

Neeruasendusravi epidemioloogia Eestis

Kadri Lilienthal¹, Madis Ilmoja², Merike Luman³, Aleksander Lõhmus⁴, Siiri Mesikepp¹, Elviira Seppet¹, Külli Kõlvald³, Asta Auerbach³, Eino Sinimäe¹, Margit Muliin², Maris Mandel², Ljubov Piel², Mai Ots¹ – ¹TÜ Kliinikum, TÜ sisekliinik; ²Lääne-Tallinna Keskhaigla; ³Põhja-Eesti Regionaalhaigla; ⁴TÜ Kliinikumi kirurgiakliinik

Neeruasendusravi (NAR) meetodid, nagu dialüüsravi ja transplantatsioon, on arenenud aastakümneid paralleelselt. Kuigi nii dialüüsi kui neeru transplanteerimise katseid tehti 20. sajandi algusaastatel, toimus esimene edukas neerusiirdamine Brigham & Women's haiglas USA-s 1954. aastal. 50.–60. aastatel muutus neeruasendusravi, sh transplantatsioon, majanduslikult arenenud maades rutiinseks raviks (1, 2). Hemodialüüsiraviga (HD) alustati Eestis 1966. a-l, esimene neerusiirdamine tehti Eestis Tartus 1968. a-l,

peritoneaaldialüüsiga (PD) alustati 1994. a-l. Neeruasendusravi tehakse vastavalt kehtestatud standarditele (3–5).

Praegu on neerupuudulikkusega haigete arv maailma riikides väga erinev. NAR kättesaadavus sõltub palju siseriiklikust koguproduktist (SKP): mida suurem on SKP, seda rohkem on ka NAR-haigeid (6). Kroonilise neerupuudulikkuse põhjuseks on mitmesugused kroonilised neeruhaigused: diabeetiline nefropaatia (DN), hüpertensioon (HÜP), glomerulonefriit (GN),

Tabel 1. Neeruasendusravi vajanud haigete esinemissagedus

NAR	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dialüüsihaigete arv	99	109	98	129	118	142	156
Dialüüsihaigete esinemissagedus 1 miljoni inimese kohta	68	75	68	90	81	104	115
Transplanteeritud haigete arv	101	119	136	131	161	190	214
Transplanteeritute esinemissagedus 1 miljoni inimese kohta	70	82	94	91	111	140	158
Kokku NAR-haigete arv	200	228	234	260	281	332	371
NAR-haigete esinemissagedus 1 miljoni inimese kohta	138	157	161	179	193	245	274

NAR – neeruasendusravi.

polütsüstiline neeruhaigus (PC), tubulointerstitiaalne nefriit (PN), pärilikud nefropaatiad jt. Paljudes maades on diabeedihaigete arv KNP-haigete hulgas viimasel kümnendil oluliselt kasvanud. Vastavalt maailma suurimate neeruasendusravil olevate haigete registritele Euroopas, Ameerikas ja Austraalias on diabeetilise nefropaatia haigeid neeruasendusravi haigete hulgas umbes 50% (6, 7). Eesti neeruasendusravi saavate patsientide hulgas on sagedasem haigus krooniline glomerulonefriit. Ka diabeedihaigete hulk on viimastel aastatel suurenenud, kuid jääb sageduselt seni veel 2.–3. kohale.

Neeruasendusravi epidemioloogia tundmine on oluline nefroloogilise abi kavandamise seisukohast ning võimaldab võrrelda meie andmeid teiste maade andmetega.

Töö eesmärgiks oli analüüsida dialüüsi ja transplantatsiooni vajavate haigete epidemioloogilisi andmeid 6 aasta kestel, aastatel 1996–2002.

Materjal ja meetodid

Retrospektiivselt uuriti kõiki neeruasendusravi saanud haigeid Eestis alates 31. detsembrist 1996 kuni 31. detsembrini 2002. Andmed patsientide vanuse, diagnoosi ja ravi kohta saadi dialüüsi-osakondade haigete ambulatoorsetest kaartidest ja haiguslugudest.

Tulemused

Ajavahemikul 31.12.1996–31.12.2002 NAR-haigete arv Eestis peaaegu kahekordistus 200

Tabel 2. Neeruasendusravil olnud haigete keskmine vanus ja sooline jaotuvus

NAR tüüp	Patsiendi keskmine vanus	N / M	%
Hemodialüüs	55,1	38 / 61	30,3 / 61,6
Peritoneaaldialüüs	54,6	28 / 30	48,3 / 51,7
Transplantatsioon	46,6	94 / 120	43,9 / 56,1
Kokku	52,1	160 / 211	43,1 / 56,8

NAR – neeruasendusravi.

Tabel 3. Neeruasendusravi vajanud haigete diagnoosid

Diagnoos (%)	GN	PN	DN	PC	HÜP	Muu
NAR						
Hemodialüüs	22,2	23,2	14,1	8,1	18,1	7,1
Peritoneaaldialüüs	22,4	15,5	22,4	10,3	15,5	6,9
Transplantatsioon	42,1	16,8	19,2	9,8	5,2	2,8
Kokku	28,9	18,5	18,5	9,4	12,9	5,6

NAR – neeruasendusravi; GN – glomerulonefriit, PN – tubulointerstitiaalne nefriit, DN – diabeetiline nefropaatia, PC – polütsüstiline neeruhaigus, HÜP – hüpertensioon.

haigelt 371 haigeni, s.o ühe miljoni inimese kohta 138 juhult 274 juhuni (vt tabel 1). Sealjuures dialüüsiga ravitavate haigete arv suurenes 99-lt 156-ni, siiratute arv 101-lt 214-ni.

Sooline jaotuvus on toodud 31. detsembril 2002. a seisuga (vt tabel 2). Mehi oli NAR-haigete seas rohkem: 211 haiget, naisi 160. Keskmine vanus oli kõrgem dialüüsiga ravitud haigetel: HD 55,1; PD 54,6 aastat. Transplanteeritud haigete keskmine vanus oli 46,6 aastat.

31. detsembril 2002. aasta seisuga oli sagedasemaks NAR-haigete põhihaiguseks krooniline glomerulonefriit (vt tabel 3), järgnesid diabeetiline nefropaatia ja püelonefriit. Võrreldes eelmiste aastatega on meie NAR-haigete hulgas täheldatav diabeedihaigete arvu suurenemine.

Arutelu

Töö tulemusena leidsime, et Eestis on NAR-haigete arv aasta-aastalt kasvanud. Kuigi nefroloogilises praktikas on kaasajal hakatud üha rohkem tähelepanu pöörama neerupuudulikkuse progresseerumist aeglustavale optimaalsele ravile, on sellegipoolest NAR-haigete arv paljudes arenenud maades suurenenud 7–10% aastas. Ka Eesti ei ole erand. Meie NAR-haigete arv on küll 2–3 korda väiksem kui Põhjamaades ja 4–5 korda väiksem kui USAs või Jaapanis (6, 8), kuid haigete igaaastane juurdekasv on tuntav. Neerupuudulikkusega haigete ravikulud on üha suuremad (ühe aasta dialüüsravi maksumus patsiendi kohta on ~ 400 000 kr) ning üha enam kasvab vajadus spetsialistide järele. Meie transplantatsioonikeskuse aktiivsus on olnud väga hea ning üle poolte NAR-haigetest on saanud uue, siiratud neeru. Võrreldes dialüüsraviga on neerusiirdamine ka odavam ravimeetod terminaalise neerupuudulikkuse ravis (ühe aasta ravi maksumus patsiendi kohta ~ 200 000 kr). Viimastel aastatel ongi neerutrapiantatsioonide arv suurenenud mitu korda võrreldes 5 või 10 aastat tagasi tehtud operatsioonidega, ulatudes aastas juba üle 50.

Kokkuvõte

NAR-haigete epidemioloogilised andmed näitavad, et sarnaselt arenenud maadega suureneb ka Eestis NAR-haigete arv. Tõenäoliselt on järgneva viie aasta pärast kaks korda niipalju NAR-haigeid või isegi rohkem kui praegu. Seetõttu on vajalik võtta kasutusele kõik meetmed, et aeglustada kroonilise neeruhaiguse progresseerumist. Oluline on NAR-haigete optimaalne ravi, sealhulgas transplantatsioonipraktika laiendamine. Neerusiirdamise aktiivsuse suurenemine ning ravitulemuste paranemine näitab head koostööd nefroloogide ja transplantoloogide vahel. Kuna haigete elukvaliteet on transplantatsiooni järel tunduvalt parem kui dialüüsravi korral ning siirdamine on ka majanduslikult kasulik, siis tuleb eelkõige soodustada transplantatsiooni arengut.

Tänuavaldus. Uurimust on toetanud Haridusministeerium (uurimistoetus TARSK 0472).

Mai.Ots@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Cameron JS. History of the treatment of renal failure by dialysis. Oxford:Oxford University Press; 2002.
2. Norman DJ, Suki WN. Primer on Transplantation. Am Soc Transplant Physicians, 1998.
3. Diagnostika- ja ravijuhised nefroloogidele. Eesti Nefroloogide Selts; 2001.
4. European best practice guidelines for haemodialysis. Nephrol Dial Transplant, 2002; 17(Suppl 7).
5. European best practice guidelines for renal transplantation. Nephrol Dial Transplant 2002; 17(Suppl 4).
6. Moeller S, Gioberge S, Brown G. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends. Nephrol Dial Transplant 2002; 17(12):2071–6.
7. Ritz E, Rychlik I, Locatelli F, Halimi S: End-stage renal failure in type 2 diabetes: A medical catastrophe of worldwide dimensions. Am J Kidney Dis 1999; 34(5):795–808.
8. Locatelli F, D'Amico M, Cernevska H, Dainys B, Miglinas M, Luman M, et al., The epidemiology of end-stage renal disease in the Baltic countries: an evolving picture. Nephrol Dial Transplant 2001; 16(7):1338–42.