirjeldatud meetodil saadi sarkoidoosi diagnoosi kinnitus ainult ühel juhul (I staadiumi sarkoidoos), kuigi limaskesta turse ja hüpervaskulaarsus olid nähtavad kõikidel uuritavatel. Meetodi diagnostiline väärtus oli seega 7,7% ning see jääb rohkem kui 10 korda alla väliskirjanduses väidetule (4).

Järeldused. Tulemused viitavad suurele arenguruumile bronholoogiliste uurimismeetodite ja patohistoloogilise diagnostika (koostöö) valdkonnas Tartus ning vajadusele standardit

metoodika järele biopsiamaterjali võtmiseks sarkoidoosipatsientidelt.

Kirjandus

1. Yamamoto M, Sharma OP, Hosoda Y. Special report: the 1991 descriptive definition of sarcoidosis. *Sarcoidosis* 1992;9(Suppl 1):33–4.
2. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, et al. ATS/ERS/WASOG Statement of Sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 1999;16:149–73.
3. Gilman MJ, Wang KP. Transbronchial lung biopsy in sarcoidosis: an approach to determine the optimal number of biopsies. *Am Rev Respir Dis* 1980;122:721–4.
4. Armstrong JR, Radke JR, Kvale PA, et al. Endoscopic findings in sarcoidosis. *Ann Otol* 1981;90:339–434.

Põlveliigese varase osteoartriidi esinemine 34–54aastastel Elva elanikel

Ann Tamm¹, Ülle Hansen², Karin Veske³, Agu Tamm⁴ – ¹TÜ spordimediitsiini ja taastusravi kliinik, ²Ülle Hanseni perearstipraksis, ³TÜ Kliinikumi radioloogiateenistus, ⁴TÜ sisekliinik

Osteoartriit (OA), sünonüümina ka osteoartritis, on vanemas eas oluliseks invaliidistumise põhjuseks. Põlve osteoartriidi (POA) esinemissagedus varieerub, kusjuures 45–65 a vanustel isikutel on leitud POA 2,9–17%-l juhtudest (Cooper, 1998). Tulemused näivad suuresti sõltuvat uuritavate kontingendist (vanus, rahvus, sümptomitega või ilma), kuid ka tehtud uuringute metoodikast. Tänapäeval on peale põlveliigese tibiofemoraalse (TF) osa vaja arvestada ka patellofemoraalset (PF) tabandust OAst. Kliiniliselt on tähtis, kas ja kuidas on põlvede funktsioonid häirunud. Eesti inimeste kohta seni sellised andmed puuduvad.

Töö eesmärk oli 1) leida põlveliigese osteoartriidi esinemissagedus 34–54aastaste tööealiste inimeste seas ühe perearsti praktilise nimistu alusel; 2) selgitada põlveliigese funktsioonihäirete esinemine 34–54 a vanustel inimestel.

Uuritavad. Uurimus tehti Tartumaal ühes Elva perearstipraksises. Kõigile nimistu 34–54 aasta vanustele inimestele (kokku 555) saadeti posti teel esmane ankeet. Esmase ankeedi ülesandeks oli välja selgitada põlveliigese valuga ja/või funktsioonihäirega isikud. Vastus tuli 348 isikult (63%), kellest 222 (2/3) vastasid jaatavalt põlvevalu või põlvede funktsiooni häire esinemise kohta. Kõigile neile pakuti võimalust tulla süvendatud uuringutele, millega nõustus 156 isikut (70% põlveprobleemidega inimestest). Neist 53 (34%) olid mehed ja 103 naised (66%) keskmise vanusega 45,5 ± 6,0 a. Süvendatud uuring korraldati 2002. aasta suvel.

Meetodid. Uuringute skeem. 1. Vaevused tehti kindlaks kahe standarditud küsimustikuga (visuaal-analoog- ja POT-skaala). POT-skaalaga (*Knee Osteoarthritis Outcome Score*) hinnatakse POA tagajärgi: põlveliigese valu, muid sümptomeid, toi-

metulekut igapäevategevuste ja spordiga, põlvest tingitud elukvaliteedimuutusi.

2. Kliiniliselt hinnati põlveliigeste seisundit (liikuvus- ulatus, turse ja krudinate esinemine liigese kasutamisel).

3. Röntgenogrammide tehti mõlemast põlveliigesest seistes (tibiofemoralse osa hindamiseks) ja lamades põlveliigese 60kraadises painutuses (nn *skyline*-projektsioon patellofemoralse osa hindamiseks). OA-le iseloomulike röntgenoloogiliste muutuste astet hinnati 0–3 skaalas.

4. Võimekust põlveliigeseid kasutada hinnati nelja testiga. Maksimaalset kõndimise kiirust uuriti 30 m läbimiseks kulunud ajaga (sek). Reie nelipealihase võimekust uuriti kolme erineva testi abil: (a) ajalise "tõuse ja mine" testiga (sek), (b) reguleeritava kõrgusega astmele ülesastumisega kummagi jalaga eraldi (cm), (c) tõusmisega reguleeritava kõrgusega toolilt (cm).

Statistiliseks andmetöötluseks kasutati mittepameetrilisi meetodeid: Manni-Whitney testi ja astak-korrelatsiooni Spearmani järgi.

Tulemused ja kommentaarid

1. **Arstlikul läbivaatusel** ilmnes, et kaebusi põlveliigeste kohta oli 73% uuritavatest, kusjuures oma arsti poole oli varem pöördunud vaid 18% uuritutest. Krudinaid esines ühe või mõlema põlve kasutamisel 80% uuritavatest, sh häirivaid krudinaid esines 5% juhtudest. Uuritud Elva naistest 70% olid ülekaalulised (kehamassi indeks >26).

2. **Röntgenoloogiliselt** olid põlveliigese mõlemad liigesepinnad (TF ja PF) muutusteta 28% uuritutest. I astme OA leiti 54% ning II või III astme OA 18% uuritutest, s.t 4,9% algvalimist. Nii algavat kui väljakujunenud OAd esines sagedamini PF liigesepinnal. Täpsemalt, II astme OA leiti 21 inimesel, sh 10-l isoleeritult PF alal, III astet oli 6 juhul (kõik naised!), sh 5 PF-liigeses. Seega jäänuks 15 juhul 27st väljakujunenud OA avastamata, kui poleks tehtud PF ülesvõtet.

3. **Põlvevalu** tugevas astmes esines VAS-skaalale märgituna 17% inimestest, POT-alaskaalas (P1–P9) vastavalt 30%. Erinevused tulenevad sellest, et

esimesel viisil fikseeriti valu uurimise hetkel, teise skaalaga aga viimasel nädalal esinenud valu erinevates tegevustes.

4. **Muud** (peale valu) **POT-skaalas** väljendatud tulemused. Jäikust jt takistusi põlve(de) kasutamisel esines tugevas astmes 29%-l uurituist; igapäevaste tegevuste olulist häirumist 24%-l; ulatuslikke piiranguid sportimisel 35%-l; elukvaliteet (põlvedega seoses) oli väga hea 5%-l, halvenenud 84%-l, oluliselt halvenenud 11%-l küsitluteest.

5. **Põlvede kasutamist** nõudvad tegevused olid piirangutega üsna suurel osal inimestest, osal isegi toolilt tõusmine (8% uurituist). Aeglustunud kõnnikiirus 30 meetri testil oli 34% uuritutest, pikem "tõuse ja mine" testi aeg 27% uurituist. Suutlikkus astmele üles astuda osutus paljudel piiratuks: vähem kui 20 cm astusid 6% meestest ja 18% naistest.

6. **Kliinilise ja radiograafilise leiu korrelatsioonid.** Radiograafiline TF OA oli POT-skaala põlvevaludega nõrgalt seotud ($r = 0,202$; $p = 0,02–0,04$). Pisut tugevam oli korrelatsioon TF OA ja põlvede jäikuse vahel ($r = 0,306$; $p = 0,002$). Mõlemad seosed esinesid ainult naiste rühmas. PF OA seostus ainult naistel 30 m testi tulemusega ($r = 0,259–0,328$; $p = 0,002$).

Järeldused

1. Põlveliigese radiograafilist OAd esineb 34–54 a vanustel inimestel meie valiku andmetel vähemalt 4,9% väljakujunenud ja 14,6% algavas astmes. Muutused esinevad ca 4 korda sagedamini PF-liigeses võrreldes TF-liigesega. Ka osutusid erinevaiks PF ja TF osteoartriidi seosed subjektiivse ja objektiivse leiuiga.

2. Naiste ja meeste põlveliigeste vaevuste ning röntgenoloogilise leiu uurimisel ilmnesid soolised erinevused, mistõttu tulemusi peaks käsitlema sugude kaupa eraldi.

3. Põlvede kasutamise takistusi esineb 35–54 a vanustel isikutel eeldatust sagedamini, küündides kuni 40%ni põlvevaevustega keskealistest. Seega ei piirdu põlveliigeste probleemid ainult vanemate inimestega. Põlvevaevustega seoses väheneb

elukvaliteet suurel osal tööealisest inimestest, kusjuures nende vaevuste pärast pööratakse arsti poole harva.

4. Arvestades nõrka korrelatsiooni vaevuste, põlveliigete funktsiooni ja struktuurimuutuste (röntgenleiu) vahel, on võimalik, et need kolm mõõdet – patsiendi enesehinnang, radiograafiline

ja funktsionaalne mõõde – on kõik vajalikud POA iseloomustamiseks.

5. Meie poolt POA-isikute uurimiseks kasutusele võetud meetodid võimaldavad välja selgitada ka suhteliselt tagasihoidlikke häireid.

ann.tamm@kliinikum.ee

Heerfordti sündroom ja sarkoidoos

Pille Tein¹, Imbi Kuus¹, Marko Pastak² – ¹TÜ silmakliinik, ²Tallinna Silmakliinik

Sarkoidoos on granulomatoosne multisüsteemne haigus. 90%-l juhtudest on haaratud kopsud, kopsuvälistest manifestatsioonidest on ca 25%-l juhtudest haaratud ka silm ja/või pisaranääre. Haigus võib kulgeda ägedalt või olla krooniline. Ägeda kulu puhul on silmanähtudest enamasti tegemist uveiidiga (rohkem eesmise uveiidiga – iridotsükliidiga), kroonilise kulu puhul on võimalik igasuguse lokalisatsiooniga silmapõletik (sealhulgas ka korioretiniit).

Diagnostika on keeruline ja lõpliku diagnoosini jõudmiseks tuleb arvestada mitmeid laboriandmeid, mis sageli ei ole spetsiifilised ainult sellele haigusele. Biopsia kinnitaks diagnoosi, aga selle teostamine ei ole alati võimalik (eriti silmas).

Tavatu haigusjuht – Heerfordti sündroom

21aastasel naispatsiendil tekkis mõlema ülalau pehme kahvatu turse. Kolme nädala pärast tekkis vasaku kõrva ette analoogne pidevalt suurenev turse ja vasaku kõrva valulikkus. Patsient hospitaliseeriti nädala pärast näo-lõualuude kirurgia osakonda. Vasaku *gl. parotis*e piirkonnas esines tihke valulik infiltraat, parema *gl. parotis*e piirkond oli vähem infiltreeritud, valutu; suus vasakust papillist sülge ei eritunud. Vasakul postaurikulaarsed lümfisõlmed olid kergelt valulikud.

Reumatoloogi konsultatsioon: Sjögreni sündroomi kahtlus, soovituslik süljenäärme biopsia.

Silmaarsti konsultatsioon: nägemisteravus mõlemast silmast normi piires, mõlema ülalau turse, parema ülalau ptoos, parema näo poole ja kornea tundlikkuse häired (*n. trigeminuse*se sensoorse osa häire), parema näo poole miimiliste lihaste parees, maitsetundlikkuse vähenemine, pisaranäärme alatalitus – Schirmeri test 0 mm (*n. facialis*e parees). Silmaarsti hüpotees: Heerfordti või Mikuliczi sündroom.

Laboratoorsed analüüsid: CRV 1 mg/l; Ca 1,18 mmol/l; üldvalk 74 g/l (α -globuliinid normis); IgM 0,91 g/l; IgG 14,30 g/l; IgA 5,00 g/l; SR 17 mm/t; Lk $6,93 \times 10^9$ /l; Eos 8,1%; seroloogilised uuringud haigustekitajatele (HSV1-2, VZV, CMV, EBV, mumpsiviirus) IgM-negatiivsed. Spetsiifilised analüüsid: SS-A, SS-B Ak-negatiivsed; HLAB 27,56; CW 1; DR 1; DQ 6; ANA-negatiivsed; kilpnäärme hormoonid normis; ACE 67,1 (N 8 ...52).

Punktbiopsia süljenäärmetest ei andnud vastust (materjal ei olnud diagnostiline). Alahuule väikeste süljenäärmete punktsioonbiopsial oli sarkoidoosile iseloomulik leid. Rindkere ülesvõte: sarkoidoos, I tüüp (kahepoolne lümfadenopaatia; polütsükliiliselt piirdunud hiiluste suurenemine). KT-uuring: kahepoolne *gl. parotis*e ja *gl. lacrimalis*e suurenemine.

Diagnoosi hüpoteesid:

- Sjögreni sündroom (kahepoolne adenopaatia);
- Heerfordti sündroom (kahepoolne adeniiit, kraniaalnärvide parees, uveiiit);

- Mikulicz'i sündroom (kahepoolne adeniid).

Kuna on haaratud nii näärmekoe kui kraniaalnärvid, siis võib seda haigusjuhtu käsitleda kui sarkoidoosist põhjustatud Heerfordti sündroomi.

Ravi on pikaajaline glükokortikoidravi. Tervistumise prognoos kopsuvälise vormi korral on hea, kraniaalnärvide haaratuse korral võivad jääda jääknähud.

ANCA-positiivsed vaskuliidid – kolm haigusjuhtu kopsuarsti vaatevinklist

Piia Tuvik¹, Erve Sööru² – PERH sisehaiguste kliiniku ¹Mustamäe korpus, ²Kivimäe korpus

Primaarsed vaskuliidid on heterogeenne haiguste rühm, mille ühene liigitamine on keeruline, sest puuduvad täielikud teadmised vaskuliitide etioloogiast ja patogeneesist. Tänapäevane klassifikatsioon rajaneb olulistel sõlmpunktidel nagu tabatud veresoonte läbimõõt ja patogeneesi põhiolemus. Patogeneesi alusel jaotatakse vaskuliidid immuunkompleks-positiivseteks ja *pauci* immuun- (vähe immuunkomplekse) ehk ANCA-positiivseteks vaskuliitideks. ANCA-l (anti-neutrofiilsed tsütoplasmaatilised antikehad) on oluline roll vaskuliitide patogeneesis ning ta on kasulik marker vaskuliitide diagnoosimisel ja ravi hindamisel.

Kopsuveresoonte põletikuliste haiguste põhiline patohistoloogiline leid on kopsukapillaaride põletik, mida iseloomustab kapillaari seina nekroos ja neutrofiilne infiltratsioon ning alveooli septide kapillaaride fibrinoidne oklusioon; tekib difuusne alveolaarne hemorraagia. Haigete kaebuseks on hingeldus ja verikõha. Kopsude röntgeniülesvõttel on difuusne kahepoolne alveolaarne infiltratsioon. Pulmonaarset kapillariiti põhjustavad Wegeneri granulomatoos, mikroskoopiline polüarteriit, Churgi-Straussi sündroom, Goodpasture'i sündroom, süsteemne erütematoosne luupus, idiopaatiline pulmoreaalne sündroom, Behçeti sündroom, Henochi-Schönleini purpur, IgA-nefropaatia, antifosfolipiidsündroom, süsteemne skleroos, difenüülhüdrantoiini tarvitamine. Viiteid tõenäolise diagnoosi kohta saab anamneesist,

haige läbivaatusest, immunoloogiliste laboritestide tulemustest (anti-ds-DNA, anti-GBM, ANCA); lõpliku diagnoosi annab histoloogiline leid.

Esitame kolm haigusjuhtu ANCA-positiivsetest vaskuliitidest primaarse kopsude tabatusega: 1) Wegeneri granulomatoos (WG) – 33aastane meespatsient, esmane atakk 2003. a; 2) mikroskoopiline polüangiit (mPAN) – 65aastane naispatsient, diagnoos 2002. a oktoobris; 3) Churgi-Straussi sündroom (CSS) – 35aastane naispatsient, diagnoos 2002. a mais.

WG, mPAN, CSS on ANCA-positiivsed vaskuliidid, mille korral on kahjustatud väikesed ja keskmise kaliibriga veresooned. Kõik haigused on klassikalisel kujul väga omanäolised. Kui aga haiguse poolt on põhiliselt tabatud kopsude ja neerude arterioolid, siis tekib diferentsiaal-diagnostilisi probleeme neeru- ja kopsupuudulikkuse geneesi kindlakstegemisel. Siinkohal tuleb rõhutada kudede ja organite biopsiamaterjali uurimise olulisust, sest igal vaskuliidil on väga iseloomulik histoloogiline leid. WG on granulomatoosse, mPAN nekrotiseeriva iseloomuga põletik ja CSS puhul on määravaks eosinofiilide leidumine põletikukoldes. Vaskuliidid on agressiivse kuluga haiguste rühm ja ravita on ühe aasta elulemus 10–20%. Vaskuliitide tunnustatud raviks on glükokortikosteroidi ja tsüklofosfamiidi kombineeritud ravi, mis on tõstnud 5 aasta elulemust 82%ni. Kuna ravi on väga

tüsi-sterohke (tüsihtub 42% haigetel 5 a jooksul) ja ravi ei suuda ära hoida organkahjustusi, uuritakse intensiivselt teisi immuunsupresseerivaid

agenseid ja alternatiivseid ravivõimalusi nagu plasmaferees, α -interferoon, γ -globuliin, TNF- α inhibiitor jt.

Südamehaiguste riskiteguritega patsientide mittemedikamentoosne profülaktika

Rein Vahisalu, Arvo Mesikepp, Anu Hedman, Ene Mäeots, Ruth Kivistik, Valda Laasi, Maike Mandre – Ida-Tallinna Keskhaigla sisekliinik

Töö eesmärgiks on selgitada mittemedikamentoosseid mõjustusi (dieedi ja füüsilise aktiivsuse muutusi) südame-veresoonkonna haiguste riskile. Tallinna Lipiidikeskuses, mis praegu on osa Ida-Tallinna Keskhaigla sisekliiniku südame-tervisekeskusest, uuriti koronaarhaiguse riskitegurite mittemedikamentoosseid muutusi 63 inimesel: 18 mehel ja 45 naisel vanuses 32–63 aastat (keskmine vanus meestel 49 ja naistel 51 aastat).

Pärilikkuse andmed: 61%-l meestest ja 78%-l naistest oli lähisugulastel olnud südamelihase infarkt, äkksurm, kõrgvererõhktõbi. Suitsetas 17% mehi ja 22% naisi. Mingit füüsilist koormust ei olnud 44% meeste ja 55% naiste elustiilis (56% mehi ja 45% naisi tegeles füüsilise töö või regulaarselt mingi treeninguga). Dieeti oli eelnevalt pidanud 11% meestest ja 2% naistest. Meeste keskmine kehamassi indeks (KMI) oli 27, naistel 26. Uuritavad jaotati KMI alusel nelja rühma: mehed ja naised, KMI alla või üle 25. Pärast dieedi- või füüsilise

Tabel. Vereseerumi lipiidisisaldus (mmol/l) enne ja pärast dieeti erinevates uuringurühmades

	Mehed		Naised	
	KMI <25	KMI \geq 25	KMI <25	KMI \geq 25
Üldkolesterool enne dieeti	6,7	6,8	6,7	6,7
Üldkolesterool pärast dieeti	5,8	6,0	5,9	5,9
LDL-kolesterool	3,7	3,7	3,6	3,6
HDL-kolesterool	1,3	1,4	1,4	1,4
Triglütseriidid	1,3	1,3	1,2	1,3

koormuse alast nõustamist kontrolliti neil uuritavatel vereseerumi lipiidisisaldust keskmiselt kolme kuu (2–14 kuu) pärast.

Tulemused on toodud tabelis.

Järeldused

Dieediga saavutati uuritavatel kolesterooli-ainevahetuse olulisi muutusi, mis vähendasid ka võimalikku koronaarhaiguse riski nendel isikutel. Saavutati püsiv elustiili muutus (kehakaalu langus, füüsilise aktiivsuse suurenemine, suitsetamisest loobumine) 72%-l uuritutest.

Vererõhu ööpäevane monitooring perearsti praktikas

Madis Veskimägi – Tõstamaa Tervisekeskus

Vererõhu mõõtmine on perearsti praktikas sage uuring, mida tehakse rutiinselt patsiendi üldläbivaatusel, samuti antihüpertensiivset ravi saavatel haigetel. Olles saanud mõõtmistulemuse, tekivad kohe ka küsimused: kui usaldatav see on, mil määral on leid mõjutatud orgaanilisest patoloogiast ja milline osa on siin

patsiendi psühhoemotsionaalsel hetkeseisundil. Esitatud küsimustele vastamine polegi nii lihtne, tihti peale ei anna tõest tulemust ka poolettunnine "rahunemine" ooteruumis ega korduv vastuvõtt. Ei ole arstlikult päris õige lasta patsiendil ise vererõhku mõõta, sest tulemust mõjutab seadmestik ja vilumus. Kõige tõesema tulemuse annab

aga vererõhu ööpäevane monitooring vastava seadmega, mis fikseerib süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtuse eelnevalt määratud sagedusel nii aktiivsel kui passiivsel perioodil. Saadud 55–60 mõõtmistulemust on piisavad, et saada patsiendi vererõhuväärtustest tema igapäevaelu taustal täielik ülevaade.

Käesoleva uurimuse eesmärgiks on hinnata vererõhu ööpäevase monitooringuseadme kasutamist perearstipraktikas, kõrvutada arsti mõõdetud vererõhuväärtusi seadme fikseeritud näitudega.

Uurimismaterjal ja meetodid

Andmed pärinevad Tõstamaa Tervisekeskuse patsientidelt, kellel on erinevatel näidustustel tehtud vererõhu ööpäevane monitooring ajavahemikul 05.12.2002–22.03.2003. Selle aja jooksul on uuring teostatud 17 patsiendil, 8 nais- ja 9 meespatsiendil. Uuritavate keskmine vanus oli 59,2 a; naispatsientide keskmine vanus 63,3 ja meespatsientidel 55,5 eluaastat. Uuringu näidustused on jagatud kahte rühma: esmaselt leitud hüpertensiooni täpsustav diagnostika 8 patsiendil ja eelnevalt rakendatud antihüpertensiivse ravi tõhususe hinnang 9 haigel. Kõigi haigete puhul tekkis kahtlus arsti vastuvõtul mõõdetud vererõhuväärtuse paikapidavuses väljaspool vastuvõturuumi. Tuginedes saadud andmetele, on leitud korrelatsioonikordajad mõõtmistulemuste vahel, andmed on esitatud tabelina. Näitaja arvutamisel on kõrvutatud vastuvõtul mõõdetud süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtusi seadme fikseeritud päevase ja öise kõrgeima, madalaima ning keskmise diastoolse ja süstoolse vererõhu väärtusega.

Korrelatsioonikordaja vahemikus 0,8–1 märgib tugevat seost; 0,6–0,8 mõõdukat ning 0,3–0,6 nõrka seost.

Tulemused

Tabelis toodud andmete põhjal ilmneb tugev korrelatiivne seos arsti mõõdetud ja vererõhumonitori fikseeritud süstoolse vererõhu kõrgema väärtuse vahel. Korrelatiivne seos on aga mõõdukas, kui võrrelda arsti mõõdetud väärtusi seadme fikseeritud keskmise ja madalaima, päevase ja öise, diastoolse ning süstoolse vererõhu väärtusega. Saadud tulemused viitavad sellele, et üldjuhul on ööpäevase kõrgeima süstoolse ja diastoolse vererõhu fikseerinud arst. Huvitav on

Tabel. Korrelatsioonikordajad mõõtmistulemuste vahel

	Süstoolne vererõhk	Diastoolne vereõhk
Päevane, kõrgem	0,91	0,71
Päevane, madalam	0,64	0,51
Päevane, keskmine	0,80	0,62
Öine, kõrgem	0,80	0,64
Öine, madalam	0,75	0,46
Öine, keskmine	0,78	0,57

märkida, et ühel ja samal patsiendil on vererõhuväärtused ööpäevaselts väga erinevad, ulatudes hüpotoonilistest hüpertoonilistele väärtusteni.

Tuginedes töökogemusele vererõhu ööpäevase monitooringuseadmega ja eeltoodud uuringuandmetele, võib kinnitada, et arstliku otsuse tegemine, arvestades pelgalt vaid vastuvõtul fikseeritud vererõhuandmeid, ei ole piisav. Vaadeldes vererõhu ööpäevase kõikumise andmeid, on võimalik seletada vastuvõtul fikseeritud kõrge ja ülükõrge vererõhu ühe põhjusena patsiendi psüühomotsionaalset omapära. Neile haigetele on iseloomulik ka vererõhu hüppeline tõus ja normaliseerumine teistes psüühomotsionaalset stressi põhjustavates olukordades. Vererõhu ööpäevase seirega saab vältida põhjendamata antihüpertensiivse ravi määramist, millega võib kaasneda ka hulk tüsistusi (ortostaatiline hüpotensioon, öine komistamine, traumad, elukvaliteedi langus, seksuaalne düsfunktsioon jm). Antihüpertensiivset ravi saavatel patsientidel on uuring efektiivne täpsema, kogu ööpäeva ohjava ravi planeerimisel.

Iga kõrgenenud vererõhuväärtustega patsiendi uuringuplaani peaks kuuluma ka vererõhu ööpäevane monitooring tema tavapärases elu- ja töökeskkonnas. Selle uuringu kasutegur on suur, võimaldades tuua selgust nii patsiendile kui arstile ja langetada õigeid otsuseid edasises käsitluses.

Kirjandus

1. Viigimaa M jt. Eesti hüpertensioonijuhised. Eesti Hüpertensiooniühing, Keskaigekassa; 1999.
2. Rakel RE. Essentials of family practice. 2nd ed. WB Saunders Company; 1998.
3. Braunwald E, Hauser S, Longo D, et al. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2001.
4. Matthews DE, Farewell VT. Using and understanding medical statistics. Karger; 1988.