



Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 4

Toimumisaeg ja -koht: 18.01.2023 kl 12.00-14.00 TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi raamatukogu (ruum 4061, Ravila 19, Tartu) ja Microsoft Teams.

Osalesid: töörühma liikmed Aet Lukmann, Anneli Jürgenson, Mai Blöndal, Anu Starkopf, Aija Kala, Maria Pern, Livian Laaneots, Kätlin Lillemaa, Eduard Tsvetkov, Martin Serg, Tõnu Viik ning sekretariaadi liikmed Aleksandra Butšelovskaja, Helena Grauberg, Julia Järveküla, Kelli Pöder, Anna Vesper

Koosolekut juhatas Aet Lukmann, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide üle vaatamine

Ravijuhendi koostajatel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides.

Koosolekul osalevad kõik töörühma liikmed, olemas kvoorum otsuste tegemiseks.

2. Kliinilise küsimuse 9 tõendusmaterjali arutelu

Kas kõik südamehaiged vajavad toitumisseisundi hindamist (alatoitumuse või rasvumuse osas) või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?¹

Sekretariaadi liige Julia Järveküla tegi ülevaate analüüsitud tõendusmaterjalist. Kaasatud ravijuhendites on toodud rasvumise hindamise ning kehakaalu alandamise kohta. Soovitatakse säilitada tervislikku kehakaalu (KMI 18,5-25 kg/m²) ning alandada kehakaalu toitumise muutmise ning kehalise aktiivsuse suurendamise kaudu. Rasvumise (esineb umbkaudu 58% südamehaigetel) hindamiseks soovitatakse kasutada vööümbermõõdu mõõtmist ja KMI hindamist. Kirjeldatakse rasvumise paradoksi – kõrgema suremuse riskiga on patsiendid, kellel esineb alatoitumus või KMI > 35 kg/m².

Kahheksiat esineb juhendite põhjal umbkaudu 15% patsientidel, eraldi selle hindamiseks soovitusi ei ole toodud. Soovitatakse toitumise muutmist, mis võib olla keeruline nende patsientide puhul. Eraldi on välja toodud sarkopeenia, mida samuti südamehaigetele esineb. Kehakaalu alandamiseks soovitatakse toitumisalast nõustamist (või vastavas programmis osalemist), osades juhendites ka Vahemere dieeti. Kehakaalu soovitatakse alandada 5-10%.

Ravijuhendite soovitusel põhinevad süstemaatilistel ülevaadetel, metaanalüüsidel, kuid paljuski ka üksikuuringutel ja ülevaateartiklite. Soovituste tugevused varieeruvad praktilistest soovitustes tugevate soovitusteni.

Ülekaalulisuse/rasvumise hindamiseks kasutatakse uuringutes vööümbermõõdu mõõtmist ja/või KMI arvutamist. Neid ei peeta kõige täpsemateks näitajateks, sest tegelikult tuleks hinnata

¹ Küsimus nr 9 oli esialgses käsituslasal nummerdatud kui küsimus nr 8.

kehakoostist. Seda võimalust igal pool ei ole ning kõiki patsiente kehakoostise hindamisele suunata ei ole võimalik.

Lisaotsingutega leiti mitmeid instrumente alatoitumise hindamiseks, seejuures mitmed nendest mõõdikutest arvestavaid laboratoorsete uuringute tulemusi, nt *Geriatric Nutritional Risk Index* (GNRI), *Prognostic Nutritional Index* (PNI), *Controlling Nutritional Status Score* (CONUT), *Nutritional Risk Index* (NRI). Lisaks on kasutusel *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002), *Short Form Mini Nutritional Assessment* (MNA-SF), *Mini Nutritional Assessment* (MNA, mis arvestab nii kliinilist hindamist kui laboratoorsete uuringute tulemusi), *Generated Subjective Global Assessment* (SGA). Mitmed nendest mõõdikutest on valideeritud (NRI, MUST, NRS-2002, MNA, MNA-SF, SGA) ning on näidatud, et need on tundlikud ja spetsiifilised alatoitumuse hindamiseks. Eesti Kliinilise Toitmise Seltsi kodulehel on toodud alatoitumuse riskihindamiseks NRS-2002 ning eakate alatoitumuse riskihindamiseks MNA. Kodulehel toodud andmete põhjal on MAN venekeelne versioon valideeritud, eestikeelne versioon valideerimisel. NRS-2002 kohta on toodud valideerimata eestikeelne tõlge.

Kuivõrd kliinilise küsimuse ühe osana soovis töörühm teada, kas südamehaigete toitumisseisundi (rasvumine, alatoitumus) hindamise alusel toitumise muutmine parandab ravitulemusi, siis otsiti lisaks vastavaid uuringuid. Leiti üks süstemaatiline ülevaade kehakaalu alandamisega (dieediga) kaasnevatest tulemustest rasvumise korral südamehaigetel. Kahe RCT tulemuste põhjal leiti, et kehakaalu langetamisel paraneb patsiendi elukvaliteet ja koormustaluvus (madal tõendatuse aste). Lisaks leiti üks süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs toitumissekkumiste kohta alatoitumuses või selle riskiga südamepuudlikkusega patsientidel. Leiti, et toitumissekkumiste kasutamisel vähenesid suremus ja rehospitalseerimine (ühe RCT tulemuste põhjal, madal tõendatuse aste) ning paranes koormustaluvus (nelja RCT tulemuste põhjal, madal tõendatuse aste). Sekkumisteks olid nendes uuringutes konkreetsete toitumissoovitused ja toidulisandite kasutamine.

Töörühma sõnul on Eestis kasutatud MUST ning NRS-2002, kuid mitte süsteemselt. MNA on põhjalik, kuid vajab täitmiseks aega ja spetsialistide eelnevat koolitamist. Arutatakse, kas on vajalik kõikide südamehaigete hindamine ülekaalulisuse/rasvumise või alatoitumuse suhtes taastusravi planeerimisel. Kahheksia hindamiseks oleks vajalik mõõdik või objektiivsem hindamisvahend, sest kehakaal ega KMI arvutamine ei ole õiged vahendid. Kasutatakse ka DEXA uuringut. Lisaks tuleb arvestada, et osade südamehaiguste korral on oluline mõju sarkopeenial (nt LVAD patsiendid), kardialse kahheksia ja sarkopeenia mõju südamehaiguste prognoosile on uuringutes eraldi välja toodud. Samuti on olemas konsensusdokument nõrkuse, hapruse (ingl *frailty*) määratluse, hindamise ja kliinilise mõju kohta kardioloogias (E.Tsvetkov saadab dokumendi lingi).

Sekkumised ülekaalulisuse või rasvumise ennetamiseks ja vähendamiseks on üldiselt universaalsed ning uuritud teiste haiguste või n-ö tervete rasvunud inimeste kohta. Töörühm soovib lisamaterjali Vahemere tüüpi dieedi ning DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) dieedi mõju kohta südamehaigetel. Oluline on toitumisalaste sekkumistega saavutada lipiidide taseme langetamine. Töörühm soovib toitumise hindamise ja

toitumissekkumiste soovitamise juures kaasata konsultandina vastava valdkonna ekspert. Sekretariaat pöördub dr Hanna-Liis Leppa poole.

Täiendatud tõendusmaterjali arutatakse edasi järgmisel ravijuhendi koosolekul.

3. Kliinilise küsimuse 1 tõendusmaterjali arutelu

Kas kõik südamehaiged vajavad kompleksset taastusravi võrreldes erinevate taastusravi komponentide kasutamisega paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Anna Vesper teeb ülevaate tõendusmaterjalist. Rahvusvahelistes ravijuhendites soovitatakse üldiselt kõikidele südamehaigustega patsientidele taastusravi programmis osalemist (arvestades nende vanust, kehalise aktiivsuse taset enne haigestumist, füüsilisi piiranguid), peamiselt rõhutatakse treeningute põhise programmi. Samas peaks programm sisaldama treeninguid, riskitegurite hindamist ja muutmist, stressi juhtimist ja psühholoogilist toetust. Taastusravi peaks algama võimalikult varakult, keskusepõhise südamehaiguste taastusravina määratletakse taastusravi keskuse supervisioonil ja vastutusel teostatavat taastusravi.

Soovitused on tugevad või mõõdukad, kõrge või mõõduka tõendatuse astmega, põhinevad metaanalüüsidel või mahukatel RCTdel. Seejuures on olemas Cochrane'i süstemaatilised ülevaated erinevate südamehaigustega patsientidele (südamepuudulikkus, koronaarsündroom, koronaarinterventsiooni järgselt, stabiilne stenokardia) treeningutel põhineva taastusravi kasulikkuse kohta.

Lisaotsinguga leidis üks süstemaatiline ülevaade ja võrgustik metaanalüüs, kuhu oli kaasatud 148 RCTd, kus oli hinnatud südamehaiguste taastusravi erinevate komponentide kombinatsioone täiskasvanud südamehaigetel. Tulemuste põhjal leiti, et südamehaiguste taastusravi üksikkomponentidest on suurem efekt suremuse vähenemisele psühhosotsiaalsel toetusel, treeningutel ja riskitegurite muutmisel. Suurem efekt hospitaliseerimise vähenemisele oli patsiendiõpetusel, treeningutel ja psühhosotsiaalsel toetusel. Teistes otsingutega leitud uuringutes keskenduti erinevate taastusravi komponentide efektiivsuse võrdlemisele või võrreldi konkreetse komponendi efektiivsust võrreldes selle mitte rakendamisega (nt treening vs standardravi).

Töörühm arutas, et seda kliinilist küsimust sõnastati mitu korda ümber, siin peaks olema põhiline fookus, millised patsiendid peaksid kindlasti saama taastusravi taastusravikeskuses ning millised patsiendid võiksid saada taastusravi esmatasandil (üksikud komponendid). Lisaks tekitab ikka segadust küsimuses toodud „kompleksne taastusravi“ pigem on tegemist mitmekomponentse taastusraviga (treeningud, riskitegurite hindamine ja muutmine, nõustamine, toetus). Kõik südamehaiged vajavad enne taastusravile suunamist hindamist, mille alusel peaks olema võimalik patsient suunata taastusravile. Pigem tuleks siin kokku leppida, millised patsiendid peavad saama kindlasti taastusravi keskuses. Kas need on kõrge äkksurma riskiga patsiendid, kellest on varasematel koosolekutel räägitud või kõrge kardiovaskulaarse tüsistuste riskiga patsiendid. Kas nendeks patsientideks on pika QT-sündroomiga, kodade virvendusarütmia, langenud väljutusfraktsiooniga patsiendid? Kardioloogid koostavad järgmiseks koosolekuks nimekirja seisunditest, mille puhul peaks südamehaigusega patsient saama taastusravi spetsialiseerunud keskuses.

Taastusravi teenuste (erinevate komponentide) puhul tuleb arvestada spetsialistide koolitust (nt füsioterapeudid peavad oskama tõlgendada EKG koormustesti tulemusi), hetkel südamehaigeid patsiente esmatasandil töötavate füsioterapeutide juurde eriti ei pöördu. Lisaks on olemas taastusravi kaugteenus, millised patsiendid seda teenust vajaksid?

Järgmisel koosolekul arutatakse läbi, millised patsiendid peaksid saama kindlasti taastusravi spetsialiseeritud keskuses, ravijuhendi lisana tuleb koostada patsiendi taastusravi algoritm (k.a millal toimub hindamine, korduv hindamine, analüüsid ja uuringud).

4. Muud küsimused (koosolekute ajakava ja edasised tegevused)

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub 15.02. kl 12-16 Tartus koos Teamsis liitumise võimalusega.

2023 esimese poolaasta koosolekud toimuvad:

- 22.02. kl 12-16
- 29.03. kl 12-16
- 19.04. kl 12-16
- 07.06. kl 12-16