

## Jala amputatsioon 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri

**Sissejuhatus.** Jala säilitamise ja elukvaliteedi parandamise vajadus läbi verevarustust taastavate kirurgiliste ja/või endovaskulaarsete tegevuste suureneb aasta aastalt. Olulisteks teguriteks selles võib pidada eluea pikenemist ja elustiilist mõjutatud haigusprotsesside (nt. diabeet, ateroskleroos) hulga kasvu. Alajäseme arterite aterosklerootilist kahjustust esineb maailmas hinnanguliselt rohkem kui 200 miljonil inimesel ja see arv suureneb (Fowkes *et al* 2017). Haiguse kliiniline pilt varieerub asümptomaatilisest ateroskleroosist ning elukvaliteeti häirivast käimistakistusest kuni alajäseme rahuolekuvalude, haavandumise ja gangreenini. Viimased, koos ägeda jala verevarustuse häirega, on absoluutseteks näidustusteks verevarustust taastavate operatsioonide läbiviimiseks jala säilitamise eesmärgil.

Käesolev indikaator kirjeldab 2020 aastal Eesti veresoontekirurgia keskustes infraingvinaalses regioonis alajäseme verevarustust taastava invasiivse ravi järgselt 30-päeva jooksul teostatud suurte amputatsioonide (reis, sääre) sagedust. Tegemist ei ole üldiselt tunnustatud kvaliteedi-indikaatoriga, ehkki Delphi meetodikas läbi viidud konsensus-uuringus (Rieß *et al* 2018) tuuakse see välja ühe võimaliku kriteeriumina. Belgia vaskulaarkirurgia ekperdid (Peerboom *et al* 2021) leiavad, et varaste suurte amputatsioonide hulka võiks hinnata vaid elukvaliteeti parandava invasiivse tegevuse järgselt, ehk Rutherford klassifikatsioonis 1.-3. raskusastmel.

**Tulemuste interpretatsioon.** Rahvusvaheline võrdlus antud indikaatoriga ei ole võimalik. Paljud tööd analüüsivad küll üldist suurte amputatsioonide osakaalu populatsioonis võrdluses revaskulariseerivate protseduuridega, mis kaudselt peegeldab ka ravi kvaliteeti, kuid peamiselt siiski veresoontekirurgia kättesaadavust ja vajadust. Eriliselt tuuakse välja võrdlus reie ja sääre amputatsioonide vahel (Kolossváry *et al* 2020). Samas erinevad amputatsioonide sagedused eri riikide lõikes kuni kuus korda (Behrendt *et al* 2018). Vaatamata plaanilise ravitöö piiratusele 2020a pandeemia tingimustes näeme Eestis jätkuvat veresoontekirurgiliste protseduuride arvu kasvutrendi (al.2017a): 865→869→906→995. 2020 aastal vastab üldine revaskularisatsiooni järgne amputatsioonide sagedus 4,12% jätkuvalt Ravikvaliteedi Indikaatorite Nõukoja poolt varasemalt püstitatud eesmärgile – alla 5%. Keskustest eristus teistest seekord Taastava Kirurgia Kliinik keskmisest ja eesmärgist kõrgema amputatsioonide tasemega.

**Võrdlus.** Üldine revaskulariseeriva ravi järgne amputatsioonide tase 4,12% 2020 aastal on veidi kõrgem varasematest – 3% ringis. Pandeemia tingimustes jõudis kindlasti osa patsiente ravile liiga hilja ja/või raskemas üldseisundis ning tegeleti peamiselt erakorraliste haigetega, kelle jala seisund vajas kiiret sekkumist. Samuti võis Covid-infektsiooni foonil ette tulla rohkem ägeda isheemiaga patsiente, kelle ravitulemust on raskem prognoosida. Keskuste vaheliste tulemuste erinevusi ilma täpsema haigusjuhtude analüüsita on raske kommenteerida.

**Limitatsioonid.** Jala amputatsioon verevarustust taastava operatsiooni järgselt sõltub, lisaks läbi viidud revaskularisatsioonile, väga mitmetest muudest faktoritest – patsiendi üldseisund, kaasuvad haigused, jäseme seisund, arteriaalne staatus, revaskularisatsiooni põhjus ja meetod, tüsistused, haiglajärgne järelravi – hooldus jne. Uuringutes (Rieß *et al* 2018, Peerboom *et al* 2021) on välja toodud mitmeid kvaliteediindikaatorite võimalusi, mis eeldaks aktiivset patsiendi järelkontrolli ja vaskulaar-registri olemasolu. Suured amputatsioonid nende seas omaks tähtsust, kui arvestada kroonilise isheemia raskusastet ning revaskularisatsiooni põhjust.

Seega saab nõustuda vaid eelmise hinnangu andjaga, et antud indikaator ei anna piisvalt infot ravi kvaliteedi hindamiseks ega selgita erinevusi keskuste tulemustes.

### **Kokkuvõte.**

- \* Antud indikaator ei anna piisavat infot revaskulariseeriva ravi kvaliteedi hindamisel.
- \* Rakendatav oleks see kroonilise isheemia raskusastme arvesse võtmisel, milleks kasutada kas Fontaine või Rutherfordi klassifikatsiooni; ning haigusprotsesside (diagnoos) eristamisel.
- \* Kaaluda amputatsioonide koguhulga võrdlust taastavate tegevustega.
- \* Ettepanek korrigeerida hinnatavate raviprotseduuride nimekirja (NOMESCO).
- \* Koostöö erialaseltsidega eelnevate punktide realiseerimiseks.