

Reperfusioonravi osakaal ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti (STEMI) haigetel, kellel haiglaeelne viivitus on < 12 tunni (sümptomite algusest hospitaliseerimiseni)

Sissejuhatus. Müokardiinfarkt jaguneb vastavalt EKG leiule ST-segmendi elevatsiooniga ja ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarktiks. STEMI on üks müokardiinfarkti vorme, mille puhul õigeaegne kiire reperfusioonravi on kriitilise tähtsusega raviviis. Sellest sõltub patsiendi ravitulemus ja edasine elukvaliteet. STEMI patogeneetiliseks aluseks on okluseerunud pärgarter. Seetõttu on ravi olulisemaks aspektiks võimalikult kiire ja efektiivne verevoolu taastamine pärgarteris ehk reperfusioonravi. Tänapäeval kasutatakse igapäevases kliinilises praktikas kaht reperfusioonravi meetodit: medikamentoosne reperfusioon ehk trombolüüs ja mehhaaniline reperfusioon ehk primaarne perkutaanne koronaarinterventsioon (pPKI).

Andmed indikaatori arvutamiseks on saadud riiklikust müokardiinfarktiregistrist (MIRst). Indikaatorit arvutatakse STEMI haigete kohta, kelle haiglaeelne viivitus on <12 tunni.

Tulemuste interpretatsioon. 2020 a oli MIR andmete alusel 2716 ÄMI juhtu, kellest STEMI patsiente 1134 (41,8%). Haiglaeelne viivitus <12 tunni oli 780 patsiendil (68,8%). Neist haigetest reperfusioonravi sai 81,7% (sh 66,4% pPKI ja 15,3% trombolüüsi). Võrreldes aastaga 2019 on <12 tunnise haiglaeelse viivitusega patsientide osakaal jäänud samaks. Küll aga jätkub positiivne trend kasutatud reperfusioonravi osakaalu suurenemise osas. Reperfusioonravi meetoditest suureneb just PKI osakaal.

Võrdluseks meie tulemustega võib kasutada Rootsi andmeid. RIKS-HIA registri andmete alusel rakendati 2020 a <80 aastaste STEMI haigetest 92%-le reperfusioonravi. Samas, viimase 20 aasta jooksul on Rootsis peamiseks rakendatavaks reperfusioonravi meetodiks pPKI, vaid <5% STEMI haigetest saavad trombolüüsi. Rahvusvahelist võrdlust STEMI haigete reperfusioonravi osas on keeruline teha seetõttu, et sageli on kaasatud erinevatesse uuringutesse/registritesse selekteeritud patsientide rühmad ja erinevad reperfusioonravi definitsioonid. Edaspidi võiks kaaluda analüüsi tegemist vanuserühmiti.

Limitatsioonid. Eraldi võib Eesti andmete puudujäägina välja tuua, et u 1/3 STEMI haigete käsitlust ei ole võimalik hinnata kuna nende haiglaeelne viivitus oli >12 tundi.

Kokkuvõte. 2/3 STEMI haigete reperfusioonravi osakaal on võrreldav muu maailmaga. Primaarse perkutaanse koronaarinterventsiooni kasutamise sagedus on viimastel aastatel veidi suurenenud, kuid võiks olla suurem. Tuleb märkida, et koguni 1/3 STEMI haigete reperfusioonravi rakendamist antud indikaator ei peegelda. Vajalik on selgitada, miks nii suur osa STEMI haigeid ei kutsu õigeaegselt abi ja koostöös Eesti Kardioloogide Seltsi ning Eesti Kiirabi Liiduga teha jõupingutusi selle vajakajäämise lahendamiseks.

	2017	2018	2019	2020
STEMI patsiendid, N	1141	1205	1098	1134
Haiglaeelne viivitus <12 h	785	839	754	780
Primaarne PKI	477	524	457	518
Trombolüüs	125	133	132	119
Trombolüüs+primaarne PKI	602	657	589	637
Indikaator	76,7%	78,3%	78,1%	81,7%

Koostajad:

Priit Kampus, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloog, Tartu Ülikooli kardioloogiakliiniku dotsent, Eesti Kardioloogide Selts

Toomas Marandi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloog, Tartu Ülikooli kardioloogiakliiniku teadur, Eesti Kardioloogide Selts

Tiia Ainla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloog, Tartu Ülikooli kardioloogiakliiniku teadur, Eesti Kardioloogide Selts