

Insult on kohest erakorralist käsitlemist vajav kliiniline seisund

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Insult on meditsiiniline ja sotsiaalne probleem, mis põhjustab sageli raske defektseisundi. Insuldihaiget vajavad suuremal või vähemal määral kõrvalabi. Selle korraldamine on seotud arvestatavate materiaalsete ja psühhoemotsionaalsete kulutustega ühiskonnale ja haige omastele. Seoses rahvastiku vananemisega suureneb insulti haigestumus kogu maailmas. Hinnanguliselt ühel inimesel kuuest esineb elu jooksul insult, maailmas haigestub igal aastal sellesse 15 miljonit inimest, neist 6 miljonit sureb.

Viimasel kümnendil on ajuinfarkti ravis avanenud uued võimalused, sh isheemilise ala revaskulariseerimine, millega ravitulemused oluliselt paranevad.

Insuldi käsitlemise uued võimalused olid arutlusel 16. põhjamaade insuldikonverentsil Tallinnas. Seekord oli selle korraldamise au Eestil.

Toimetuse palvel nõustusid insuldi ravi ja ennetuse aktuaalseid küsimusi arutlema prof Markku Kaste Soomest, prof Helmi Lutsep USAst ja prof Toomas Asser ning dots Janika Kõrv Tü Kliinikumist. Vestlust juhtis ja selle kokkuvõtte pani kirja meditsiinitoimetaja Väino Sinisalu.

Insuldi käsitlemine on viimasel kümnendil põhimõtteliselt muutunud: see on samaväärselt südameinfarkti või traumaga kohest sekkumist vajav meditsiiniline seisund. Võimalus ajuarteri trombi lõhustada rekombinantse koe plasminogeeni aktivaatori alteplaasiga võimaldab ajuarteri trombi lüüsidada ja taastada verevarustus isheemilises ajuosas. Määravaks osutub ajategur: trombolüüsi tuleb alustada esimese 3 tunni jooksul sümptomite tekkest. Hilisem verevarustuse taastamine tulemusi ei anna.

Selline ajalimiit nõuab insuldisümptomite kohest äratundmist, kohest esmast meditsiiniabi, haige kiiret transportimist kompetentsesse raviasutusse ja kohest adekvaatset tegutsemist raviasutuses. Selle saavutamiseks



Prof Markku Kaste

tuleb inimesi teavitada insuldi ilmingutest ja ravivõimalustest, harida pere- ja kiirabiaste, luua haiglas valmisolek koheseks haige kompuutertomograafiliseks (KT) uuringuks, laboratoorseteks uuringuteks, raviaktiivse otsustamiseks ja trombolüüsi alustamiseks. Paljudes raviasutustes maailmas on loodud spetsiaalsed insuldiüksused. Nii M. Kaste kui ka H. Lütsep rõhutasid, et elanikkonna ja arstkonna harimiseks ning haigla töökorralduse tagamiseks on tulnud teha pidevat tööd, kuid tulemused ilmnevad aegamööda. Eestis jõuavad seni vaid umbes pooled insuldihaigetest arstiabini esimese 3 tunni jooksul haigestumisest.

Eestis on trombolüüsi tegemise kogemus Tü Kliinikumis, PERHis ja 4 keskhaiglas, kus on tagatud ööpäevaringne KT kättesaadavus ja neuroloogi valve.

Eestis alustati trombolüüsiga kliinikumis 2003. a ja aasta-aastalt on trombolüüsitud patsientide arv kasvanud. Praeguseks trombolüüsitakse kliinikumis ja PERHis 14% ajuinfarkti haigetest ning J. Kõrva hinnangul on kliinikumis ligi 42%-l haigetest trombolüüsi järel funktsionaalne võimekus 3 kuu jooksul oluliselt paranenud.

M. Kaste andmetel sõltub paranemine ka ajuinfarkti patogeneesist: parimad tulemused trombolüüsi järel leiti haigetel, kel oli väiksema arteriharu sulgus. Helsingi Ülikooli neuroloogiaosakonna andmetel oli trombolüüsitud haigetest 41%-l kardioembooliline ajuinfarkt, 23%-l esines suurte veresoonte ateroskleroos ja 11%-l väikeste arterite haigus. Soomes arendatakse trombolüütilise ravi rakendamist ka nendes väiksemates raviasutustes, kus ei ole neuroloogi valvet, kuid kättesaadavad on KT-uuring ja vajalikud laboratoorsed analüüsid. Selles kasutatakse telemeditsiini võimalusi, kus haige andmed edastatakse insuldiüksusele, kust juhendatakse edasist tegevust. Analoogsed arendused – *telestroke* – töötavad mitmes riigis.

Ka neil juhtudel, kui ajuinfarkti haigel ei olnud võimalik teha trombolüüsi, on haige varajase hospitaliseerimise korral ravitulemused oluliselt paremad. Tartu närvikliiniku andmetel vähenes ajuinfarkti haigete ühe kuu letaalsus viimase kümnendi jooksul 49%-lt 26%-ni eelkõige tänu haigete varajasele hospitaliseerimisele.

Nii Eesti kui ka Soome ja USA kogemuse põhjal jäävad kergemakujulised insuldivormid sagedasti vajaliku tähelepanuta, haiged ja nende lähedased ei pea neid haigusnähte piisavalt tõsisteks ega pöördu arsti poole, ematasandi või kiirabi arstid ei käsitle neid piisava

tähelepanuga. Ometi on seesuguste haigete varajase ravi alustamise korral prognoos parem ja ravi hilinemisel võib nende seisund oluliselt halveneda. Siin on ees suur tööpõld nii rahva kui ka arstide harimisel.

Väga suur on insuldi kordumise oht pärast esmast haigestumist. Eestis on 5000–6000 insuldijuhtu aastas, neist 85% on isheemilise geneesiga. Pärast esmast atakki kordub isheemiline insult 25–30%-l haigetest. T. Asseri hinnangul on siin määrav osa ajuinfarkti sekundaarsel profülaktikal ning ajuhemorraagia põhjuste kiirel selgitamisel ja ravis.

Sekundaarse preventiooniga tuleb alustada ajuinfarkti ägedas faasis pärast iga haige riskitegurite selgitamist. Infarkti aterotromboolse või mikroangiopaatilise geneesi korral tuleb alustada aspiriinravi, mida kirjanduses soovitatakse kombineerida koos dipüridamooli või klopidoogreeliga. Eestis on senini kombineeritud antitrombootiline ravi vähe kasutusel.

Infarkti kardioemboolilise geneesi korral on näidustatud antikoagulantravi, eriti kodade virvendusarütmia korral, mis on pooltel juhtudest kardioemboolilise infarkti põhjuseks. Kasutusel on varfariin, mille määramisel on vajalik regulaarne INRi mõõtmine (terapeutiline vahemik 2–3). Seetõttu on selle preparaadi kasutamine komplitseeritud ja Eestis oli 2010. aastal avaldatud insuldiauditi järgi varfariin kasutusel vaid 25%-l haigetest, kes seda oleksid vajanud. Viimastel aastatel kasutusele võetud uued antikogulandid dabigatraan ja rivaroksabaan on uuringute järgi niisama tõhusad kui varfariin, kuid nende kasutamisel ei ole vajalik vere hüübimisnäitajaid kontrollida. Nende laialdasemat tarvitamist piirab seni kõrge hind. Haigekassale on esitatud taotlus kehtestada hinnasoodustus dabigatraanile kodade virvendusarütmia haigetele.

Tõhusa raviviisina insuldi sekundaarses preventsoonis on end näidanud arteriaalse rõhu hoidmine tunnustatud eesmärkväärtustes. Praktikast ei ole see alati saavutatav ja seda nii Soomes, USAs kui ka Eestiski. On tõestatud, et sõltumata antihüpertensiivsest toimest on AKE inhibiitoritel ja ARBdel tõhus toime ajuinfarkti ennetuseks.



Prof Toomas Asser ja prof Helmi Lütsep



Dots Janika Kõrv

Kirjanduse andmeil soovitatakse statiine kasutada insuldi sekundaarses profülaktikas ka neil patsientidel, kel ei ole hüperkolesteroleemiat. Statiinidele omistatakse vasoprotektiivset toimet. Eestis on statiinravi võimalused nendel näidustustel selgelt alakasutatud.

H. Lutsepa hinnangul leiavad insuldi ravis järjest enam kasutust

koos trombolüütilise raviga mitmesugused trombektoomia meetodid, kuid esialgu puuduvad trombektoomia tõhususe kohta juhuslikustatud uuringud. Seda raviviisi on kirjanduse andmeil edukalt kasutatud valitud haigetel. Transitoorse ajuvereringe häire (TIA) ilmingud jäävad sageli nii arsti kui ka haigete omaste vajaliku tähelepanuta. TIA on paljudel juhtudel väljakujunenud ajuinfarkti n-ö eelmäng, samas võib TIA sümptomaatika esineda paljude teiste raskete ajuhaiguste korral, näiteks krooniline subduraalne hematoom, ajukasvaja jms. TIA-haiged vajavad kohest põhjalikku arstlikku uurimist insuldi riskitegurite suhtes ja riskitegurite korrigeerimiseks.

M. Kaste rõhutas, et insuldi, südameinfarkti ja vaskulaarse dementsuse riskitegurid on ühesugused. Nende avaldumist soodustab vähene füüsiline aktiivsus. Traditsiooniliselt eristatakse neid kardioloogilise, neuroloogilise või psühhiaatrilise haigestumisena, kuid selline vahetegemine ei ole põhjendatud, sest nende häirete patogenees, preventioon ja ka ravi on sarnased. Harjumuspäraselt rõhutatakse kardioloogilise haigestumuse suurt levimust ja selle ravi suurt osatähtsust rahva tervisele. Samas on näiteks Soomes töövõimetuse põhjustajana insuldi osa mitu korda suurem kui südameinfarktil. Neid seoseid on vaja laiemalt ühiskonnale selgitada. Pikemas perspektiivis on kulutused insuldi aktiivravi ja sekundaarsele preventsoonile oluliselt väiksemad kui kulutused insuldihaigete hooldamiseks. Soome neuroloogidel on õnnestunud luua parlamendis insuldi toetusrühm, et ka poliitikutele selgitada aktiivse insuldiravi nüüdisaja meetodite tõhusust.

eestiarst@eestiarst.ee

KIRJANDUS

- Kõrv J, Gross-Paju K, Haldre Sjt. Insuldi käsitlus Eestis: hetkeseis ja suundumused. Eesti Arst 2010;89:409–15.
- Mustanoja S, Meretoja A, Putola J, et al. Outcome by stroke etiology in patients receiving thrombolytic treatment: descriptive subtype analysis. Stroke 2011;42:102–6.
- Lees RK, Bluhmki E, von Kummer R, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. Lancet 2010;375:1695–703.
- Kõrv J, Vibo R. Transitoorne isheemiline atak – insuldi häirekell. Eesti Arst 2008;87:372–8.