



Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 7

Toimumisaeg ja -koht: 07.06.2023 kl 12.00-16.00 veebikoosolek Microsoft Teamsis.

Osalesid: töörühma liikmed Aet Lukmann, Annelii Jürgenson, Mai Blöndal, Anu Starkopf, Aija Kala, Maria Pern, Livian Laaneots, Kätlin Lillemaa, Tõnu Viik ning sekretariaadi liikmed Aleksandra Butšelovskaja, Helena Grauberg, Julia Järveküla, Kelli Pöder, Mihail Beljajev, Kaja-Triin Laisaar

Puudus (ette teatatud): Eduard Tsvetkov, Martin Serg

Kutsutud: Marion Kalju (Tervisekassa)

Koosolekut juhatas Aet Lukmann, protokollis Kaja-Triin Laisaar

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide üle vaatamine

Ravijuhendi koostajatel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides.

Koosolekul osaleb üheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali arutelu jätk

Kas kõikidele südamehaigetele teha funktsionaalse võimekuse hindamine (kardiopulmonaalne koormus EKG, koormus EKG, 6-minuti kõnnitest) või mitte taastusravi efektiivseks planeerimiseks ja paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Tõendusmaterjali on varasemalt arutatud 16.11.2022 toimunud koosolekul. Soovitus on lõplikult sõnastamata. Vaadatakse üle kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse juhendis füüsilise võimekuse hindamise kohta tehtud soovitusel. Füüsiline võimekus hindab lisaks kardiopulmonaalsele võimekusele aeroobset võimekust ja lihasjõudu. Pigem kasutatakse terminit funktsionaalne võimekus (mis omakorda sisaldab ADL). Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse juhendis on nimetatud kõik kolm, kas südamehaiguste korral saab ühte eelistada või koostada pingerida. Rahvusvahelistes südamehaiguste juhendites on nn „kuldstandard“ kardiopulmonaalne koormustest. Kui see ei ole kättesaadav, siis kasutada teisi võimalusi. Südamehaiguste prognoosi hindamiseks olulisi tegureid saab hinnata just kardiopulmonaalse testiga. Ehk siis sõnastada soovitus, et eelistada kardiopulmonaalset koormustesti EKG koormustestile ja 6-minuti kõnnitestile. Test tuleb teha enne taastusravi alustamist ja kasutada taastusraviplaani koostamisel. Soovituse selgitavas tekstis peaks ära märkima, et test sobib kasutamiseks stabiilsetel südamehaigetel. Lisada tuleb koormustesti vastunäidustused. Töörühm vaatab need üle ja saab lisada kas algoritmi või juhendi lisse. Eraldi praktilise soovitusena peaks olema toodud, et hindama peab südamehaige riskitegureid.

Juhendis peaks olema täpsustatud, kes saab patsienti suunata kardipulmonaalsele koormustele. Perearstid on suunanud südamehaigete taastusravi läbiviimiseks ja kardiorespiratoorse reservi taastusravi võimekuse hindamiseks. Sellele eelneb taastusarsti vastuvõtt. Kas võib mõjutada kättesaadavust asjaolu, et perearst ei saa suunata otse uuringule. Kõik arstid peaksid saama suunata. Praegu kardioloogid selle näidustusel kardipulmonaalset koormustesti ei tee, teevad nt sümptomaatilise aordiklapi haiguse, isheemiatõve hindamiseks. Kardioloogid suunavad patsiendi taastusravi planeerimiseks taastusarstile. Kui perearst ise ei saa suunata, siis ta peab teadma, kellele ta suunab, nt taastusarsti konsultatsioonile.

Praegu on ambulatoorne taastusravi olnud väga keskuste keskne, kuid südamehaigeid on palju ja taastusravi on alakasutatud. Kui Tervisekassal on enam võimalusi, saaks taastusravi osutamist laiendada tervisekeskustesse (stabiilsetel südamehaigetel), see võiks olla pikem perspektiiv. Soovitusega ei peaks ära piirama, kes võib teha seda testi. Perearst peaks saama ka kohapeal testi saama teha. Kui ta ei saa ise testi tõlgendada, on võimalus e-konsultatsiooni kaudu küsida taastusarstilt. Tuleb mõelda, mida selle soovitusel soovitakse saada. Perearsti seisukohalt, kui tehakse väga konkreetne soovitus, siis nt keskustes asuvad perearstid saava suunata taastusarstile ja see on hea võimalus. Maapiirkondades peab olema selge, kas saab teha koormustesti, kes seda teeb ja kuidas nende patsientidega edasi toimetada. Seoses müokardiinfarkti juhendi rakendamisega tehakse pingutusi, et keskustest väljaspool asuvad spetsialistid õpiksid ära kardipulmonaalse testi tegemise. Muidugi on turvaline, et kõik käiks taastusarsti pilgu alla. Kuid kaugematest piirkondadest ei saa patsient käia keskusel nädalate kaupa taastusravi saamas. Kas võiks jääda nii, et test tehakse keskusel ja määratakse soovitus ja patsient liigub kodukohta, kus füsioterapeut saab nende alusel taastusravi teha?

Osade südamehaigete prognoosimarkerid on täpsemad, kui test on tehtud veloergomeetrial. Kas seda on vaja täpsustada? Kui soovitakse doseerida koormust, on vaja teada, mida ta pärast teeb. Kui patsient teeb edaspidi rattatreeningut, teha test velorgomeetrial. Samas saab tulemusi konverteerida (olemas indeksid), kui ei oleks teisi võimalusi testi tegemiseks. Soovituse selgitavasse teksti lisada, miks on kardipulmonaalne test eelistatud: võimalik paremini hinnata treeningpulssi, paremad kliinilised prognoosilised parameetrid, saab anda täpsemaid soovitusi intensiivsuse osas. Kuna enamasti kardiotreeningud tehakse veloergomeetritel, siis võiks olla soovitus ka selle kohta, et testi tegemisel eelistada veloergomeetrit. Tõendusmaterjali kokkuvõttes toodud uuringutes on palju 6-minuti kõnnitesti, kuid seda ongi võrreldud kardipulmonaalse koormustestiga. Ehk on tehtud valideerimise uuringud. Töörühm ei näe vajadust eraldi juurde otsida tõendusmaterjali tõestamiseks, miks on esimene eelistus kardipulmonaalne test

Lisaks on kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse juhendis soovitus, et ainult füüsilise võimekuse hindamise testi alusel ei tohi otsustada taastusravi vajaduse üle. Sama võib olla probleemiks ka südamehaigete puhul. Kardipulmonaalse testil võivad olla head tulemused, kuid nt patsiendil on tugev ülekaal. Kui testi tulemused on head, võib rahastajal tekkida küsimus, miks ta siiski on suunatud taastusravisse. Samas on see võimalik ära selgitada ja südamehaigete taastusravi määramisel ei lähtuta vaid kardipulmonaalse testi tulemustest. Vaadatakse ka muid riskitegureid. Osade töörühma liikmete hinnangul oleks vaja rõhutada, et taastusravi ei ole vaid füüsilise võimekusega tegelemine. Otsus taastusravile suunamisele tehakse tegelikult juba

varem. Minimaalset vajalikku kliinilist vahemikku ei saa välja tuua, selle kohta ei ole maailmas ühtset kokkulepet.

Selgusse kirjutada, et enne ja pärast tehtud hindamine peab olema tehtud sama meetodiga. Siin võib tekkida kättesaadavuse teema. Näiteks enne on tehtud keskuses, aga teise soovib patsient teha kodukohas, kus ei pruugi sama test olla kättesaadav. Teine variant, et kui kodukohas läheb füsioterapeudi juurde ja temal ei ole nt kardiopulmonaalse testi võimalust, peab tegema uuesti testi (nt 6-minuti kõnnitesti), et saaks hiljem järelhindamise teha.

Millal hinnata taastusravi efektiivsust? Seda otseselt antud küsimus ei käsitle. Kui kaaluda patsiendil taastusravi jätkamist, siis esimese tsükli (nt 8 nädala järgselt) järgselt tuleb uuesti hinnata. Hindamine ei põhine ainult testi tulemustel, see põhineb kliinilisel hinnangul. Test annab vaid aluse otsuseks, kuidas suurendada koormust.

Kas 6-min kõnnitesti kohta täpsustada, kas seda on vaja teha kaks korda järjest, korratavuse vajadus ei ole täpselt selge ning selget soovitusi rahvusvaheliste juhendites ei ole. Ka uuringutes vasturääkivad tulemused. Selle testi puhul on pigem mure, et selle metoodikas on erinevused, seda teevad mitmed spetsialistid. Kui juhendamine ei ole standardne ja korrektne, tulevadki tulemustes vahed. Füsioterapeudid 6-min kõnnitesti kaks korda ei tee. Selgusse saab lisada, et uuringutes on selle kohta vastukäiv info ja töörühm leidis, et arvestades töökorraldust ei peeta vajalikuks seda soovitada. Küll aga soovib töörühm täpsustada, kas enne ja pärast hindamine peab toimuma sama meetodiga.

Töörühm sõnastab soovitused:

1. Eelistage kardiopulmonaalset koormustesti EKG-koormustestile ja 6-minuti kõnnitesti. Enne ja pärast taastusravi hindamise meetod peab olema sama. – (tugevus ja tõendatuse aste täpsustuvad).
2. Kui kasutate kardiopulmonaalset koormustesti või EKG-koormustesti, eelistage veloergomeetrit. – praktiline soovitus

Mõistetes välja tuua, mis on kardiopulmonaalne koormustest (ka kirjeldatud näitajad), stabiilne südamehaigus.

OTSUS: töörühm kinnitab sõnastatud soovitused

3. Kliinilise küsimus 9 tõendusmaterjali arutelu jätk

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

Küsimuse tõendusmaterjali on arutatud varasemalt 18.01.2023 toimunud koosolekul. Küsimuse esitamise põhjenduseks oli, et südamehaigetel ei mõelda tihti toitumise hindamise vajalikkusele, et esineb alatoitumust või ka ülekaalulisuse korral võib esineda vaegtoitumust. Eestis on kehtivad riiklikud toitumis- ja liikumissoovitused, mis on hetkel ajakohastamisel. Toitumise osas ei nähta ette suuri muudatusi soovitustes. Selles dokumendis on toodud, et esmajoones hinnata inimese vööümbermõõtu ja KMId. Seda tehakse, sest suurenenud vööümbermõõt on riskitegur. Kui

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

patsient suudab taastusravi ajal kehakaalu ja vööümbermõõtu vähendada, siis see on ka tulemus. Samad soovitusel on ka WHO poolt välja toodud.

Kas KMI alusel kriteeriumid tuleks antud juhendis uuesti välja tuua. Igaks juhaks tuleks üle vaadata, kas Eesti toitumis- ja liikumissoovituste ja WHO juhendis toodud soovitusel langevad kokku. Eesti toitumis- ja liikumissoovitustes ei ole eraldi kompaktselt toodud südamehaigete toitumist, kuid selle juhendi põhjal on tehtud veebileht, seal on alajaotused haiguste rühmade kohta, ka südamehaigete jaotus. Kasutatud materjal põhineb riiklikel toitumis- ja liikumissoovitustel.

Tavaliselt soovitatakse mõõta nii vöö- kui puusaümbermõõtu, õunakujulise kehakujuga inimesed on rohkem disponeeritud südamehaigustele kui pirnikujulise kehakujuga inimesed. Kui aga inimesel on juba on haigus, siis töörühma hinnangul ei oleks vajalik eraldi puusaümbermõõdu hindamist välja tuua, see ei muuda ravitaktikat ega ka oma olulist tähtsust tulemuste mõttes. Oluline on kehakaalu langus ja vööümbermõõdu vähenemine (mis on seotud vistseraalse rasvaga). Prognostiliselt on olulisemad vööümbermõõt ja KMI.

Töörühm arutab ka, kumb on olulisem, kas ala- või ületoitumus. Prognostiliselt lõppstaadiumis südamehaige alatoitumus on halb näitaja (haiguse halvenemine on kiirem), kuid tegelikult on ületoitumusega patsiente ikka palju rohkem. Ei saa välja tuua, et kumb on tähtsam. Alatoitumuse probleemi teadvustatakse samas vähe. Käesoleval aastal alustatakse toitmisravi juhendi koostamist, mille fookust veel täpsustatakse, kuid keskendutakse alatoitumusele. Selles käsitletakse ka toitmisravi ambulatoorses ravis. Ehk on mõtet oodata, milliseid soovitusi selles osas antakse. Kas on haiguste rühmade kohta soovitusel või üldised soovitusel.

Soovitus antud juhendi kliinilise küsimuse kontekstis võiks olla, et hinnatakse kõikide südamehaigete toitumist KMI ja vööümbermõõdu alusel. Soovitusel juurde kriteeriumid (vööümbermõõdu normnäidud, toitumise kategooriad). See oleks alustuseks skriinimine. Vaegtoitumise korral saaks edasi teha analüüsid. Ilmselt on siin tugev tõendus või on üldteada soovitus. Kas panna see praktilise soovituselena, seda ei oleks vaja tõendama minna.

Oluline on siiski ka rasva lokalisatsioon, KMI hindab üldiselt ning selles osas on tehtud kriitikat. Kas seda on vajalik puudutada, kas näiteks lisada ka puusaümbermõõtu. Meil ei ole andmeid, mida täpselt peaks mõõtma. Otseselt tõendusmaterjalist puusaümbermõõdu hindamise vajadust välja ei tule. Siis peaks olema vöö- ja puusaümbermõõdu vahe. Kui see on teatud väärtustest erinev, siis annab see enam infot rasva lokalisatsiooni kohta. Seda tasuks kasutada, kui anname selle alusel kas mingeid konkreetseid soovitusi (nt WHO soovitusel ei ole toodud). Tuleb arvestada, et see on ikkagi mõningane lisatöö arstile/õele. Kui seda on vaja, siis peaks tõendusmaterjali juurde otsima. Samas, kui on normkaalulised, aga samas vööümbermõõtu suurem, siis see indeks näitab, et see ei ole korras. Vistseraalne rasvumine on ohtlik. Inimene ei pruugi muidu olla ülekaaluline.

Kas on vaja siis otsida juurde infot vöö- ja puusaümbermõõdu suhte kohta, see on kardiovaskulaarse riski näitaja, seotud suurema suremusega. Need jaotused on selgelt paigas. Kaasatud rahvusvahelistes juhendites seda ei olnud toodud, kuid võib vajadusel juurde otsida. Kui patsient on ülekaaluline, siis ehk ei olegi vajalik puusaümbermõõtu hinnata, kui aga patsient

on normkaaluline, siis võiks uurde hinnata puusaümbermõõtu. Kas kitsendada soovitus, kellel on vaja hinnata puusaümbermõõtu. Praegu on muidugi probleem, et sageli ei hinnata ka vööümbermõõtu, puusaümbermõõdust rääkimata.

Kas sekkumine muutub vastavalt sellele, kui tal nt KMI suur või tal on KMI normis ja vööümbermõõt suurem. Kas siis on vajalik puusaümbermõõdu mõõtmine. Siis ehk ei suunaks nii palju tähelepanu kalorige vähendamisele, vaid pigem kehalisele tegevusele. Sama kehtib nt sarkopeenilise rasvumise korral, kui KMI on korras, aga nt lihasmass on madal. Siis on vaja jõutreeningut. Vaadata juurde WHO piirväärtused selle suhte kohta.

Vaegtoitumuse korral tehakse vajadusel DEXA uuring, kui on väga väikene rasvavaba mass (sarkopeenia), tehakse ka näpistustesti (nelja voldi test). Pigem praegu DEXA ja bioimpedantsi meetodil kehakoostise mõõtmine. Siis võib suunata patsiendi toitumisspetsialisti juurde, seal antakse spetsiifilisemad soovitused valkude, rasvade jm tarbimise kohta. Kas lähtuda kriteeriumitest (vt kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse taastusravi juhendi soovitus 30). või lähtuda siiski kliinilise toitumise seltsi NRI ja MUST mõõdikutest. Kas südamehaigete puhul tuleks ka kasutada mõõdikut. Seda peaksid siiski ütlema toitumisravi spetsialistid. Eesti Kliinilise Toitumise Seltsi juhatus soovis vastata ühiselt ja enne sügist nad ei jõua. Pigem oodata juhendi soovitusd ära. Teine variant on jääda sellele tasemele nagu meie soovitusd praegu on.

Lisaks on kliinilise küsimuse raames otsitud palju materjali, mida toitumise osas südamehaigusega patsiendile soovitada. Seda otseselt ei ole kliinilise küsimuses toodud. Tõendusmaterjali on vähe, uuringud on üldiselt tehtud riskiteguritega tervetel inimestel, kuid ei leidunud eriti südamehaigete seas tehtud uuringuid erinevate dieetide kasutamise kohta. Töörühma soovil otsiti veel eraldi lisamaterjali DASH ja Läänemere (Põhjamaade) dieedi kohta.

Eraldi on tervishoiukorralduslik küsimus, millal suunata patsient toitumisenõustaja juurde. Selles osas oleks ka vaja arutada Eesti Kliinilise Toitumise Seltsiga, et milliseid patsiente nad soovivad enda vastuvõtule ja milliste patsientide puhul võiks sekkuda enne nende juurde saatmist või enne nendega konsulteerimist. Seda just ambulatoorselt. Siia vahele tulebki see, et mida peaks enne edasi suunamist. Kas on vaja eraldi küsimust

Euroopa kardiovaskulaarse haiguse preventsiiooni juhises (*2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*) seal on päris head soovitused koos tõendusmaterjaliga toitumise kohta, alkoholi tarbimise kohta. On toodud ka tervisliku toitumise iseloomustus. Samas on Eestis ka üldised soovitused olemas, nendest ei peaks mööda vaatama. Need ei ole küll konkreetselt südamehaigetele mõeldud, pigem üldised. Kas on vajalik kirjutada soovitus, et kõikidel ülekaalulistel selgitksae välja põhjused. Võib olla ka eraldi soovitus, et südamehaiget patsienti nõustage vastavalt Eesti toitumis- ja liikumissoovitustele. Oleks muidugi tore, kui juhendi raames valmivad ka südamehaigete toitumis- ja liikumissoovitused, mida saaksid jagada nii kardioloogid kui perearstid. Seda saaks siduda juhendiga, detailselt neid juhendis läbi arutada on üsna mahukas. Taastusravis hinnatakse patsiendi funktsioonihäired ja riskid, mis on südamehaiguseni viinud. Nt eluviisiga seotud küsimused (vererõhuhaiguse eiramine, kolesteroolitase, toitumine, suitsetamine, alkoholi tarbimine). See on teada, selle kohta eraldi küsimusi ei ole. Nõustamine põhineb hinnatud riskidel. Kas on vaja üles lugeda, mida peaks patsiendilt küsima. Kui hinnata toitumist, siis tuleks rääkida patsiendiga ka

eesmärkidest (nt ülekaalulisuse korral 5% kehakaalu langetamine). Eesmärkide seadmine on nõustamise osa.

Üle on vaadatud uuringud ja Eesti toitumis- ja liikumissoovitused. Soovitatakse Vahemere dieedi modifikatsiooni, mis on sobilik Põhjamaadele. Need on universaalsed soovitused, kuid sobilikud ka südamehaigetele. Ravijuhend peaks olema siiski selline, et kasutaja saaks sellest kohe juhinduda ja seda kasutada. Kas panna konkreetselt, mida kasutada (sool, rasvad jne). Enne, kui patsiendile hakata soovitusi andma, peaks enne hindama tema toitumist (nt toitumispäevikuga). Pigem võiks seda soovitada patsientidele, kellel on risk tuvastatud (KMI, vööümbermõõt), siis peaks olema võimalus suunata patsient edasi õde-nõustaja, toitumisspetsialisti juurde. Kui sinna suunata ei ole võimalik, siis peremeditiinis tegelevad sellega perearst ja pereõde.

Peaks olema soovitus nii anamneesi kui toitumispäeviku kohta. Kui anamneesi võtmise käigus ei ole selgunud üle- või alatoitumuse põhjused, siis paluda toita toitumispäevikut. Täpsem nõustamise sisu kas see võiks olla juhendis olla sees. Eesti Kliinilise Toitmise Selts soovitab hindamiseks suunata toitumisspetsialisi poole, samas ei ole see teenus kättesaadav. Vajalik on veel seltsiga täpsustada nende arvamusi just edasisuunamiste osas.

Sõnastatakse soovitus:

Hinnake ja dokumenteerige kõikide südamehaigete toitumust kehamassiindeksi ja vööümbermõõdu ja puusaümbermõõdu suhte alusel – tugevus otsustakse siis, kui on juurde otsitud materjali.

OTSUS: soovitus vaadatakse üle ja kinnitatakse järgmisel koosolekul

4. Muud küsimused (koosolekute ajakava ja edasised tegevused)

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub 06.09. kl 12-16 veebikoosolekuna Microsoft Teamsis.