

Südame- ja veresoonehaiguse riskitegurid neeruasendusravi haigetel

Mai Ots¹, Jaanus Kahu² – ¹TÜ sisekliinik, ²TÜ kirurgiikliinik

Südame- ja veresoonehaigusest (SVH) põhjustatud tüsistused on kroonilise neerupuudulikkuse haigete (KNP) peamiseks surmapõhjusteks nii predialüüsi staadiumis kui ka haigetel, kes on juba dialüüsravil või kellele on siiratud neer (1). Võrreldes üldpopulatsiooniga on kroonilise neerupuudulikkuse haigetel 10–20 korda suurem risk ateroskleroosilise SVH tekkeks (2) ja selle riskitegurid sarnanevad üldpopulatsioonis esinevate ateroskleroosi progresseerumise riskiteguritega nagu hüpertensioon, adipoosus, diabeet, hüperlipideemia, suitsetamine, füüsiline inaktiivsus ja muud. Ateroskleroosi põhjustavate traditsiooniliste riskitegurite kõrval peab krooniliste neeruhaigete puhul arvestama selliste ureemiaga seotud riskiteguritega nagu hüperfosfateemia, alatoitumus, sekundaarne aneemia, hüpoalbumineemia jm tegurid (2) ning seetõttu tuleb juba haiguse varajases staadiumis rakendada ateroskleroosi progresseerumist ennetavaid meetmeid (3). Neeru asendusravi alustanud haigete hulgast valitakse kindlaid kriteeriume arvestades välja neerutransplantatsiooniks sobivad. Vastava doonorneeru saabumise korral saavad haiged transplantaadi, mis lahendab ureemilise seisundi ja parandab tunduvalt haige elukvaliteeti. Majandusanalüüside põhjal on transplantatsioon võrreldes dialüüsraviga odavam. Siirdamise tulemused olenevad palju haigete seisundist transplantatsiooni ootejärjekorda võtmisel, dialüüsi kvaliteedist ning optimaalsest siirdamisejärgsest ravist. Transplantatsioonijärgsel perioodil oleneb SVH süvenemine patsiendi eelnevast kliinilisest seisundist, aga lisanduvad ka sellised SVH süvenemist soodustavad spetsiifilised siirdamisega

seonduvad riskitegurid, nagu immuunsupressiivne ravi, oportunistlike infektsioonide teke, hüperlipideemia jm (4).

Töö eesmärgiks oli kindlaks teha transplantatsiooni ootejärjekorras olevate haigete südame- ja veresoonehaiguse riskitegurite sagedus.

Materjal ja meetodid

Uuriti retrospektiivselt 2000. aastal transplantatsioonijärjekorras olnud 43 järjestikuse haige haiguslugusid. Vaadeldavad parameetrid olid järgmised: haigete diagnoosid, sooline ja vanuseline jaotuvus, kehamassi indeks (KMI), vererõhk, lipiidide sisaldus, suitsetamine. Ehhokardiograafilistest andmetest võtsime arvesse ejektatsioonifraktsiooni ja vasaku vatsakese hüpertroofia olemasolu. Lisaks arvestasime südame ja perifeersete veresoonte seisundit nelja palli süsteemis alljärgnevalt kirjeldatud skaalat kasutades.

Südame seisund: 0 – südamehaigust ei ole, I – esineb südamehaiguse sümptom, II – nõrk südamest johtuva sooritusvõime vähenemine, III – tõsine südamest johtuva sooritusvõime vähenemine, IV – valud rinnus või õhupuudus rahuolekus.

Kõrgvererõhktõbi: 0 – normaalne vererõhk, I – medikamentoosne ravi, II – ravi suhtes resistentne raske kõrgvererõhktõbi, IV – ravimatu raske kõrgvererõhktõbi.

Perifeerne vereringe: 0 – sümptomid puuduvad, I – *Claudicatio* sümptomid, IV – valu puhkeolekus või haavandid.

Tulemused

Patsiendid. Uuritud haigete hulgas oli mehi 25 ja naisi 18. Keskmise vanus oli 44,5 aastat. Sagedasemaks põhihaiguseks neerusiirdamisjärjekorda võetud haigete seas oli krooniline glomerulonefriit (32%-l haigetest), järgnesid suhkurtõbi (20%), krooniline püelonefriit (14%), polütsüstiline neeruhaigus (14%) ja hüpertooniatõbi (12%). Muid kroonilise neeruhaiguse diagnoose oli vähem.

Südame- ja veresoonkonnahaiguse riskitegurid. Keskmise kehamassi indeks (KMI) oli 25,2. KMI üle 24 oli 43,2% haigetest. Patsientide keskmine süstoolne vererõhk (VR) oli ootelehele vormistamisel 154,7 mm Hg ja diastoolne VR 91,0 mm Hg. Plasma kolesterooli keskmine tase oli haigetel üle normi: 6,23 mmol/l, HDL-kolesterool 1,56 mmol/l ja LDL-kolesterool 3,54 mmol/l. Uuritute seas suitsetas 27% patsientidest.

Ehhokardiograafiliselt uuritud patsientide keskmine ejectivesioonifraktsioon oli 63,3% ja vasaku vatsakese hüpertroofia esines 94,7% uuritutes. Südame ja perifeerse vereringe olukorra kohta on andmed esitatud tabelis (vt tabel 1). Südamehaiguse sümptomeid esines kokku 73,7%-l haigetest ja vererõhu kõrgenemist 92,7%-l. Perifeerse vereringe häireid esines ainult 14,6%-l haigetest. Samas oli aga kahel haigel amputeeritud üks alajäse.

Arutelu

Transplantatsiooni tulemused olenevad haigete olukorrast siirdamisjärjekorda võtmisel. KNP haigete SVH riskitegurite kõrvaldamine ja tüsistusi ennetav ravi parandab haigete südame ja veresoonkonna olukorda, vähendab ravikulusid ning kaugemas perspektiivis nii dialüüsiga ravitud haigete kui ka neerusiirdamisjärgset suremust (Meyer). Meie uurimuse põhjal selgus, et

Tabel 1. Südame ja perifeersete veresoonte seisund

	0	I	II	III	IV	Kokku %
Südame olukord	11	20	7	2	0	73,2
Kõrgvererõhktõbi	3	30	5	–	1	92,7
Perifeerne vereringe	1	1	–	–	0	14,6

dialüüsihaigete hulgas, kes ootavad neerusiirdamist, oli peaaegu kõigil üks või mitu SVH riskitegurit. Sagedasemaks leiuks oli kõrge vererõhk ja südame vasaku vatsakese hüpertroofia. Paljud haiged olid ülekaalulised ja suitsetasid. Vaatamata suitsetamise üldteada ateroskleroosi ja neeruhaiguse progresseerumist soodustavale mõjule (5) oli siirdamisjärjekorras olevate haigete hulgas lubamatult palju suitsetavaid patsiente. Dialüüsihaigete südame- ja perifeerse vereringe olukord sarnanes teiste autorite kirjeldatuga (2) ning kahjuks on teada, et selles staadiumis on juba väljakujunenud südamemuutusi raske parandada. Oluline on edasise kahjustuse pidurdamine, hüpertoonia ja südamepuudulikkuse optimaalse ravi tagamine. Veelgi rangemalt on vaja haigeid mõjustada, et nad kõrvaldaksid riskitegurid ja teeksid kõik endast oleneva, et SVH ei süveneks.

Kokkuvõte

Neerusiirdamisjärjekorras olevate haigete hulgas on SVH riskitegurite levimus suur ning tüsistuste teke sõltub haige suutlikkusest neid vähendada. Oluline on ka arsti oskus haiget motiveerida tervislikult elama ning täitma täpselt ravirežiimi. Meie uurimuse põhjal võib järeldada, et olulisemad medikamentoose ravi meetodid SVH ennetamisel ja ravis on adekvaatne antihüpertensiivne ning südamepuudulikkuse ravi.

Tänuavaldus. Töö tegemist on toetanud Haridusministeerium (uurimistoetus TARSK 0472).

Mai.Ots@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Ots M, Pechter Ü. Kardiovaskulaarhaigus kroonilise neerupuudulikkuse korral. Hippokrates 2001(24):161-3.
2. Meyer KB, Levey AS. Controlling the epidemic of cardiovascular disease in chronic renal disease: report from the National Kidney Foundation Task Force on cardiovascular disease. J Am Soc Nephrol 1998; 9(12 Suppl): S31-42.
3. Rossert JA, Wauters JP. Recommendations for the screening and management of patients with chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant 2002; 17 Suppl 1:19-28.
4. European best practice guidelines for renal transplantation. Nephrol Dial Transplant 2002; 17(Suppl 4).
5. Orth SR. Smoking and the kidney. J Am Soc Nephrol 2002;13(6):1663-72.