

# Kallid minutid ja tunnid

**Toomas Asser – Tartu Ülikooli närvikliiniku neurokirurgiaprofessor**

Eesti eesistumise ajal Euroopa Liidu Nõukogus toimus juuli alul esimene meditsiinivaldkonda puudutav ühiskohtumine teemal „Võrdne ja tõendus põhine kvaliteetne preventatsioon, käsitus ja rehabilitatsioon kõigile insuldipatsientidele”.

Insuldist põhjustatud koormus ühiskonnale on hoolimata haigestumuse ja suremuse vähenemisest maailmas kasvuteel. Insult on teadaolevalt rohkem eakate haigus ning rahvastiku vananemise tõttu on Euroopa Liidu maades prognoositav 2015. aastast kuni 2035. aastani insuldijuhtude suurenemine 34% võrra.

Maailmas diagnoositakse aastas keskmiselt 15 miljonit uut insuldijuhtu, Eestis ligikaudu 4500. Kui insulti ei suudeta tulevikus tõhusamalt ravida kui praegu, siis napib meil juba lähitulevikus ressursse patsientide võrdseks ja heatasemeliseks abistamiseks. Seega ei ole insult pelgalt meditsiiniline probleem, vaid see on poliitiline ja ühiskonna jätkusuutliku arengu küsimus. Ei tohiks unustada, et insult on oluline rahvatervise probleem, mille kergemad vormid jäävad sageli ka tänapäeval küllaldase tähelepanuta. Suure haigete hulga ja raskete püsivate terviserikete tõttu on suremus aju vaskulaarsetesse haigustesse teisel või kolmandal kohal.

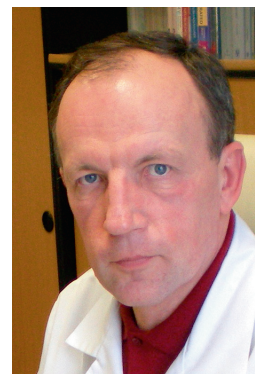
Insult, selle ennetamine, ravi ja hilisem taastusprotsess on terviklik tervishoiukorralduslik väljakutse kõikjal maailmas, sealhulgas ka Eestis. Sobilike tingimuste korral on ajuinfarkt ravitav haigus, millel on paraku minutite-tundidega möödavad kindlad ravi alustamise ajalised raamid. 1995. aastal võeti isheemilise insuldi ägeda faasi ravi reperfusiooni saavutamiseks kasutusele intravenoosne trombolüüs koetüüpi plasminogeeni aktivaatoriga ja ravi pidi alustama 3 tunni jooksul sümptomite tekke algusest arvates. 2008. aastast alustatakse ravi ka 4,5 tunni jooksul pärast sümptomite teket.

Järgmine oluline muutus ajuinfarkti ravis toimus 2015. aastal, mil viie sõltumatu uuringuga näidati endovaskulaarse trombektoomia rekanalisatsiooni oluliselt suuremat tõhusust võrreldes trombolüütilise raviga. Kui ravi alustada 3 tundi pärast sümptomite teket, siis peab ühe hea tulemuse saavutamiseks ravima 7 patsienti ning 4,5tunnise ajakriteeriumi korral 14 patsienti, kuid mehaanilise trombektoomiaga kolm patsienti. Tulemused on kõnekad ning trombektoomia on praegu ajuinfarkti korral parim praktika.

Ägedas staadiumis insuldi edukaks käsitlemiseks on tänaste arusaamade kohaselt kõige olulisemad kolm tingimust: ravi peab toimuma spetsialiseeritud insuldiüksustes, peab olema intravenoosne trombolüüsravi võimalus ning endovaskulaarse trombektoomia kättesaadavus. Meie insuldiravi korraldus on andnud tunnustust väärivaid tulemusi, võib isegi öelda, et see on üks Eesti meditsiini edulugusid. Kui enamikus maades on intravenooset trombolüüsravi saanute osakaal kõikidest isheemilise insuldiga patsientidest 1–9% siis Eestis on see 16,4%.

Ajuinfarkt on kulult heterogeenne ning praegu püütakse aru saada, miks 30–40% patsientidest paranevad ka siis, kui reperfusioon on tehtud väljaspool lubatavat ajaraamistikku. Võimalik, et on toimumas järgmine nn hüpe ajuinsuldi ravivõimalustes. Ajukoe kahjustusala hindamine magnetresonantstomograafia abil võimaldab teha individualiseeritud raviotsuseid. Uued stentkateetrid võimaldavad pikendada ravimenetluse algust kuni 24 tunnini alates sümptomite tekkest.

Insuldi ravis on juba lähitulevikus avanemas uued võimalused ning meie insuldiravi süsteem peaks valmis olema uute ravimeetodite kasutuselevõtuks. Ka uued võimalused on aegkriitilised, kuid nende korral saab aga kallist aega olema rohkem kui praegu.



**Toomas Asser**