

Janika Kõrv: insult on tõsine meditsiiniline ja sotsiaalne, kogu ühiskonda mõjutav probleem

TÜ Kliinikumi 2019. aastal loodud insuldikeskusele anti 14. augustil 2023 Euroopa Insuldiorganisatsiooni (*European Stroke Organisation*, ESO) sertifikaat, millega kinnitatakse, et insuldiravi kliinikumis vastab parimatele Euroopa standarditele. Insuldiravi olukorra kohta Eestis ja maailmas andis selgitusi närvikliiniku insuldikeskuse juht professor Janika Kõrv. Küsitles Väino Sinisalu.

Millised kriteeriumid peavad olema täidetud, et saada ESO sertifikaat?

Insuldiüksuse või -keskuse sertifikaadi saamiseks on ESO kehtestanud ranged standardiseeritud nõuded. Sertifitseerimisprotsess on pikk ning selle käigus hinnatakse osalemist insuldi kvaliteediregistris ja selle alusel insuldiravi kvaliteeti, igapäevatöö korraldust, kvalifitseeritud tugispetsialistide ja haiglasestest käsitlusprotokollide olemasolu, olulised on kaardistatud raviteekonnad, personali hulk ja selle kvalifikatsioon, järjepidev koolitussüsteem ja palju muud. Sertifikaadi pälvimine ei ole tunnustus ainult insuldikeskusele, vaid see märgib insuldiravi tiptaset kogu organisatsioonis, seega Tartu Ülikooli Kliinikum. Oleme esimene tervishoiuasutus Eestis, mis vastab parimale Euroopa standardile.

Kui tõsine tervisehäire insult tegelikult on ning millise meditsiinilise, sotsiaalse ja majandusliku koormuse see ühiskonnale kaasa toob?

Insult on veresoone lõhkemise või ummistuse tõttu äkki tekkiv peaaegu verevarustuse häire, mille tulemusena tekib neuroloogiline defitsiit, mis kestab üle 24 tunni või lõpeb surmaga. Enamikul, 85%-l juhtudest, on tegu isheemilise insuldi ehk ajuinfarktiga, 15%-l juhtudest on ajuhemorraagia. Patsient vajab kohe pärast insuldi tekkimist kiiresti ravi alustamist, akuutravi järel vajavad



Professor Janika Kõrv

paljud patsiendid taastusravi. Taastumine ei pruugi alati olla täielik ning patsiendile võib jääda erinevas astmes ja mahus puue, mistõttu ta võib vajada kõrvalabi.

Hinnanguliselt haigestub maailmas igal aastal insuldi 13,7 miljonit ja sureb 6,6 miljonit inimest. Insult on südame isheemiatõve järel sageduselt teine surmapõhjus. Prognooside kohaselt kasvab kogu maailmas aastaks 2050 insuldisurmade arv 50% ja puude või enneaegse

surma tõttu kaotatud eluaastate arv (haiguskadu) suureneb 31%. Täheledatakse ka insuldi haigestumise sagenemist nooremaeliste, alla 55aastaste isikute seas. Mõnevõrra optimistlikumad on insuldiga seotud prognoosid arenenud maade kohta – aastaks 2050 ennustatakse praegusega võrreldes insuldisurmade arvu vähenemist, haiguskaotuste arv jääb aga samale tasemele. Seda eelkõige tänu insuldi ennetuse ja efektiivse ravi paremale kättesaa-

davusele. Insuldiga seotud otsesed ja kaudsed kulud olid 2017. aastal arenenud maades hinnanguliselt 417 miljardit USA dollarit, aastaks 2050 suurenevad need juba 656 miljardi dollarini.

Milline on insuldi haigestumus Eestis, kuidas on see aja jooksul muutunud?

Viimase paarikümne aasta jooksul Eestis insuldihaigestumuse epidemioloogilisi uuringuid ei ole tehtud. Varem Tartus tehtud rahvastiku põhise epidemioloogilise uuringu andmete põhjal täheldati ajavahe-mikul 1991–2003 insuldi esmas-haigestumuse langust. Aastatel 1991–1993 oli Euroopa standardrahvastikule vanuse ja soo järgi kohandatud insuldi esmashaigestumus 230/100 000, kümme aastat hiljem, aastatel 2001–2003 aga 188/100 000. Erinevalt mõnede uuringute andmetel viimasel ajal täheldatud insuldi haigestumuse kasvust alla 55aastaste meeste ja naiste hulgas ei ole seda trendi Eestis ilmnenud. Nii oli Tartus aastatel 2001–2003 Euroopa standardrahvastikule kohandatud insuldi esmashaigestumus 15–54aastaste isikute seas 66 juhtu 100 000 inimaasta kohta, aastatel 2013–2017 aga 46/100 000. Rahvusvaheliste eksperthinnangute järgi võib aastaks 2047 oodata Eestis insuldasuremuse vähenemist 2,86% ja haiguskaot vähenemist 2,77% võrra. Hinnanguliselt on Eestis viimastel aastatel insuldi haigestunud 4000 inimest aastas.

Millised on insuldiravi põhimõtted tänapäeval?

Kuigi viimastel aastatel on uusi meetodeid kasutusele võetud ka hemorraagilise insuldi ravis, mõjutavad isheemilise insuldi uued ravi-võimalused patsiendi prognoosi tõenäoliselt siiski enam. Veenisise-selt manustatavate ravimitega on võimalik lõhustada trombi ajuarteris (trombolüüs), samuti on võimalik kateetriga siseneda ajuarterisse ja tromb seal eemaldada (trombektoomia). Esimene trombolüüs Eestis

isheemilise insuldi patsiendil tehti kliinikumis 20 aastat tagasi – 29. novembril 2003. Trombektoomia efektiivsus isheemilise insuldi korral leidis viimaks teadusliku tõenduse 2015. aastal avaldatud kliiniliste uuringute tulemusel, Eestis kasutati seda meetodit juba mitu aastat varem. Verevarustuse taastamine annab kliinilise efekti ja on ohutu, kui on säilinud veel eluvõimelist ajukude – üldjuhul 4,5 tunni jooksul haigestumise algusest, kuid teatud juhtudel isegi kauem, s.o kuni 24 tundi. Seega peab insuldihaige jõudma ravile võimalikult kiiresti. Halvatuse, teadvus- või kõnehäirega inimene ei ole võimeline ise endale abi kutsuma. On äärmiselt oluline, et patsiendi lähedased või teda ümbritsevad inimesed oskaksid ära tunda insuldile viitavad tunnused ja kutsuksid aega viitmata kiirabi, kes viivitamata transpordib patsiendi sinna, kus talle saab osutada parimat võimalikku abi. See nõuab järjepidevat elanikkonna informeerimist ja meditsiinipersonali koolitust.

Tänapäevaste arusaamade kohaselt tuleb pärast revaskulariseerivaid protseduure ja patsiendi seisundi stabiliseerimist kohe järgmisel päeval alustada taastusraviga ning jätkata seda ka pärast akuutravihaiglast lahkumist. Jätkuma peavad ka haiglas alustatud meetmed insuldi kordumise ennetuseks.

Kuidas on Eestis tänapäeval korraldatud isheemilise insuldi akuutse perioodi ravi?

Eestis on kokku 6 insuldiüksust, kus on haiglas kohal neuroloogia valvearst ja ööpäevaringselt 7 päeva nädalas tagatud nõuetekohane trombolüüsi tegemise võimalus. Need on Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla, Ida-Viru Keskhaigla ning piirkondlikud haiglad Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum. Ida-Tallinna Keskhaiglas ning kahes piirkondlikus haiglas on lisaks ka ööpäevane trombektoomia võimalus ning piirkondlikes haiglates võimekus ajuarteri aneurüsmi

sulgemiseks neurokirurgiliselt või endovaskulaarselt.

Insuldiüksustes on isheemilise insuldi revaskulariseerivate protseduuride osakaal aasta-aastalt suurenenud. Kui aastal 2015 tehti intravenoosne trombolüüs 16%-le isheemilise insuldi haigetest, siis aastal 2022 juba 25%-le. Trombektoomiaid (osa neist koos eelneva trombolüüsiga) tehti 2022. aastal Eestis 8%-le isheemilise insuldiga patsientidest. Ka on paranenud isheemilise insuldi ravitulemised: patsientide 30 päeva suremus oli 2015. aastal 21% ja 2022. aastal aga 18%.

Kuidas näevad meie insuldiravi tulemused välja võrdluses teiste Euroopa maadega?

Euroopas oli ESO küsitlusuuringute andmeil isheemilise insuldi trombolüüsravi osakaal 2019. aastal kõige suurem Eestis. Samuti oleme esirinnas trombektoomia sageduselt. Nii kliinilised uuringud kui ka paljude riikide praktika kinnitavad, et spetsialiseeritud insuldiüksustes on insuldiravi oluliselt paremate tulemustega võrreldes raviga tavaosakonnas. Insuldiüksuses tegeleb patsiendiga multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad lisaks arstidele, õdedele ja hooldajatele füsioterapeudid, logopeedid ja sotsiaaltöötajad, kes töötavad koordineeritult vastavalt kokkulepitud käsitlusprotokollidele, samuti pööratakse tähelepanu personali regulaarsele koolitusele. Insuldiüksuste väljaarendamine ja riikliku võrgustiku loomine on prioriteet kõikides Euroopa riikides.

Insuldiüksustes töötavad mittetraditsioonilise ametinimetusega spetsialistid – insuldikoordinaatorid ja insuldiõed. Mis on nende tööülesanded?

Pärast haiglaravi lõppemist on patsiendil ja tema lähedastel sageli keerukas edasistes ravi-, sotsiaalses ja elukorraldust puudutavates küsimustes orienteeruda. Esimeste insuldijärgsete kuude

jooksul on insuldikoordinaator patsiendi kaaslaseks ja abiliseks tema jaoks keerulisel raviteekonnal. Insuldikoordinaator kontakteerub patsiendi ja tema lähedastega juba haiglas, hindab patsiendi vajadusi pärast koju jõudmist, aitab jõustada haiglajärgset raviplaani, on vajaduse korral ühenduslülilik perearstiga.

Insuldiõe roll on haiglasi erinev. Mõnes insuldiüksuses võtab insuldiõe patsiendiga kontakti juba akuutravi etapis, teistes teeb järelkontrolli pärast patsiendi haiglast lahkumist. Insuldiõe osaleb patsiendi teise ennetuse eesmärkide püstitamisel ja ravisoostumuse hindamisel, annab eluviisi parandamise ja raviplaani täitmise kohta nõu, aitab patsiendil ja tema lähedastel orienteeruda tervishoiusüsteemis neid raviprotsessi kaasates.

Millised on edasised suundumused insuldi käsitlemisel?

ESO ja insuldipatsientide katusorganisatsioon Euroopas (*Stroke Alliance for Europe*, SAFE) on kavandanud insuldi tegevuskava Euroopas aastateks 2018–2030 (*Stroke Action Plan Europe 2018–2030*), et vähendada insuldist põhjustatud koormust kogu raviteekonna parandamise kaudu. Eesti poolt on vastava deklaratsiooni allkirjastanud Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, Tervise Arengu Instituut, Eesti Õdede Liit ning neuroloogide, perearstide ja taastusrstide seltsid, väljendades soovi osaleda selle tegevuskava elluviimisel Eestis.

Insuldi tegevuskava eesmärgid on vähendada insuldijuhtude koguarvu Euroopas 2030. aastaks 10%

võrra, osutada vähemalt 90%-le kõigist insuldiga patsientidest esm ravi spetsialiseeritud insuldiüksustes, töötada välja ja viia ellu kogu raviteekonda hõlmav riiklik insuldi tegevuskava ning mitmeid valdkondi hõlmav riiklik rahvatervisealane ennetusstrateegia.

Insuldi teatud riskitegureid saab mõjutada. Millised need on?

Insuldi riskitegurid on paljuski seotud eluviisiga, osa neist on haigused, mida saab ravimitega suuremal või vähemal määral ohjata. Mõjutatavad riskitegurid määravad insuldi riski 90% ulatuses. Nendeks on hüpertensioon, suitsetamine, suur vööümbermõõt, ebatervislik dieet, füüsiline inaktiivsus, hüperlipideemia, diabeet, alkoholi liigtarvitamine, südamehaigused, apolipoproteiin B ja A1 suhte kõrge tase. Enamik inimesi tõenäoliselt teab, mis kahjustab tervist, aga mitte kõik ei käitu tervist säästvalt. Paljud ei tee eluviisis muudatusi ka insuldi järel. Sekundaarses ennetuses on väga tähtis roll just perearstidel, sest nemad jäävad patsiendi esmaseks kontaktiks kõikides meditsiinilistes küsimustes.

Insuldiravi Eestis on rahvusvaheliselt arvestataval tasemel. Kuidas jätkata?

Suundumused on selged, ees on palju organisatoorseid tööd, et tõendus- ja põhjustest kliinilistest uuringutest saadud teadmised ellu viia. Kuna insuldiüksuse paremus surmade ja raske puude vähendamisel võrreldes tavaosakonnaga on juba aastaküm-

neid tagasi tõestatud, on oluline juurutada koordineeritud multidiststiiplinaarse käsitluse põhimõtted kõikides suuremate haiglate insuldiüksustes. See on väga ressursimahukas, sest vajab väljaõppinud ja regulaarselt koolitatud personali, insuldi käsitlusprotokollide olemasolu ja tänapäevaste ravipõhimõtete järgimist, regulaarset ravi kvaliteedi analüüsi. Praegu põhineb see Tervisekassas raviarvetelt kogutud teabel, mistõttu aegkriitilisi andmeid paraku analüüsida ei saa. Mitmete Eesti suuremate haiglate insuldiüksused osalevad vabatahtlikult rahvusvahelistes insuldi ravikvaliteedi registrites, mis kahjuks ei taga täielikku ülevaadet ravi kvaliteedist kogu riigis.

Seetõttu on suur vajadus riikliku insuldiregistri järele. See ei asenda küll rahvastikupõhiseid epidemioloogilisi uuringuid, kuid riiklikul tasemel kogutud terviseandmete põhjal saab ülevaate haigusjuhtude koguarvust, epidemioloogiliste näitajate ajalistest trendidest ja geograafilistest erinevustest, on võimalik analüüsida insuldi ravikvaliteeti, saada väärtuslikke andmeid teadusuuringuteks, sidudes andmebaasi kogutud terviseandmed teiste riiklike registritega. Tartu Ülikooli närvikliinikus on käimas insuldialane teadustöö, osaleme mitmetes rahvusvahelistes koostööprojektides ja akadeemilistes kliinilistes uuringutes, mis samuti annab insuldiraviga tegelevatele arstidele ja teistele spetsialistidele väärtusliku kogemuse, ning selle tulemusel paraneb patsiendi ravi- ja elukvaliteet.