



## **Ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 3**

06.02.2019

Tartus Biomeedikumis, Ravila 19 kell 11.00–15.00

Osalesid töörühma liikmed Ruth Kalda, Eret Jaanson, Margus Viigimaa, Irina Tohus, Alar Irs, Külli Friedemann (Skype), Kaja-Triin Laisaar; sekretariaadi liikmed Signe Alliksoo, Liina Kask-Flight, Elise Lätt, Kadi Kallavus.

Koosolekut juhatas Ruth Kalda, protokollis Kadi Kallavus.

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. Huvide deklaratsioonid**

Kõik kinnitasid suuliselt, et neil ei ole huvide deklaratsioonis muudatusi.

#### **2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine**

##### **1. kliinilise küsimuse arutelu**

**Kliiniline küsimus:** Kas kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks tuleb kõiki täiskasvanuid, kellel seda kahtlustatakse, uurida 12-tunnise automaatse ambulatoorse vererõhujälgimise abil vs 24-tunnise automaatse ambulatoorse vererõhujälgimise abil vs koduse vererõhu mõõtmisega vs vererõhu mõõtmisega visiidil?

**Ettekande kokkuvõte:** S. Alliksoo tegi kokkuvõtte eelmisel koosolekul esitatud tõendusmaterjalist. Selleks koosolekuks vaatas S. Alliksoo üle NICE'i 2011. a ravijuhendi soovitusel ja allikad ning tegi lisaotsingu. Lisaotsinguga leiti kaks väiksemat uuringut, kuid nii need uuringud ega ka ravijuhendist leitud allikad ei andud meile lisatõendust. Seega jääb olemasolevale tõendusele tuginedes 24-tunnine mõõtmine standardiks. Kui 24-tunnine mõõtmine ei ole patsiendile sobilik, siis saab arst otsustada, kas jälgida 6, 8, või 12 tundi. S. Alliksoo koostas kõrgvererõhktõve definitsiooni tabeli vastavalt vererõhu väärtustele.

**Töörühma arutelu:** Arutati, kas anda ekspertsoovitus teistsuguse kui 24-tunnise mõõtmise soovitus ning milline mõõtmine keskmise arvutamisel aluseks võtta.

#### **Otsus:**

- 2011. aasta KVRT ravijuhendi soovitus jääb muutmata:

*Kui nii vererõhu esimene kui kordusmõõtmine sama visiidi jooksul annavad tulemuseks vererõhu väärtuse 140/90 mmHg või rohkem, soovitage patsiendile vererõhu ööpäevaringset automaatset ambulatoorset jälgimist.*

*Kasutage diagnoosimise alusena automaatselt ambulatoorselt jälgitud päevase vererõhu keskmist väärtust, mis on arvutatud vähemalt 14 mõõtmise alusel (vt piirväärtused peatükis „Mõisted“).*

*Soovituse tugevus: tugev soovitus*

*Tõendatuse tase: madal*

- Soovituse alla lisatakse selgitav tekst:

*Kui patsiendile on talutav ööpäevaringne vererõhu mõõtmine, siis tuleks teostada mõõtmine kindlasti ka öösel.*

Ning M. Viigimaa koostatud tekst:

*Öiste vererõhuväärtuste registreerimine annab olulist lisainformatsiooni. Patsientidel, kelle öine vererõhulangus on alla 10%, on oluliselt suurem kardiovaskulaarsete tüsistuste risk. Kui öised väärtused on päevastest isegi kõrgemad, on komplikatsioonide riski tõus eriti väljendunud ja neil on kahtlus sekundaarsele nefrogeensele hüpertensioonile. Ka patsientidel, kellel öine vererõhu langus on üle 20%, esineb kardiovaskulaarse riski mõningane tõus.*

- Selgitavasse teksti tuleb lisada vererõhu väärtuste tabel. Tekstis viidata NICE'i 2011. a juhendile.

## 2. kliinilise küsimuse arutelu

**Kliiniline küsimus:** Kas täiskasvanutel, kellel on diagnoositud kõrgvererõhktõbi ning kaasuva haigusena südame isheemiatõbi, tuleb esmase ravina eelistada beeta-blokaatorit üksi või beeta-blokaatorit koos ACEI-i, ARB-i, tiasiidi / tiasiidisarnase diureetikumi või kaltsiumikanalite blokaatoriga või ACEI-d, ARB-i, tiasiidi/tiasiidisarnast diureetikumi või kaltsiumikanalite blokaatorit üksi või kombineeritult?

**Ettekande kokkuvõte:** Sekretariaadi liige L. Kask-Flight tegi lisaotsingud. Tõendusmaterjali tulemused on vastuolulised – kas andmed vananenud, RCT-sid ei ole (on jälgimisuuringud), uuringurühmad on erinevalt grupeeritud või pole toodud südame isheemiatõvega patsientide kohta infot kombinatsioonravi uuringutes. Leitud tõendusmaterjali põhjal ei ole võimalik anda tugevat soovitust beetablokaatori kui esmavaliku ravimi kohta südame isheemiatõvega patsiendil, nagu on seda tehtud eelmises juhendis.

### Otsus:

- 2011. a ravijuhendist võetakse välja soovitus nr 17, sest ei leitud soovituse andmiseks piisavalt tõendust.
- Lisatakse järgmine soovitus:

*Läbipõetud müokardi infarktiga patsiendil kasutage beetablokaatorit kombinatsioonis esmavaliku ravimiga.*

*Soovituse tugevus: tugev soovitus*

*Tõendatuse tase: kõrge*

- Selgitusse lisatakse järgmine tekst:

*Südame isheemiatõve korral ei ole leitud beetablokaatori monoterapia eelist teiste ravimirühmade ees. Ei ole leitud tugevat tõendust, et kaks aastat pärast infarkti oleks beetablokaatoril eelised teiste ravimirühmade ees.*

Vaadata tõendusmaterjal üle, kas kaks aastat jätta sisse või sõnastada ümber.

## 3. kliinilise küsimuse arutelu

**Kliiniline küsimus:** Kas täiskasvanutel, kellel on diagnoositud kõrgvererõhktõbi ning kaasuva haigusena astma, tuleb esmase ravina eelistada ARB-i, tiasiidi / tiasiidisarnast diureetikumi, kaltsiumikanalite blokaatorit, beeta-blokaatorit või ACEI-d?

**Ettekande kokkuvõte:** Sekretariaadi liige E. Lätt tegi lisaotsingu astma kohta. Sobiva hea kvaliteediga tõendusmaterjali ei leidunud. Leiti üks uuem süstemaatiline ülevaade beetablokaatorite kohta ning üks väga vana ja väga madala kvaliteediga uuring ACEI kohta.

**Töörühma arutelu:** Kui astma kohta lisamaterjali ei ole või on tegemist väga madala tõendatusse astmega uuringutega, siis ei saa panna astma kohta soovitus sisse.

**Otsus:**

- Tehti kirjanduse otsing leidmaks tõendusmaterjali kõrgvererõhktõve ravimite kasutamise kohta, kui patsiendil on kaasuva haigusena astma, aga kuna hea kvaliteediga ja uuemat tõendusmaterjali ei ole, siis töörühm soovitus ei anna.

#### 4. kliinilise küsimuse arutelu

**Kliiniline küsimus:** Kas täiskasvanutel, kellel on diagnoositud kõrgvererõhktõbi ning määratud farmakoteraapia, tuleks ravisoostumuse parandamiseks kasutada järgmisi meetmeid (võrreldes mittekasutamisega): patsiendile hinnalt soodsaima ravi kasutamine kliiniliselt võrdsete alternatiivide hulgast, kombinatsioonravi korral kombinatsioonpreparaadi kasutamine, ravisoostumust toetavad tegevused ja sekkumised?

**Ettekande kokkuvõte:** Sekretariaadi liige E. Lätt vaatas läbi ravijuhendid ning leidis kolm viimase viia aasta uuringu ning lisaks 5 viimase kümne aasta oma. Tehti kirjanduse lisaotsing. Leitud uuringutes oli ravisoostumuse muutus oluline kombinatsioonravi kasutamise korral. Uuringud olid madala tõendatuse astmega. Hinnalt soodsaima ravi kohta head tõendust välja ei tulnud. Kahes süstemaatilises ülevaates ja ühes randomiseeritud kontrollitud uuringus käsitleti ravisoostumust toetavaid tegevusi ja sekkumisi. Selgus, et erinevad sekkumised parandasid ravisoostumust.

**Töörühma arutelu:** A. Irs pakkus välja, et peaks tegema uue kirjanduse otsingu ning otsima üldiselt krooniliste haigete kohta ning kuidas omaosaluse suurus mõjutab nende patsientide ravisoostumust.

Varasemas juhendis oli nõrk soovitus soodsaima ravi kasutamise kohta (27. soovitus). Kui vaadata kroonilise haigusega patsientide ravisoostumuse ja ravimihindade seost, siis peaks uue tõenduse valguses selle soovitus üle vaadata. Praegu olemasoleva materjali põhjal võib anda pigem tugeva soovitus, aga tõendusmaterjal on madala tõendatuse tasemega.

Ravisoostumuse parandamise kohta on varasemas juhendis sõnastatud nõrk soovitus nr 26. Arutati, kas uuema tõendusmaterjali valguses peaks seda küsimust muutma. Selgus, et tõendusmaterjal varasemast erinevat teadmist ei pakkunud.

**Otsus:**

- Teha uus otsing kroonilise haigusega patsiendi ravisoostumuse ja patsiendi omaosaluse seose kohta.
- Sõnastati ümber 27. soovitus:

*Ravisoostumuse parandamiseks määrake eraldi tablettide asemel kombinatsioonpreparaat.*

*Soovitus tugevus: tugev*

*Tõendatuse tase: madal*

- 26. soovitus sõnastust ei muudeta:

*Ravisoostumuse parandamiseks võib kombineerida ravi vajalikkuse ja eesmärkide selgitamist, raviplaani kokkuleppimist patsiendiga, pereõe telefoninõustamist, vererõhu kodust jälgimist, ravimivõtmise meelespidamist hõlbustavate ravimikarpide ja muude abivahendite kasutamist, pereliikmete kaasamist.*

## **Tervishoiukorraldusliku küsimuse algoritmide ülevaatamine**

Tervishoiukorralduslik küsimus: Millised kõrgvererõhktõvega täiskasvanud patsiendid kuuluvad ravile ja jälgimisele perearsti juures?

**Ettekande kokkuvõte:** Sekretariaadi liige L. Kask-Flight tegi eelmisel koosolekul kokkulepitud lisaotsingu, et leida tõendust, kas kroonilise haige ravisoostumus paraneb esmatasandilt eriarsti juurde saatmise puhul. Sellel teemal artikleid ei leitud. Küll aga oli ühes artiklis kirjas, et patsiendi ravitulemus paranes, kui eriarst konsulteeris perearstiga. Lisaks vaadati üle, millised on teiste ravijuhendite soovitusel patsiendi suunamise kohta.

**Töörühma arutelu:** Arutati, kas lisada varasema juhendi soovitusesse juurde soovitus lisada neljanda ravimina spironolaktoon.

Varasemas juhendis on kirjas, et tööühma hinnangul ei ole andmed piisavad tegemaks soovitus spironolaktooni kasutamiseks kõrgvererõhktõve ravis esmatasandi tervishoius. Euroopa 2018 kõrgvererõhktõve juhendis on sironolaktooni lisamise kohta neljanda ravimina tehtud tugev soovitus. Selle soovituse allika, Williamsi Bathway Study Group'i randomiseeritud kontrollitud uuringu peaks läbi vaatama ning uuendatud ravijuhendi juurde allikana kaasama. Selle alusel saab anda spironolaktooni soovitusel, nagu see on Euroopa ravijuhendis.

Lähtuvalt spironolaktooni soovitusel peab ära muutma ka hea tava soovitusel. Lisaks arutati, et peaks varasema hea tava soovitusel „suunake patsient eriarsti juurde alles siis, kui mittefarmakoloogilise ravi ja kolme ravimi piisavate annuste kombinatsiooniga ei ole vererõhu eesmärkväärtusi 3-6 kuu jooksul õnnestunud saavutada...” lühendama kuude arvu 2-3 kuuks.

Vaadati üle algoritmid, mida peab samuti spironolaktooni soovitusel lähtuvalt muutma.

Arutati, kas peaks täiendama teiste ravijuhendite eeskujul eriarstile suunamise soovitusi. Hetkel on lisaks nelja ravimi kombineerimise järgselt suunamisele ka hea tava soovitus kaaluda suunamist sekundaarsele hüpertensioonile viitavate tunnustega või alla 30 aastat vana patsiendi puhul. Otsustati, et suunamise kriteeriumeid rohkem ei täiendata.

### **Otsus:**

- Teha uus, 25. soovitus:

*Kui kolme ravimirühma kombinatsiooniga ei ole saavutatud ravi eesmärkväärtust, lisada neljanda ravimina madalas annuses spironolaktoon (25-50 mg).*

*Soovitusel tugevus: tugev*

*Tõendatuse tase: mõõdukas*

Sekretariaadi liige teeb ülevaate Euroopa 2018. aasta kõrgvererõhktõve ravijuhendis viidatud Bathway uuringust, sh vaatab, kas kaasatud on ka esmatasandi patsiendid, misjärel peab uuesti üle vaatama sõnastatud soovitusel tugevuse ja tõendatuse taseme. Selgitavasse teksti lisada Bathway uuringust tõendusmaterjal.

- Hea tava soovitusel muudeti järgmisel:

*Suunake patsient eriarsti juurde alles siis, kui mittefarmakoloogilise ravi ja nelja ravimi piisavate annuste kombinatsiooniga ei ole vererõhu eesmärkväärtusi 2–3 kuu jooksul õnnestunud saavutada ning olete veendunud, et patsient kasutab ravimeid korralikult.*

- Algoritmidesse lisas 2 (Algoritm kõrgvererõhktõvega patsiendi esmaseks käsitlemiseks) ja lisas 3 (Algoritm kõrgvererõhktõvega patsiendi käsitlemiseks, kui vererõhk või südameveresoonkonna haiguste üldine risk on väga kõrge) tuleb teha uus kast neljanda ravimi, spironolaktooni lisamise kohta.

## 6. Järgmiste koosolekute aegade kokkuleppimine

### Otsus:

Järgmine koosolek toimub 16.04, enne seda vaadatakse elektroonselt üle ühe kliinilise küsimuse (ravimi omaosaluse) lisaotsingu tulemused ning spironolaktooni soovitusel tõendusmaterjal.

Juhendi kokkujutamisega võib alustada ning sellega jooksvalt tegeleda.

Muudeti 16.04 koosoleku alguskellaaega – kl 14.00. Lõpukellaaega ei mängitud, aga ilmselt ei kulu nelja tundi, nagu eelnevatel koosolekutel.

Lepiti kokku järgmine ajakava:

18.02.2019	kahe kliinilise küsimuse lisamaterjali otsingud saata töörühmale
1.03.2019	käsikirja 1. versioon valmis
16.04.2019 kell 14.00	4. koosolek (käsikirja ja tagasiside arutelu, kinnitamine) Tartus

## 7. Muu arutelu

Arutati, kuidas peaks uuendatud juhend välja nägema. Eelistatakse, et juhend jääb elektroonselt kättesaadav. Ravijuhendit täismahus välja ei trüki, pigem tükiks välja soovitud ja algoritmid.

Patsiendi juhend vaadatakse üle, kui on juhendi esimene versioon valminud.

Rakenduskavas peab üle vaatama e-konsultatsiooni tingimused.

### Edasised tegevused:

Sekretariaadi edasised tegevused:

- 4. kliinilise küsimuse kohta teha uus otsing kroonilise haigusega patsiendi ravisoostumuse ja patsiendi omaosaluse seose kohta.
- Tervishoiukorraldusliku küsimuse kohta lisada tõendusmaterjali hulka Euroopa 2018. aasta kõrgvererõhktõve ravijuhendis viidatud Bathway uuring.
- Sekretariaadi juht koostab püsisekretariaadi abiga ravijuhendit käsikirja 1. versiooni.

**Lisad:** Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtted, mis on leitavad OneDrive´i lingil:

[https://1drv.ms/f/s!Ao\\_I6VaZO9Tmi3qzxCNqn\\_QEIpy7](https://1drv.ms/f/s!Ao_I6VaZO9Tmi3qzxCNqn_QEIpy7)