

Ajuhaiguste põhjustatud tervisekadu

Toomas Asser – TÜ närvikliinik

ajuhaigused, dementsus, haiguskoormus

Ajuhaigused on mõiste, mis hõlmab kesk- ja perifeerse närvisüsteemi traditsioonilisi neuroloogilisi, neurokirurgilisi ja psühhiaatrilisi haigusi. Erinevalt teistest haigusgruppidest on ajuhaigustel väga oluline psühhosotsiaalne dimensioon. Hiljuti avaldatud andmed Euroopa riikide kohta näitavad ajuhaiguste suurt osakaalu kogu haiguskoormuses. Eestis on rahvastiku vaimne tervis aga paljuski halvemas seisus kui teistes Lääne- ja Põhja-Euroopa riikides. Ajuhaigustest tingitud koormuse analüüs võimaldab osutada rahvatervise probleemkohtadele.

Euroopa riikidest kuulub Eesti väikse lastesuremuse ning suure täiskasvanute suremusega riikide sekka. Rahvatervise valupunktide ja riigi tervishoiupoliitika määratlemiseks on vajalikud andmed, mis näitavad haiguste põhjustatud koormust ühiskonnale. Haiguskoormus iseloomustab tervisekaotust, mille moodustavad surma tõttu kaotatud eluaastad ning haigestumise tõttu vähenenud täie tervise juures elatud eluaastad. Erinevates riikides üle maailma on tervisekadu mõõtvate kriteeriumide alusel normaalset elu häirivate või lühendavate tervisehäirete nimistu esikümnest viis psüühikahäired (1). Hiljuti avaldatud andmed Euroopa riikide kohta näitavad ajuhaiguste suurt osakaalu kogu haiguskoormuses (2). Eesti rahvastiku tervis, sealhulgas vaimne tervis, on aga paljuski halvemas seisus võrreldes teiste Lääne- ja Põhja-Euroopa riikidega (3).

Haigena elatud aastad on haigusest sõltuvalt erineva kvaliteediga nii haigele endale kui ka keskkonnale ning nende hindamiseks on vajalik teada haiguse eeldatavat kestust ja selle raskust. Kroonilisest mitteparanevast või progresseeruvast ajuhaigusest tingitud füüsilise, vaimse ja sotsiaalse funktsiooni puudujääk ehk elukvaliteedi halvenemine võib olla sügavam ja ulatuslikum, kui esmapilgul paistab, sest ajuhaigustest tingitud seisundid või tervisehäired mõjutavad nii patsiendi enda kui paljude teiste elu ja toimetulekut, eelkõige patsiendi perekonda ja lähedasi.

Ajuhaigused

Ajuhaigused on suhteliselt hiljuti kasutusele võetud mõiste, mis liidab keskkonna või psühholoogiliste tegurite toimest põhjustatud kesk- ja perifeerse närvisüsteemi tradit-

sioonilised neuroloogilised, neurokirurgilised ja psühhiaatrilised haigused. Erinevalt teistest haigusgruppidest on ajuhaigustel väga oluline psühhosotsiaalne dimensioon. Depressiooni tekke ning selle püsimumist soodustavate tegurite hulgas on oluline osa just psühhosotsiaalsetel teguritel. Epilepsia tõttu suuremal või vähemal määral esile kerkivad psühhosotsiaalsed probleemid kaaluvad sageli üles hoogude ja nende raviga seotu. Epilepsiahaigete vähesed võimalused aktiivseks tegevuseks ja ühiskonnas osaluseks põhjustavad tõrjutuse, abituse, väärtusetuse ja üksinduse kaudu eluga rahulolematuse tunde (4). Kliiniliste avalduste ja sotsiaalse tähenduse tõttu avaldavad ajuhaigused väga olulist mõju patsiendi enda ja lähedaste elukvaliteedile. Suhteliselt suure arvu orgaaniliste ajuhaiguste ja vigastuste taustal on ka psüühikahäirete sagedamine ning nooremine Eestis seotud vaimse tervise üldise vähese väärtustamisega nii riigi kui ka indiviidi tasemel.

Sagedasemad ajuhaigused Euroopas on unipolaarne depressioon, insult, bipolaarne häire, skisofreenia, epilepsia, alkoholist tingitud häired, muudest sõltuvusainetest tingitud häired, Alzheimeri tõbi ja teised dementsused, Parkinsoni tõbi, polüsklerooz, ajutraumajärgne sündroom, obsessiiv-kompulsiivhäire, paanikahäire, unehäired, migreen ja muud peavalud, vaimne alaareng ning muud neuropsühhiaatrilised haigused.

Eesti tööealise elanikkonna levinuimaks probleemiks on üldine psüühiline stress ning sagedavad meeleoluhäired, nagu depressioon, ja ärevushäired (5). Eesti terviseuuringu tulemused näitasid, et 11%-l rahvastikust esineb kliinilise tähendusega depressioonisümptomeid (6). Valdav osa depressioonidest on ravitav ambulatoorselt, kuid raskete ja psühhootiliste häiretega patsientide arvu kasv suurendab statsionaarse vältimatu abi vajadust ning selle vastavas mahus kavandamist. Mõistetavalt vajab probleemiga toimetulek olulisi strateegilisi samme psühhiaatrilise abi korraldamisel. Oskamatus probleeme märgata ja tõrjuv suhtumine juba olemasolevate psüühikahäiretega inimestesse on seotud vähesete teadmiste ning alainformeeritusega kogu probleemistikust.

Depressioon (eriti koos alkoholi kuritarvitamisega) on ka üheks peamiseks suitsiidi põhjuseks. Psüühiline stress on paljus seotud madala sissetuleku, pingetega tööl või hirmuga kaotada töökoht. Põhiliseks stressiallikaks on perekonna majanduslik olukord. Selle kõrval on tähtsal kohal mured seoses perekonna ja lähedaste heaoluga. Seoses pikaajalise töötuse kasvuga on suurenenud vaimse tervise probleemid töötutel.

Eestis on psüühika- ja käitumishäired püsiva töövõimetuse tekkimise põhjusena teisel kohal.

Dementsus ja selle võimalikud põhjused

Piisava eriarstliku ning ka laiema tähelepanuta on jäänud dementsuse sündroom ning sellega seotud koormus ühiskonnale. Dementsus on küll eelkõige kõrge elueaga kaasnev seisund, kuid põhjuseks võib olla ka hulk teisi ajuhaigusi. Seoses rahvastiku üldise vananemisega pööratakse kõigis arenenud riikides dementsusele kui probleemile üha enam tähelepanu. Eesti ühiskonna praeguse väikse sündimuse tagajärjena on ka meil suurenemas eakate osakaal. Dementsuse sündroomiga inimeste arv mõjutab rahvastiku elukvaliteeti, seda eriti hooldajate koormatusest ning stressist tekkida võivate psüühiliste ja ka somaatiliste probleemide tõttu. Dementsusega haige perekonnas põhjustab lähedatele ka olulisi lisakulusid.

Lisaks Alzheimeri tõvele põhjustab dementsust arvukalt muid protsesse: teised neurodegeneratiivsed haigused (Parkinsoni tõbi, Lewy kehakeste haigus, frontotemporaalne dementsus); ainevahetuslikud häired, aju vaskulaarsed haigused ja infektsioonid, toksiinid ja ravimid, ajutrauma, ajukasvajad; psühhiaatrilised häired (depressioon). Täiskasvanutel on teadaolevalt dementsuse kõige tavalisem põhjus Alzheimeri tõbi (50–60%) ning aju vaskulaarsed haigused (20%). Potentsiaalselt ravitavaid dementsuse põhjusi on tänapäeval umbes 10%-l kõigist juhtudest. Teada on dementsussündroomi levimus maailma arenenud maades, kuid paraku puuduvad objektiivsed andmed Eesti kohta, samuti ei tea me eri dementsuse vormide sagedust.

Eakate psüühikahäirete küsimused teravnevad koos eakate osakaalu suurenemisega rahvastikus. Võrreldes teiste Euroopa riikidega iseloomustab Eesti eakaid dementsuse ja depressiivsuse väga suur esinemissagedus. Nende eakate ravi- ja hooldusvõimalused on välja arendamata ning probleemi mitmetahulisus ja kaasuv koormus perekonnale teadvustamata. Koduses keskkonnas eakate toimetulekut toetavad teenused on välja kujundamata ja olemasolevate hulk piiratud.

Teada on paljude närvihaiguste levimus Eestis. Epidemioloogilised uuringud on näidanud, et epilepsia (7), ajukasvajate (8) ja Parkinsoni tõve (9) haigestumuskordajad on sarnased teiste Euroopa riikidega.

Insult südame- ja veresoonehaiguste osana on neuroloogiline haigus ja vajab diagnostikaks ning õigeks käsitluseks neuroloogi ekspertarvamust. Aastatel 1970–1973 ning 1990–1993 Eestis korraldatud prospektiivsed insuldi haigestumus-

uuritud näitasid, et 20 aastaga on insulti haigestumus suurenenud 185-lt 250 juhuni 100 000 inimese kohta aastas (9). Kuigi ellujäänute hulk on aastatega suurenenud, halvendab insult kestvalt elukvaliteeti enamikul patsientidest, seda ka mõõdukate neuroloogiliste sümptomitega haigetel ning tekitab seega olulise haiguskoormuse. Elukvaliteedi subjektiivsed aspektid pole seejuures dementsuse või kõnehäirete tõttu hinnatavad 20–25% haigetest ning alternatiivse kaudse infoallikana saab sel juhul kasutada vaid haige hooldajaid. Oluline elukvaliteedi halvenemine ilmneb ka transitoorse ajuisheemiaga patsientidel.

Trauma tõttu võib kahjustuda iga kehapiirkond, kuid pea- ja seljaaju vigastused põhjustavad enamiku traumajärgsest püsivast puudest. Trauma järel on enamik inimestest võimelised jätkama töötamist ilma olulise puudeta, juhul kui pole kaasvalt peaju vigastust. Peatraumade haigestumuskordaja 185 juhtu 100 000 elaniku kohta aastas Tartus on samasugune nagu teistes Lääne-Euroopa maades. Kohtla-Järvel, Kohtla-Nõmmel ja Jõhvis on aga peatraumade haigestumuskordaja 934/100 000, mis on teadaolevalt suuremaid Euroopas. Seejuures on ka tavatult suur vägivaldsete vigastuste osakaal – 30%. Peaju traumad esineb rohkem vanuses 20–40 aastat ning raske peatrauma jätab alati tajutavaid intellektuaalseid ja emotsionaalseid häireid kuni dementsuseni. Ka kerge peatrauma järel esineb väga sageli mälu ja kontsentratsiooni-võime halvenemine, suurenenud väsimus, initsiatiivi langus või eufooria.

Eestis on sõltuvushäirete hulk suur, need sagenevad ning algavad varasemas eas. Alkoholi tarvitamist peetakse loomulikuks stressi maandamisel ja lõdvestumisel ning alkoholi tarbimine elanikkonna hulgas suureneb. Koos sellega kasvab ka illegaalsete narkootikumide kasutamine. Levinud on väärarusaam nn kergemate ja raskemate narkootikumide kohta.

10 aastaga on Eestis psühhiaatrilist abi vajavate patsientide arv suurenenud kaks korda, sagenenud on depressioonide hulk. Sellise kasvu põhjuseks on osalt haigestumise suurenemine, kuid teisalt ka suhtumise muutus ning usalduse suurenemine eriala vastu. Õnneks ei häbeneta praegu oma terviseprobleemidest rääkimist enam sedavõrd kui mõned aastad tagasi. Nõudlus psühhiaatriliste teenuste järele suureneb ning praegu kannavad seda osaliselt neuroloogid ja perearstid. Suurenenud on neuroloogide ambulatoorsete vastuvõttude arv, näiteks Tartu Ülikooli närvi-kliinikus üheksa aastaga ligi kolm korda.

Ajuhaigustest tingitud tervisekadu

Rahva terviseseisundi hindamiseks on kasutusel arvukalt erinevaid näitajaid, kuid suremuse või ka haigestumise andmetel põhinevad hinnangud üksi annavad seejuures probleemist vaid osalise ettekujutuse, jättes kajastamata püsivast puudest ja krooniliste haiguste kulust tingitud eripärad. Surma tõttu kaotatud eluaastate (*years of life lost*, YLL) arvestamisel on aluseks vanus suremisel, surma põhjus ning eeldatav eluiga. Eeldatav eluiga võib olla arvestatud rahvastikupõhiselt eraldi meestele ja naistele või ka soo- ja vanuserühmade kaupa. Haiguse või puudega elatud eluaastate (*years lived with disability*, YLD) arvestamiseks on vaja teada haiguse või puude esinemissagedust uuritavas rahvastikus, vanust haigestumisel ja haiguse kestust ning haiguskaalu, mis arvestab vaimset ja füüsilist seisundit ning sotsiaalset staatust. Haiguskaalu määramisel mõjutab hinnangut terviseseisundi raskusele (prognoosile) võimalus seda ravida ja leevendada ehk tervishoiu areng ja kättesaadavus antud kohas hindamise hetkel. Haiguskaalu määramiseks võib kasutada ka diagnoosi või kirjeldada seisundit vaevuste ja puuete kaudu. Haigusega kohandatud eluaastad (*disability adjusted life years*, DALY) on tervisepuuduse mõõde, mis summeerib enneaegse surma tõttu kaotatud aastad ja puude tõttu tervena elatud eluaastate kaotuse.

WHO korraldatud uurimuse *Global Burden of Disease 2000* (11) ning WHO ajuhaiguste kohta koostatud raporti alusel (12) on esimest korda eraldi vaadeldud ajuhaigustest põhjustatud tervisekadu Euroopas (13, 2). Südame isheemiatõve järel leiti suurima haiguskoormusega olevat aju vaskulaarsed haigused, millele järgnevad depressiivsed seisundid, alkoholist tingitud häired, Alzheimeri tõbi ja teised dementsused ning pea- ja seljaaju trauma tagajärjed. Ilmnes, et Euroopas tervikuna moodustavad ajuhaigused 23% surma tõttu kaotatud eluaastatest (vt jn 1) ning 50% haiguse või puudega elatud aastatest (vt jn 2). Ajuhaigustest tingitud tervisekadu ehk surmade tõttu kaotatud eluaastatest ning haigestumise tõttu vähenenud täie tervise juures elatud eluaastate integreeritud näitaja moodustas 35% kõikidest haigustest (vt jn 3).

Et ajuhaigused põhjustavad ligikaudu ühe kolmandiku kogu haiguste tervisekaost, on Euroopa Neuroloogide Seltside Assotsiatsioon soovitanud seda arvestada tulevikus ka ressursside eraldamisel. Ajuhaigustest tingitud koormuse analüüs ühiskonnale võimaldab osutada rahvatervise probleemkohtadele, aitab kindlaks teha olulisemad haiguspõhjused ning riskirühmad. Näiteks põhiliselt rahalisest piiratusest tulenevalt on praegu võimalik abi ja toetust pakkuda vähem kui pooltele raske või pikaajalise psüühilise erivajadusega täiskasvanutest. Eesti üldine probleem on vaimse

tervise alatahtsustamine. Ka professionaalse abi kvaliteet on ebaühtlane, sest kvaliteeti on raske tagada, kuna abiandjaid on ebapiisavalt ning nende vähesus on seotud madalate palkadega kõikides valdkondades (sotsiaalabi, tervishoid, haridussüsteem). Vajaliku arvu psühhiaatrite ja psühhiaatriaõdede koolitamine ning neile töökohtade loomine on pikemaajalisem protsess.

Iga krooniline haigus vajab erinevatest spetsialistidest meeskonda ja tegelemist kogu inimest ümbritseva võrgustikuga. Diagnoosimine, ravi ja rehabilitatsioon on tulemusrikas piisava arvu psühholoogide, sotsiaaltöötajate, eriarstide ja neid toetavate spetsialistidega (logopeedid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, kutsenõustajad jt). Iga haigus tähendab inimesele ja teda ümbritsevale keskkonnale suurt elumuutust ning tekitab vajaduse uue informatsiooni järele. Informatsiooni küsib igaüks, saades teada, et on haigestunud kroonilisse haigusse, olgu selleks siis südame isheemiatõbi, kõrgvererõhktõbi või Parkinsoni tõbi. Esmane reaktsioon kroonilisele haigusele sarnaneb šokiga: pole kelleltki küsida, vahel ei ole ka piisavalt aega või julgust ning ajuhaiguste korral sageli ka arusaamist. Kuivõrd väga paljudel juhtudel ei ole haigust võimalik välja ravida, siis on vaja planeerida edasine tegevus kogu eluks. Patsiendi meeskonnaliikmena osalemise eelduseks on aga teadlikkus ja informeeritus haigusest. Siin on paraku olulisi puudujääke.

Seoses vanurite suure osakaaluga rahvastikus tuleb alustada neile vajalike teenuste väljaarendamist, kus arvestatakse nii dementsete kui ka teiste eakate inimeste vajadustega, et sellega vähendada pereliikmete koormust. Peab suurenema toetatud teenuste osa, et tagada erinevatest spetsialistidest koosneva meeskonna töö. Ajuhaiguste osakaal ning abi vajavate patsientide arv suureneb ning sellest tulenevalt suureneb ka nõudlus neuroloogide ja psühhiaatrite järele ning kasvab koormus perearstidele.

Jooniste allkirjad

Joonis 1. Surma tõttu kaotatud eluaastate arv Euroopas (YLL years of life lost) (2)

Joonis 2. Haiguse või puudega elatud aastad Euroopas (YLD - *years lived with disability*) (2)

Joonis 3. Haigusega kohandatud eluaastad Euroopas (DALY - disability adjusted life years) (2)

Kirjandus

1. The world health report 2001. Mental on brain diseases. Geneva:WHO;2001.Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *European J Neurol* 2003;10:471–7.Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J. Social inequalities in health in Estonia –main report. Tallinn; 2002.Rätsepp M, Õun A, Haldre S, Kaasik A-E. Täiskasvanute elukvaliteet epilepsia korral. *Eesti Arst* 1998;78(6):529–33.Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn; 2002Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, Vasar V, Luuk K. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord* 2004;78:27–35.Õun A., Haldre S., Mägi M. Prevalence of adult epilepsy in Estonia. *Epilepsy Res* 2003;52:233–42Liigant A, Asser T, Kaasik A-E. Kesknärvisüsteemi kasvaja. *Eesti Arst* 2000;2:89–95.Taba P, Asser T. Parkinsoni tõbi Eestis. *Eesti Arst* 2003;82(6):400–5.Kõrv J, Roose M, Kaasik A.-E. Changed incidence and case fatality of first-ever stroke between 1970 and 1993 in Tartu, Estonia. *Stroke* 1996;27:199–203.Murray CJL, Lopez AD. Global Burden of Disease 2000 (GBD)
12. World Health Organisation (WHO) (2001) The World Health report 2001: Mental Health, New understanding, New hope. Geneva: WHO. available: <http://www.who.int/who/2001>.
13. World Health Organisation (WHO) (2002). The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO (Regional Office for Europe). Available: <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/ehr/home>.

Summary

Health loss caused by brain diseases

The disease related burden to society is gaining more importance over time, while it is evident that increasingly more resources are spent for the most common diseases. This burden can be assessed through the life-years lost owing to untimely deaths as well as through the lower number of the life years lived in full health, owing to diseases and external causes.

Brain diseases is a term which merges traditional psychiatric, neurological and neurosurgical disorders. Unlike the other diseases, brain diseases have a highly significant psychosocial dimension. An example of this is development of depression and the factors supporting its persistence, among which namely psychosocial factors play an important role. Loss of physical, mental and social functions, or deterioration of the quality of life, caused by chronic incurable or progressing brain disease, may be

more profound or extensive than is evident at first glance. Although the conditions and disorders related to brain diseases may not be easily measurable, they affect both the life and coping of the patient himself or herself as well as those of many other people, affecting significantly the patient's family and next of kin.

Dementia syndrome and the related burden to society have not received sufficient medical attention. Ageing as the most important risk factor for Alzheimer's disease is as extensive in our country as it is in many other countries. The distribution of dementia syndrome is known in developed countries worldwide. However, there exist no relevant objective data for Estonia and, consequently, the actual burden of dementia cannot be assessed correctly. The distribution of the risk factors for dementia is partly known. Regarding brain traumas and consumption of alcohol and narcotic substances, the distribution is markedly higher compared with most countries.

In Europe as a whole, the disease burden related to brain diseases occupies the leading role. Following cardiac ischemia, the highest disease burden is accounted for by cerebral vascular diseases, depressive conditions, diseases related to alcohol abuse, Alzheimer's disease and other dementia forms as well as by sequelae of cerebral traumas and spinal cord traumas.

In the last decade the number of patients requiring psychiatric aid increased twofold; the number of depression cases has increased. The reasons for such a trend are the larger number of primary disease cases but also the change in attitudes and greater trust in the speciality. Fortunately, people are not so ashamed to speak about their health problems as they were still a few years ago. The demand for psychiatric services is growing and this demand is now satisfied partly by neurologists and family doctors. The number of outpatient visits to neurologists has increased.

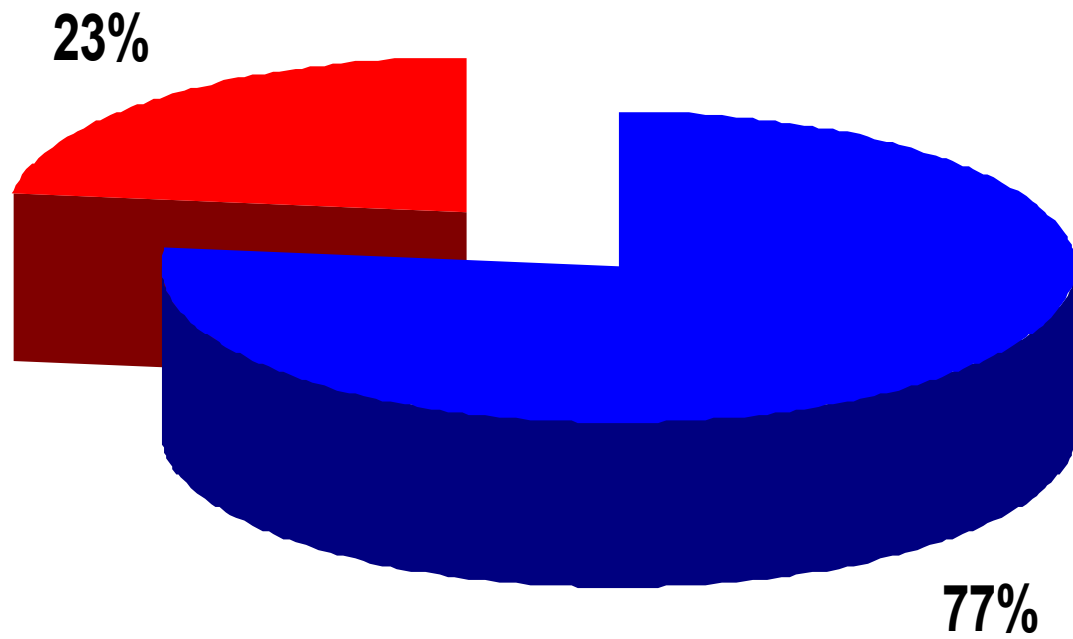
Analysis of the brain diseases related burden to society will allow to point out problem aspects in public health and will help define the most important disease causes and risk groups.

Toomas.Asser@kliinkum.ee

Ajuhaiguste põhjustatud tervisekadu

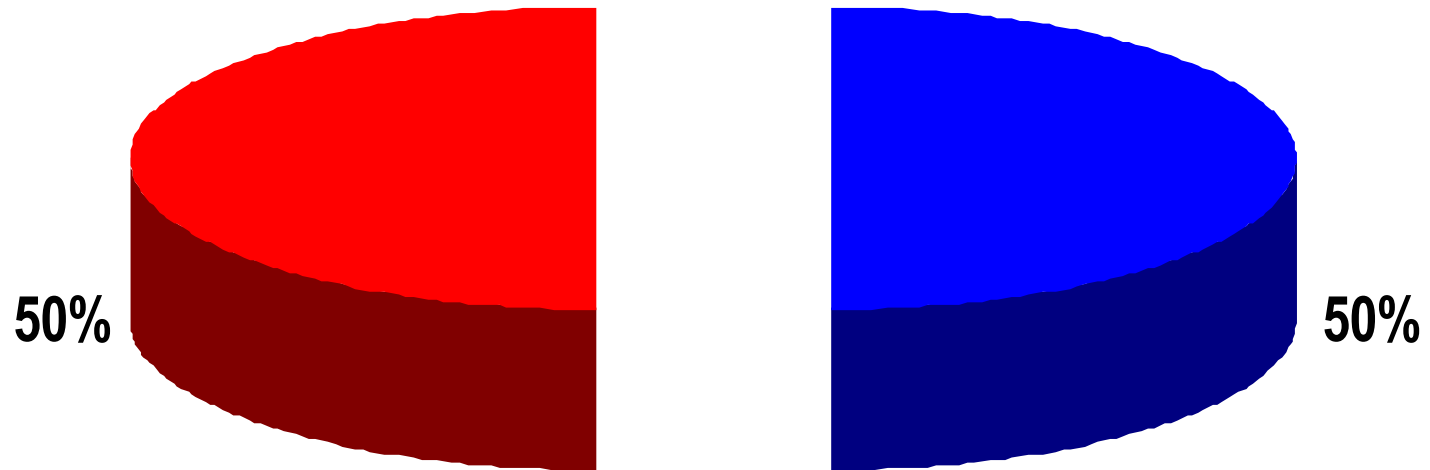
Ajuhaigused on mõiste, mis liidab kesk- ja perifeerse närvisüsteemi traditsioonilised neuroloogilised, neurokirurgilised ja psühhiaatrilised haigused. Erinevalt teistest haigusgruppidest on ajuhaigustel väga oluline psühhosotsiaalne dimensioon. Hiljuti avaldatud andmed Euroopa riikide kohta näitavad ajuhaiguste suurt osakaalu kogu haiguskoormuses. Olemasolevad andmed sagedasemate neuroloogiliste ning psühhiaatriliste haiguste levimuse kohta Eestis ning arvestades meie madalat keskmist eeldatavat eluiga võib öelda, et Eesti elanikkonna tervis ja sealhulgas vaimne tervis on aga paljuski halvemas seisus kui teiste Lääne- ja Põhja-Euroopa riikide elanikel. Ajuhaigustest tingitud koormuse analüüs võimaldab osutada rahvatervise probleemkohtadele.

Joon 1 (see tekst kustutage ära)



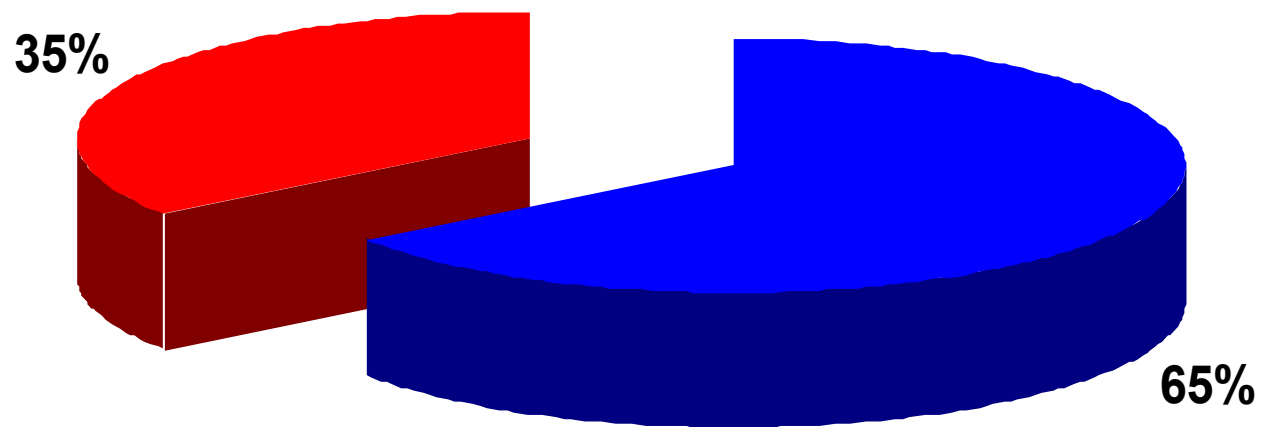
- Ajuhaigused
- Kõik haigused

Joonis 2 (seetekst kustutage ära)



- Ajuhaigused
- Kõik haigused

Joonis 3- (see tekst kustutada



- Ajuhaigused
- Kõik haigused