

30 aastat kardiokirurgiat Mustamäe haiglas

Andres Soosaar – Eesti Arst

12. novembril 2010 toimus Põhja-Eesti Regionaalhaiglas konverents „Kardiokirurgia 30 + 70 aastat“, millega tähistati 30 aasta möödumist müokardi kirurgilise revaskulariseerimise algusest Mustamäe haiglas ning kogu ettevõtmise pioneeri ja eestvedaja prof **Toomas-Andres Sullingu** 70. sünnipäeva. Konverentsi ettekanded pühendusid esmajoones aortokoronaarse šunteerimise (AKŠ) ning perkutaanse koronaarinterventsiooni võrdlevale analüüsile nii kroonilise kui ka ägeda koronaarpuudulikkuse puhul.

Konverentsi avaettekande pidas PERHi kardioloogide hea kolleeg dr **Jorma Sipponen** Helsingi ülikooli kliinikust, kes andis ülevaate südame vasakut vatsakest asendava seadme (LVAD, *left ventricular assist device*) kasutamise ajaloost ja tulevikuväljavaadetest. Sarnaselt südamevatsakeste enestega kujutab see seade pumpa, mis võtab vatsakese raske kahjustuse korral ajutiselt üle elundi vereringet tagava funktsiooni. Sel suvel paigaldasid esimese LVAD Eestis PERHi arstid. Soomes on meetodit 12 aasta jooksul kasutatud 30 korral ning selle kasutamise peamiseks näidustuseks on ikkagi elupäästva toe pakkumine patsientidele, kes on südamesiirdamise ootel.

Konverentsi peateema sissejuhatuses andsid prof **Toomas-Andres Sulling** ja prof **Jaan Eha** (TÜ kardioloogia kliinik) väga sisuka lähiajaloolise panoraami, kuidas nii laias maailmas kui ka iseäranis Eestis on arenenud südame revaskulariseeriv kirurgia

ning perkutaansed koronaararterite laiendamise meetodid. Prof Sulling kirjeldas oma ettekandes, kuidas alates 1961. a uuriti pikki aastaid südame revaskulariseerimise võimalusi katseloomadel ning alles 1974. a tehti Tartus Eesti esimene AKŠ inimesel. Samuti meenutas ta Eesti Südamekeskuse loomist ja tööd aastatel 1980–1995, mille käigus arenes Tallinnas vägagi arvestatav invasiivse kardioloogia keskus, kus teadustöö ning selle kliinilised rakendused olid tihedasti omavahel läbi põimunud ning tagasid üksuse eesrindliku kliinilise võimekuse. Prof Eha mõõnis samuti selle aja erilisust Eesti kardioloogia käekäigus, sest suhteliselt lühikese aja jooksul kaitsti 4 doktori- ja 24 kandidaadiväitekirja. Tutvustades perkutaansete invasiivkardioloogia meetodite ajalugu, oli ta nõus nendega, kelle arvates on EKG ja koronarograafia meetoditel võrreldav mõju kardioloogia arengule. Ta meenutas samuti, et esimesed koronaarstendid pandi Eestis 1990. aastate esimesel poolel.



Professor Toomas-Andres Sulling konverentsil.
Foto: Inga Lill

Dr **Margus Peeba** esitas AKŠi ja stentimise meetodite tõendus põhise võrdluse kroonilise koronaarpuudulikkuse puhul mitmete rahvusvaheliste uuringute alusel. Selle valdkonna moodsaks klassikaks on juhuslikustatud SYNTAX uuring, kus on võrreldud AKŠi või Taxus-stendi paremust kompleksse koronaarhaiguse ravis. Lisaks pidevalt uuenevatele võrdlusandmetele on selle uuringu üheks saaduseks ka Syntax-skoor, mille abil saabki formaliseeritult hinnata koronaarhaiguse kompleksuse astet. Lisaks SYNTAXile on selles vallas väga olulised uuringud veel SPIRIT, EXCEL ja FAME. Kokkuvõttena senistest tulemustest märkis dr Peeba, et komplitseeritud kolme koronaarsoone haiguse puhul tuleks eelistada AKŠi. Väiksema Syntax-skooriga juhtumitel näitab stentimine oma eeliseid, kuid ravimeetodi valikul tuleb ometi toimida juhupõhiselt ning arvestada mõlema meetodi kasusid ja riske konkreetsel patsiendil.

Dr **Holden-Väino Vähi** meenutas kuulajatele, et AKŠ ehk CABG (*coronary artery bypass graft*) on siiski valdkonna kuldseks standardiks, mida iseloomustab heades keskustes suhteliselt väike suremus (ligikaudu 2%). Sarnaselt dr Peebaga rõhutas ta AKŠi tähtsust raskete haigusjuhtude ravimisel. Talle sekundeeris hilisemas ettekandes dr **Margus Alver**, kes tutvustas lähemalt AKŠi erinevaid meetodeid ning samuti isheemilise müokardi erinevaid reaktsioone revaskulariseerimisele (*hibernating and stunned myocardium*) ning sellega seotud ajategureid.

Dr **Sigrid Järvekülg** tõstas kliinilise kardioloogina oma ettekandes müokardi revaskuleerimise ajastamise teema ning ta mõõnis erinevatele uuringutele ja reaalsele kliinilisele praktikale tuginedes, et aastatega on ägeda müokardi ravi läinud järjest invasiivsemaks. Ta leidis nii teadusuuringute kui ka esitatud konkreetsete haigusjuhtude alusel, et ägeda müokardiinfarkti

ravimisel tuleb ometi olla vägagi juhupõhine ning vajaduse ja võimaluse korral töötama prima ravitaktika leidmiseks tihedas koostöös invasiivkardioloogi ja kardiokirurgiga. Mitte kõikidel juhtudel ei tööta invasiivsemate ravimeetodite rakendamisel põhimõtte „mida varem, seda parem“ ning teatud juhtudel on vägagi näidustatud näiteks müokardiinfarkti trombolüütiline ravi.

Dr **Jaanus Laanoja** keskendus oma ettekandes eeskätt ägeda koronaarsündroomi komplekssele invasiivkardioloogilise ravi korraldusele PERHis ning ajategurile, mis selle süsteemi toimimise kvaliteeti ja tulemust väga oluliselt mõjutab. Uuringud on näidanud, et iga 30 minutit viivitud ravi alustamisega suurendab müokardiinfarkti suremust 1% võrra. PERHis on eesmärgiks alustada invasiivkardioloogilist sekkumist vähem kui 90 minutit pärast haige haiglasse saabumist ning tavapärasel tööajal on selle eesmärgiga ka hästi toime tulnud.

Konverents kulmineerus temaatilise paneeldiskussiooniga, mida juhatas prof J. Eha ning millel osalesid lisaks eespool mainitud esinejatele veel dr Sulev Margus Ida-Tallinna Keskhaiglast ning dr Arno Ruusalepp TÜ Kliinikumist. Paneeldiskussioonil tõstatati kardioloogide meeskonna tööjaotuse ja otsustusprotsessi teema, mida on rõhutatud ka uues Euroopa müokardi-revaskulariseerimise juhendis. Samuti vaeti, milline võiks olla optimaalne proportsioon AKŠi ja perkutaansete sekkumiste vahel ning erinevate andmete võrdluses näikse see olevat 3 : 1 viimaste kasuks. Kokkuvõttes jäi ümarlinal siiski domineerima arusaam, et kõikidel koronaarhaiguse ravimeetoditel on oma eelistatud näidustused, samuti kasude ja riskide profiil ning kuigi mõistlik ei ole ühtesid arendada teiste arvel. Pigem tuleb ravimeetodi valikul lähtuda ikka iga patsiendi vajadustest ning sellest, kui käepärast on arstidele üks või teine meetod otsuste tegemisel.

andres.soosaar@eestiarst.ee