

Unemeditsiini arenguvõimalused Eestis

Väino Sinisalu¹, Rain Jõgi² – ¹TÜ Kliinikumi närvikliinik, ²TÜ Kliinikumi kopsukliinik

Tänapäeva kiiresti muutuv elukorraldus, mille on tinginud jätkuv industriaalrevolutsioon ja linnastumine, põhjustab inimeste kohastumishäireid. Üks selle avaldumisvorm on järjest sagedam unehäirete esinemine. Halvasti magatud öö ei lase end tunda väljapuhanuna, häirub tähelepanu- ja kontsentratsioonivõime, alaneb meeleolu ja töövõime. Töötajate unisus on olnud paljude liiklus- ja tööõnnetuste põhjuseks. Näiteks tuuakse sageli supertankerite Exxon Valdese uppumist Alaska rannikul ja World Prodigy uppumist Rhode Islandi lähedal 1989. a. Ka kosmosesüstiku Challenger allakukkumist 1986. a seostatakse juhtimiskeskuse töötaja unisusega.

Unehäired on väga levinud arenenud riikide inimeste hulgas. Joonisel 1 on toodud unehäirete levimusuuringu tulemused Skandinaavias ja Eestis.

Unetus – insomniat – on ebarahuldav uni, mis võib avalduda uinumisraskustena, katkendliku unena, liigvarajase ärkamisena, mille järel ei suudeta uinuda. Hinnanguliselt esineb umbes 16%-l juhtudest nn primaarne insomniat, 24%-l kaasneb unetus ärevushäiretega, 8%-l depressiooniga. Unehäired võivad kuni 10%-l kaasneda somaatilise haigusega. Rõhutatakse, et kognitiivsed ja käitumuslikud tegurid, nt uneärkveloleku vaheldumise reeglipärasuse rikkumine, võivad soodustada või kinnistada unehäireid.

Mitmete somaatiliste haigustega kaasnevad uneaegsed hingamishäired, mis on halva une ja päevase unisuse põhjuseks. Umbes 95% neist on seotud uneaegsete obstruktiivsete hingamishäiretega – obstruktiivse uneaпноoega (OUA). OUA episoodiks peetakse uneaegsest ülemiste hingamisteede obstruktsioonist tingitud õhuvoolu seiskust üle 10 sekundi või ka õhuvoolu vähenemist hingamisteedes üle 50% kestusega üle 10 sekundi, kui sellega kaasneb oksühemoglobiini desaturatsioon üle 4%. OUA episoodi järel inimene tavaliselt ärkab ning avanevad hingamisteed. Enamasti inimene ise ei tunneta oma ärkamise põhjust. Uneaegne hingamisteede osalisest sulgumisest tingitud norskamine esineb kuni 60%-l täiskasvanutest ja üksikud uneaegsed apnoeepisoodid on normipärased. Tõeline OUA esineb umbes 4%-l meestest

ja 2%-l naistest. On tõestatud, et OUA on tõsine südamehaiguste riskitegur: nii rütmihäire tekke kui ka kardialse äkksurma risk on OUA-patsientidel kordi suurem. Seda seletatakse hingamispeetuse järel vallanduva sümpaatilise närvisüsteemi toonuse tõusuga.

Unehäiretega patsiendid on seega mitme eriala probleem ning nende häirete diagnostika ja raviga tegelevad Eestis erinevad erialad.

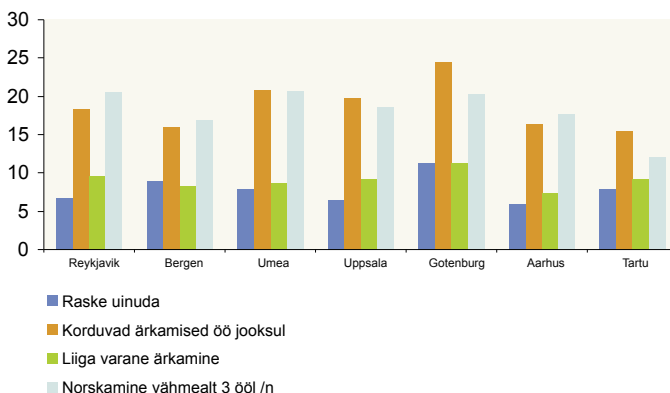
Psühhiaatrikliinikus on kasutusel uneaegne polüsomnograafia ja seal tegeldakse une kvaliteetse hindamisega ning mitteorgaaniliste haiguste korral erinevate unehäirete raviga. Nende häirete käsitlemisele on spetsialiseerunud dr Tuuliki Hion.

Kõrva-nina-kurguhaiguste kliinikus on samuti une polüsomnograafilise uurimise võimalus. Seal tegeldakse OUA diagnostika ja raviga (dr Marlit Veldi). Prof Mart Kull on entusiastlikult juurutanud ülemiste hingamisteede obstruktsiooni raviks mitmesuguseid meetodeid. Ülemiste hingamisteede kroonilised haigused võivad samuti olla uneaegsete hingamishäirete põhjuseks.

Pulmonoloogiikliinikus tegeldakse uneaegse hüpokseemia raviga kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsientidel (dr Rain Jõgi).

Siiski on Eestis praegu unehäirete uurimise ja raviga tegeldud eelkõige entusiastide eestvedamisel, väljakujunenud korralduslikku baasi selleks ei ole.

Samas ei ole unehäirete diagnoosimine võimalik ilma vastava aparatuurita. Lihtsaim diagnostiline võimalus on kogu öö kestev pulssoksümeetriline



Joonis 1. Unehäirete levimus (n = 16191). Allikad: Occup Environ Med 2005;62:113-118. Am J Respir Crit Care Med 2004;170:799-803.

uuring (hemoglobiini hapnikuga küllastamise monitooring).

OUA täpseks diagnoosimiseks on vajalik kogu öö hingamise polügraafiline uuring, kus lisaks hemoglobiini küllastamisele registreeritakse hingamise ja õhuvoolu parameetrid ning südamegevuse näitajad. Täismahus kogu öö polüsomnograafilisel uuringul registreeritakse lisaks eelnevale elektroentsefalograafia, elektromüograafia, elektrookulograafia. Nii on võimalik hinnata uneaegseid ärkamisi ja unefaase.

Aparatuuri soetamine nõuab investeringuid ja tehtud uuringud peavad need tasa teenima. See tähendab täiendavate teenuste lisamist haigekassa hinnakirja.

Raske OUA ravil on ainsaks efektiivseks võimaluseks CPAP-aparaat (*continuous positive airway pressure*), mis võimaldab nina (või nina-suu) maski kasutades hoida une ajal hingamisteed neeluruumis tekitatud positiivse rõhu toimel avatuna. Meie ekspertide hinnangul on 2005. a Eestis ligi 200 CPAP-ravi vajajat.

Senini pole haigekassa unehäirete diagnoosimiseks ja raviks vajalikku raha piisavalt leidnud ning unehäirete aparatuurne diagnostika ja raske OUA sündroomiga haigete ravi on võimalik nende 100%-lisel omavastutusel. Küll on haigekassa ava-

nud rohelise tee ninahingamise häiretega haigete kirurgilisele ravile.

Palju sõltub nii arstide kui ka avalikkuse suhtumisest probleemist: päevasel ajal unine inimene on tavaarvamuse kohaselt pigem koomiline, mitte traagiline või tervisehäirele viitav nähtus. Päevasel ajal purjus inimene avalikus kohas ei ole enam naljakas, vaid juba probleemne nähtus. Südame-veresoonkonna haiguste profülaktika on meil ühiskonna prioriteet, tunnistame, et ravimata hüpertoonia on südamehaiguse riskitegur, alahindame aga OUA tähendust riskitegurina. Kõik teame, et joobnud liiklusvahendi juht on ohtlik iseendale ja teistele, keeldume aga tunnistamast, et OUA sündroomiga päeval unine inimene on paljudes ametites samavõrd suur ohuallikas.

Esimene Eesti unemeditsiini konverents toimus 15.–16. aprillil 2005. a Võrus Kubija unehoiukeskuses. Samas asutati 16. aprillil 2005 Eesti Unemeditsiini Selts. Seltsi presidendiks valiti dr Mae Pindmaa, lisaks temale kuuluvad juhatusse kolleegid Mart Kull, Marlit Veldi, Tuuliki Hion, Erve Sõõru, Jüri Kaik ja Rain Jõgi.

Vestluses vastloodud seltsi esimehe Mae Pindmaaga selgus, et asutajaliikmeid on seltsil 17. Selts näeb oma eesmärgi ja ülesandeid järgmises:

- Koondada unemeditsiiniga tegelevad spetsialistid, peale arstide ka psühholoogid ja nn unetehnikud.
- Kaasata IT-spetsialiste, kelle abiga saab võimalikuks uneregistreerimine ja selle häirete analüüs.
- Teadvustada avalikkusele unehäirete tähendust tervisele ning nende diagnoosimis- ja ravi võimalusi.
- Harida arstkonda ja selgitada tervishoiujuhtidele uneprobleemide olemust.
- Selgitada ka seadusandjatele unehäiretega inimestest tulenevaid ohtusid ühiskonnale (ravimata unepnoega inimene on liiklusvahendi roolis ohuks endale ja teistele).
- Arendada teadustegevust. Juba praegu on head kontaktid ja koostöö välja kujunenud Soome kolleegidega.

Lähema aja plaanis on korraldada 2006. a-l unemeditsiini konverents-seminar. Kavas on ka korraldada arstidele koolitusi.

Dr Mae Pindmaa on Kubija unehoiukeskuse asu-

taja ja üks omanikest. Unehoiukeskus paikneb ühes hoones koos Kubija hotelli ja tervisekeskusega. See on Eesti esimene ja seni ainus spetsialiseeritud üksus unehäirete raviks. Keskuses töötab peale Mae Pindmaa, kes on erialalt kardioloog, veel neuroloog, taastusarst ja kõrva-nina-kurguhaiguste eriarst. Patsientidest puudus ei ole. Enamasti pöörduvad abivajajad ise, osa ka perearsti saatekirjaga. Keskuses on võimalik teha täielik unepolüsomnograafiline uuring. OUA-haigetele soovitatakse CPAP-aparaati, mida neil ka proovitakse. Uuringute eest tasub patsient ise, CPAP-aparaadi hind on 8000–12 000 krooni ning selle peab praeguse arstiabikorralduse juures haige kas ise ostma või keskusest rentima. Kuna väga palju patsiente on Tallinnas, on keskusel kavas avada analoogne üksus ka Tallinnas.

On selge, et unemeditsiin on meie tervishoius seni veel täielikult teadvustamata ja harimata ala, mille järele on vajadus ja nõudlus. Vastloodud unemeditsiini seltsi ootab ees avar tööpõld.

eestiarst@eestiarst.ee



Eesti Unemeditsiini Seltsi juhatus (vasakult) Tuuliki Hion, Rain Jõgi, Erve Sõõru, Mae Pindmaa, Jüri Kaik, Mart Kull, Marliit Veldi