

KOMMENTAAR

**Südame isheemiatõve ravitulemused Eestis –
20 aastat muutusteta**

Südame-veresoonkonnahaigused on Eesti inimeste peamine surmapõhjus, tingides 54% kõigist surmadest. Nii on see paljudes maades. Võrreldes arenenud Euroopa riikidega on meil suurem südame isheemiatõppe murettekitavalt suur: 336 juhtu 100 000 inimese kohta aastas, euroliidu 15 liikmesriigi (enne 1. maid 2004) keskmine näitaja on 97 juhtu 100 000 inimese kohta.

Kommenteerib TÜ kardioloogiakliiniku juhataja prof Jaan Eha

Haigestumus ja suurem kardiovaskulaarsetesse haigustesse, eriti südame isheemiatõppe, on Eestis katastroofiliselt suur. Südame-veresoonkonnahaiguste suremuskordaja 100 000 inimese kohta nii meestel kui ka naistel vanuses 0–64 a oli 2001. a samasugune kui 1981. a. Piltlikult öeldes oleme 20 aastat edukat paigaljooksu teinud. Eestis on 2001. a andmetel suurem südame isheemiatõppe suurim Euroopa liidus, peaaegu viis korda suurem kui Hispaanias, Belgias, Kreekas ja Madalmaades. Võrreldes meie Balti naabritega edestame selle haiguse suremusnäitajatega ka Lätit ja Leedut.

Võib esile tuua kolm peamist põhjust-kitsaskohta, mis on kujunenud olukorras määravad: 1) elanikkonna vähenemine motiveeritus ja informeeritus teha oma eluviisis ning käitumises tervislikke valikuid; 2) tänapäeva ravimeetodite krooniline alakasutus; 3) tõendus põhjalt efektiivse ravitegevuse (revaskulariseerimine, ravimid, taastusravi) alarahastamine. Viimased kaks põhjust on omavahel tihedalt seotud ja mõjutavad üksteist.

Võimalikud edasised tegevussuunad.

Südamehaiguste vältimine peab algama lapseeas. Haigusnähtude ilmnemisel saame rääkida vaid sekundaarsest preventioonist. Peame praegu ühel ajal aktiivselt tegutsema kahes suunas: käivitama

tõhusad südamehaiguste preventiooni meetmed, mis haaravad suuremat osa ühiskonnast), ning parendama juba haigestunud inimeste efektiivse ravi võimalusi.

Südametervise riiklik strateegia. Praegu valitseva koalitsiooni leppes on rõhutatud vajadust kujundada riiklik strateegia südame-veresoonkonnahaiguste vältimiseks. Selle leppe täitmiseks volitas 2004. aasta algul Sotsiaalministeerium Eesti Südameliitu koostama riikliku südametervise strateegiat. Eesti südameeliidu eestvedamisel osales strateegia loomisel üle saja eri valdkondade spetsialisti. Dokument anti üle Sotsiaalministeeriumile märtsis 2004 ja on praegu valitsuse menetluses. Eesmärgiks on seatud vähendada Eesti inimeste suremust südame-veresoonkonnahaigustesse, esmajoones peatada lähema viie aasta jooksul tööelise elanikkonna suremuse kasv nendesse haigustesse, suuremuse vähenemist võib strateegia efektiivse käivitamise korral eeldada alles aastate pärast.

Südame-veresoonkonnahaigused kujunevad väga paljudel erinevatel põhjustel. Praegu on teada vaid kolm nende haiguste riskitegurit, mida veel mõjutada ei osata: vanus, sugu, pärilikkus. Kõik ülejäänud riskitegurid on rohkem või vähem välditavad või nende kahjulikku toimet on võimalik vähendada. Olulisemad teadaolevad riskitegurid on liikumisvaegus, ebatervislik toit ja toitumine, suitsetamine, arteriaalne hüpertensioon, diabeet, samuti sotsiaalsetest ja psühholoogilistest teguritest tingitud püsiv liigne psühhoemotsionaalne pingeline. Mitmed muutused endoteeli funktsioonid ja põletiku osa ateroskleroosi tekkes on tänapäeval intensiivse uurimise objektiks, peatselt on neist valdkondadest lisandumas väärtuslikku teavet praktiliseks preventioonitööks. Suurim negatiivne mõju tekib sagedamini mitme teguri samaaegsel toimimisel,

seega ainult ühe riskiteguri korrigeerimisest jääb rahva haigestumise mõjutamiseks ja ateroskleroosi arengu pidurdamiseks väheseks. Sellest järeldub, et südamerwise strateegiat on võimalik ellu viia kogu ühiskonna aktiivsel ja teadlikul oasvõtul, arstid üksi saavad siin vähe ära teha. Paljude riikide kogemus on näidanud, et kardiovaskulaarse süsteemi haigustesse haigestumist ja suremust on võimalik vähendada vaid kogu rahvast haarava pikaajalise ning järjepideva tegevusega konkreetse tegevuskava alusel. Üks või teine erakond oma valitsemisperioodi vältel positiivseid tulemusi ei näe ja kiiret edu saavad lubada vaid populistid. Loetletud riskitegurite mõju vähendamine mõjutab soodsalt kogu organismi tegevust ja ka teiste haiguste – kasvajad, seedetrakti- ja endokriinsüsteemi haigused, psüühilised haigused jms – kulgu.

Teine oluline tahk on juba haigestunud inimeste **efektiivne ja tulemuslik ravi**. Südame isheemiatõve sümptomaatika ilmnedes ei kaota riskitegurite mõjutamine oma tähendust. Isheemiatõve sekundaarse preventiooni seisukohalt on samuti tähtis arteriaalse hüpertensiooni kontroll, diabeedi ravi, lipiidide ainevahetuse korrigeerimine, samuti suitsetamisest loobumine, mõõdukas füüsiline koormus ja ebasoodsate psüühiliste ning sotsiaalsete mõjude leevendamine. Peatselt lisanduvad praktikasse ka uued võimalused endoteeli funktsiooni hindamiseks ja korrigeerimiseks ning põletikuprobleemide lahendamiseks.

Võrreldes teiste arenenud maadega kasutame südame isheemiatõve ravis oluliselt vähem kaasajal kättesaadavaid südamelihase revaskuleerimise võimalusi (aortokoronaarne šunteerimine, angioplastika ja trombolüüs südamelihaseinfarkti korral). See on ilmselt üks põhjus, miks meil on suur suremus südameinfarkti. Kaasaegne kardioloogia ei ole ainult konservatiivseid, vaid ka invasiivseid ja urgentseid ravimeetodeid kasutav eriala.

Üheks oluliseks teguriks südame-veresoonkonna haiguste ennetuses ja ravis on veresoone seina funktsiooni säilitamine. Teadaolevalt on arteriaalne hüpertensioon, diabeet, neerupuudulikkus ja suitsetamine tõsised endoteeli funktsiooni häiret

esilekutsuvad riskitegurid. Praeguseks on tõestatud, et AKE inhibiitorid ramipriil ja perindopriil stabiliseerivad endoteeli funktsiooni, ning neid kasutatakse edukalt südamepuudulikkuse ja arteriaalse hüpertensiooni ravis. Uusi võimalusi raviks ja ennetuseks pakuvad kindlasti endoteeli funktsiooni ja kahjustuse süvendatud uuringud, et avastada seni tundmata riskitegureid ning hinnata endoteeli kahjustust selle varajases faasis. Tartu Ülikooli biokeemia instituudi, kardioloogiakliiniku ning kardiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliiniku osalusel asutati sellesuunaliste uuringute korraldamiseks Endoteeli Keskus.

Südame ja veresoonkonda mõjutavate ravimite kasutus Eestis erineb siiani mõne ravimi osas lääne-riikide praktikast, samas tuleb nentida meie ravimite kasutamise praktika lähenemist arenenumatele naaberriikidele. Kui statiinide ja ARBde kasutamissageduse vahet saab osaliselt seletada kõrge hinnaga, siis beetablokaatorite korral ei saa hind olla tagasihoidlikuma kasutamise põhjuseks.

Võrreldes Soomega kasutavad Eesti arstid nitraate ja antiagregante (aspiriini), samuti kaltsiumkanali blokaatoreid südame isheemiatõve ravis samas mahus nagu sealsed arstid. Beetablokaatoreid ordineerivad Eesti arstid aga oluliselt harvemini: vaid kolmandiku päevadooside arvestuses 1000 inimese kohta.

Kordi vähem võrreldes Soomega kasutatakse meil südame isheemiatõve korral statiine. On tõestatud, et lipiidide ainevahetuse häiretega haigetel on statiinidel dieedi ja eluviisi korrigeerimise kõrval oluline roll ateroskleroosi progresseerumise pidurdamisel. Eelmisel aastal olid statiinid Soomes enam müüdnud retseptiravimid. Eestis kasutatakse statiine tagasihoidlikumalt, ehkki nende kasutamise kasvutendents on ilmne. Arvata võib, et statiinide vähese ordineerimise põhjuseks meil ei ole ainult nende suhteliselt kõrge hind, vaid oma osa on siin kindlasti arstide konservatiivsel mõttelaadil.

Uueks võimaluseks lipiidide ainevahetuse häirete ravis saavad ravimid, mis pärsvivad kolesterooli imendumist. Lähiajal muutuvad nad kättesaadavateks ka meil.

Invasiivsete ravimeetodite rakendamist südame isheemiatõve ravis takistab oluliselt vajadustele mittevastav rahastamine. Revaskulariseerimismeetodite kasutamise vahe arenenud Euroopa riikidega on kordades meie kahjuks ja seda ka nende riikidega võrreldes, kus suremus koronaarhaigusesse on meist mitu korda väiksem. Praeguse rahastamise juures on Eestis angioplastikat ja šunteerimist võimalik kasutada vaid erakorralistel haigetel. Plaaniliseks tegevuseks raha ei jätku, kuigi on üldteada, et plaaniline töö on odavam ja tõhusam. Eesti üheksa suurema haigla 2001. a andmetele tuginev ägeda müokardiinfarkti haige käsitluse meditsiiniline eksperthinnang näitab kahjuks olulisi erinevusi ravimite ja ravimeetodite ning uuringute kasutamise osas. Loodetavasti aitab äsja valminud

Ägeda müokardiinfarkti käsitlusjuhend

ühtlustada seni eksisteerinud erinevused ning tõendus põhised uurimis- ning ravivõtted saavad kõigile infarktihaigetele ühtviisi kättesaadavaks.

Kindlasti on hädavajalik ja viimane aeg rakendada südamerwise strateegia. Selle tulemusi näeme paraku mitmekümne aasta pärast. Seni peame kustutama tulekahju: ravima südame-veresoonkoha haigustega patsiente. Meie kohus on teha seda parimaid tõestatud efektiivsusega nüüdisaegseid ravivõimalusi kasutades. Sellele ei ole alternatiivi – vabanduseks ei saa olla ka rahapuudus!

Usutlenud Väino Sinisalu
eestiarst@eestiarst.ee