

Neuroloogia

Ravi antiagregantidega on tõhus, kuid seni alakasutatud viis insuldi ennetuses kodade virvendusarütmiaga haigetel

Isheemiline insult on raske tervisehäire, mis sageli lõpeb surmaga, ja ellujäänutel jääb tõsine defektisund. Tartu elanike hulgas haigestus insuldi 2001.–2003. aastal 188 isikut 100 000 inimese kohta. Eestis oli 2001.–2003. aastal insuldi 28 päeva letaalsus 26%.

Kodade virvendusarütmiaga haigetel kujuneb insult 7 korda sagedamini kui normaalse südamerütmiga inimestel.

Kodade virvendusarütmi (AF, *atrial fibrillation*) esineb hinnanguliselt 1%-l inimestest kogu rahvastikust ja vanusega AFi risk kasvab, ulatudes kuni 12–14%-ni üle 80aastastel isikutel. Eesti andmeil on 35%-l insuldihaigetest haiguse põhjuseks AF. AF-haigetel kujuneb insult oluliselt sagedamini ja kulgeb raskemini kui näiteks unearteri stenoosiga haigetel.

Insuldi risk AF-haigetel suureneb oluliselt teiste riskitegurite kaasnemisel. Neist arvestatavad on südamepuudulikkus, arteriaalne hüpertensioon, diabeet, insult või transitoorne isheemiline atakk anamneesis ja vanus üle 75 eluaasta.

Viimase poolsajandi vältel on AFi trombembooliliste tüsistuste, sealhulgas insuldi profülaktikaks kasutatud K-vitamiini antagonistide varfariini. On näidatud, et varfariini optimaalse doseerimise korral (INRi väärtuse 2–3 saavutamise korral) väheneb oluliselt insuldi esinemissagedus AF-haigetel. Insuldi risk väheneb sealjuures märgatavalt ka teiste oluliste riskiteguritega AF-patsientidel. AFiga kaasneva 3–4 riskiteguri korral väheneb varfariinravi toimet insuldi kujunemise sagedus 50–60% võrra. Ka juhtudel, kui varfariiniga ravitutel tekib aju

isheemiline kahjustus, piirdub see enamasti lakunaarsete infarktikoletega.

Antikoagulantravi insuldi profülaktikaks AF-haigetele peab olema pidev. Varfariinravi pidev rakendamine optimaalse ravivastuse saamiseks (INR 2–3) vajab regulaarset INRi kontrollimist, sest ravimi toime sõltub paljudest teguritest. Kirjanduses on andmeid, et vaid 61%-l varfariiniga ravitutel saavutatakse INRi väärtus 2–3 ja 25%-l ravitutest on INRi väärtus alla 2.

Kirjeldatud raskuste tõttu on haigete ravisoostumus sageli halb ja varfariinravi on alarakendatud nii Eestis kui ka teistes maades.

Paremaid võimalusi antikoagulantravi rakendamiseks pakuvad uued suukaudsed antikoagulantid – otsene trombiini inhibiitor dabigatran ja otsene FXa inhibiitor rivaroksabaan. Mõlema ravimi kasutamise korral ei ole vajalik vere hüübimisnäitajate regulaarne jälgimine. Ulatuslikus rahvusvahelises uuringus RELY jälgiti 18 113 AF-patsienti, keda raviti varfariiniga või dabigatraniga, mida manustati 110 mg 2 korda päevas või 150 mg 2 korda päevas. Kaheaastase jälgimisperiodi vältel selgus, et insuldi esinemissagedus varfariiniga või dabigatraniga ravitutel annuse 110 mg 2 korda päevas korral oli ühesugune.

Dabigatran doosis 150 mg 2 korda päevas oli insuldi ennetuses tõhusam kui varfariin. Hemorraagia esinemissagedus oli dabigatraniga ravitute rühmades väiksem kui varfariiniga ravitutel, kuid gastrointestinaalseid verejookse oli dabigatranirühmas annuse 150 mg 2 korda päevas korral mõnevõrra sagedamini kui varfariiniga ravitutel.

Rahvusvahelises uuringus ROCKET jälgiti 14 264 AF-haiget võrdlevalt rivaroksabaani (20 mg päevas) ja varfariini (INR 2–3) toimet

insuldi ennetusel. Mõlemas ravitute rühmas oli insuldi esinemissagedus sarnane ja hemorraagiliste tüsistuste hulk sama.

Seega on nüüdseks kogunenud teadmiste valguses uued suukaudsed antikoagulantid tõsiseltvõetav alternatiiv varfariinile, lisaks on nad ka tunduvalt mugavamad kasutada.

Arvestades varfariinravi alakasutust võiks uute antikoagulantide kasutuselevõtuga oluliselt vähendada insuldi haigestumist ning seega vähendada suuri kulutusi seoses insuldihaigete ravi ja rehabilitatsiooniga. Mitmete uuringutega on tõestatud uute antikoagulantide kulutõhusus.

KIRJANDUS

1. Rebane R, Vibo R, Kõiv J. Antikoagulantravi kasutamine insuldi ja kodade virvendusarütmiaga patsientidel. Eesti arst 2009;88:545–51.
2. Klein L. Review: New oral anticoagulants reduced stroke and systemic embolism compared with warfarine in AF. Ann Intern Med 2012;157:jC3–2.
3. Doz P, Steffel J. Vitamin K antagonists. Ready to be replaced? Hamosfaseologie 2012;Sept 7;32(4) [Epub ahead of print].
4. Irs A, Uusküla M. Uued suukaudsed tromboosivastased ravimid dabigatran ja rivaroksabaan. Eesti Arst 2011;90:232–35.



Dr Väino Sinisalu –
TÜ Kliinikumi
närvikliinik
Vaino.sinisalu@
kliinikum.ee