

Kardioloogia

Uus müokardi revaskulariseerimise ravijuhend

2010. aastal avaldati Euroopa uus müokardi revaskulariseerimise ravijuhend, mis valmis esimest korda Euroopa Kardioloogide Seltsi ja Euroopa Kardiorakaalkirurgia Assotsiatsiooni koostööna. Ravijuhendi eestikeelne taskuversioon on kättesaadav Eesti Kardioloogide Seltsi kaudu.

Müokardi revaskularisatsioon aortokoronaarse šunteerimise (AKŠ) või perkutaanse koronaarinterventsiooni (PKI) teel on peaaegu pool sajandit olnud koronaarhaiguse (CAD) ravi tugisambaks.

Mõlemad revaskulariseerimise meetodid arenevad pidevalt ning neid käsitletakse sageli konkureerivate ravivõimalustena. Tegelikult elus täiendavad need meetodid koronaarhaiguse ravis üksteist ja neid tuleks rakendada sõltuvalt situatsiooni erakorralisusest, pärgarterite kahjustuse anatoomiast, patsiendi eelistustest ja riskist.

Stabiilse CAD käsitluses on oluliseks aluseks SYNTAX (*Synergy between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery*) uuring, mille tulemusi üldistades sobib kirurgiline ravi kaugelearenenud CAD-haigetele, samas kui PKI on sobivam vähem ulatuslike pärgarterite muutuste ravis. Koronaarkahjustuse hindamiseks ja optimaalse ravimeetodi valikuks on välja töötatud SYNTAXi skoor. Olenevalt stabiilse CAD sümptomitest ja anatoomilisest keerukusest saab seda ravida kas ainult optimaalse medikamentoosse raviga või kombineerida seda PKI või AKŠiga. Uus ravijuhend laiendab patsientide rühma, kelle puhul saab valida nii AKŠi kui ka PKI vahel. Sobivaima revaskularisatsiooni strateegia üle aitab otsustada nn südame-



kond, kuhu kuuluvad kliiniline kardioloog, invasiivkardioloog ja kardiokirurg.

Ägedate koronaarsündroomide ravis on PKI end selgelt tõestanud primaarset revaskulariseerimise meetodina, olles vajaduse korral kiiresti teostatav ja efektiivne probleemse koronaararteri voolu taastamisel. **ST-segmendi elevatsioonita ägedate koronaarsündroomidega** patsiendid moodustavad heterogeense grupi, kellel on väga varieeruv prognoos. Revaskularisatsioonistrateegiate määramisel on oluline hinnata varajast riski. Suure riski korral on invasiivne ravistrateegia näidustatud juba esimese 24 tunni jooksul. **ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarktiga (STEMI)** patsientide käsitluses tuleks sisse seada hästi toimiv haiglaelne diagnostikavõrgustik ja teostada kiire transport lähimasse primaarset PKI-d teostavasse keskusesse (PKI valmidus 24 tundi 7 päeva nädalas). Seejuures on viivituse vähendamiseks soovitatav haige transport otse angiograafiakabinetti või intensiivraviosakonda. Esmane PKI on näidustatud, kui stenokardia on püsinud alla 12 tunni ja esineb püsiv ST-segmendi elevat-

sioon või varem dokumenteerimata Hisi kimbu vasaku sääre täielik blokaad. Kui PKI võimaluseta haiglas ületab transport PKI tegemiseks 2 tundi alates esimesest meditsiinilisest kontaktist, tuleb haigele viivitamatult teostada trombolüüs. PKI teostamine 3–24 tunni jooksul on rutiinselt näidustatud ka pärast edukat trombolüüsi.

Ravijuhendis on rõhutatud patsientide kesket rolli raviprotsessis ning neile antud info peab olema objektiivne ja kallutamata, tõenduspõhine, arusaadav ja kooskõlas seadustega. Samas ei tohiks kirjaliku informeeritud nõusoleku saamine viivitada šokis või STEMI-patsientidele viivitamatult revaskulariseerimise teostamist.

Lisaks revaskulariseerivate protseduuride arengule on viimastel aastatel väga tõhusalt paranenud ka medikamentoosse ravi efektiivsus. Näiteks tagab stabiilse koronaarhaiguse korral optimaalne medikamentoosne ravi tihti samaväärse tulemuse kui revaskularisatsioon. Ka revaskulariseeriva raviga peab alati kaasnema tõenduspõhine medikamentoosne ravi, mis parandab oluliselt patsiendi prognoosi. Uue ravijuhendi eesmärgiks on pakkuda parimaid lahendusi südame isheemilise erinevate kliiniliste vormide korral, tehes seda viisil, kus otsustusprotsessis on võrdselt esindatud kliinilise kardioloogi, invasiivkardioloogi ja kardiokirurgi seisukohad.

ALLIKAS

1. Wijns W, Kohl P, Danchin N, et al. Guidelines on myocardial revascularization: the task force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. *Eur Heart J* 2010;31:2501–55.

Mai Blöndal^{1,2}, Märt Elmet², Arno Ruusalepp^{1,2}, Jaan Eha^{1,2}

¹ TÜ kardioloogia kliinik,

² TÜ Kliinikumi südamekliinik

mai.blondal@kliinikum.ee