



Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 9

Toimumisaeg ja -koht: 08.11.2023 kl 12.00-15.30 veebikoosolek Microsoft Teamsis.

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

Puudus: Tõnu Viik

Kutsutud: Marion Kalju (Tervisekassa)

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 osaleb kümme töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 5 tõendusmaterjali arutelu jätk

Kas kõik südamehaiged vajavad jõu- ja vastupidavustreeningu kombinatsiooni võrreldes ainult jõutreeningu või ainult vastupidavustreeninguga paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Sekretariaadi liige Aleksandra Butšelovskaja tegi ülevaate leitud tõendusmaterjalist 04.10.2023 toimunud koosolekul. Südameklapi proteesimise ja interventsiooni järgselt patsientidele treeningsoovituste kohta uuringuid ei leidunud. Tõendusmaterjali põhjal on kombineeritud treeningud efektiivsemad. Ebasoovitavad mõjud on vähesed. Tõendusmaterjali põhjal saab anda tugeva soovitusena kombineeritud treeningute kasutamiseks, milliseid koormusi kasutada, peab selguma teistest kliinilistest küsimustest. Käsitlusalas on olemas küsimus: Kas kõik südamehaiged peavad tegema vähemalt mõõduka intensiivsusega pidevat treeningut võrreldes kõrge intensiivsusega intervalltreeningu või nende kombinatsiooniga paremate ravitulemuste saavutamiseks? Samas puudub küsimus jõutreeningute kohta.

Töörühm sõnastab soovitusi:

1. Südamehaigete taastusravis kombineerige jõu- ja vastupidavustreeningut. - tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste

OTSUS: Töörühm kinnitab soovitusi.

3. Kliinilise küsimuse 1 tõendusmaterjali arutelu

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

Kliinilise küsimuse tõendusmaterjali arutati lühidalt 18.01.2023 toimunud koosolekul. Anna Vesper teeb ülevaate lisaks leitud tõendusmaterjalist. Kaasatud rahvusvahelistes juhendites on üldised soovitusel, et kõik südamehaiged patsiendid peaksid saama taastusravi. Kõige enam rõhutatakse treeningute osatähtsust taastusravis. Need soovitusel põhinevad metaanalüüsidel ja RCTdel, avaldatud on mitu Cochrane'i süstemaatilist ülevaadet treeningutel põhineva taastusravi kohta erinevate haigusseisundite korral (võrdlusgrupiks üldiselt tavapärane ehk standardravi).

Lisaotsinguga leidis üks süstemaatiline ülevaade ja võrgustik metaanalüüs, kuhu oli kaasatud 148 RCTd ning 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. Mahukas Bayesi võrgustik metaanalüüsis võrreldi erinevatel sekkumistel põhineva taastusravi toimet tulemusnäitajatele ning leiti, et suurem efekt oli sellistel südamehaigete taastusravi programmidel, mis sisaldasid treeninguid (nt ainult treeningutel põhinevad või kompleksed südamehaigete taastusravi programmid). Ühes metaanalüüsis uuriti, kas psühholoogilised sekkumised annavad efekti patsiendi tulemusnäitajatele ning leiti, et võib olla vähenenud efekt depressiooni sümptomite vähenemisele. Ärevuse vähendamiseks ei olnud sekkumised efektiivsed. Kulude hindamisel on leitud, et kogukulud patsiendi kohta on taastusravi saanud patsientidel madalamad. Kõrvaltoimeid taastusravi osutamisel ei olnud uuringutes välja toodud. Rohkem otseselt kliinilisele küsimusele vastavaid uuringuid ei leidunud, enamasti on uuringutes võrreldud erinevaid taastusravi sekkumisi või kompleksset taastusravi nn tavapärase raviga (standardraviga).

Töörühm on varasemalt sõnastanud praktilise soovitusel selle kohta, millised patsiendid tuleks suunata taastusraviplaani koostamiseks taastusravikeskusesse. Kliinilise küsimuse tõendusmaterjali analüüsiga sooviti täpsustada, kas on patsiente, kellele võiksid sobida üksikud taastusravi sekkumised, mida rakendatakse nt esmatasandil. Kõik südamehaiged patsiendid ei vaja kompleksset taastusravi keskuses ning selleks ei ole ressursse. Tõendusmaterjalist seda ei selgunud. Töörühm arutleb, et esmalt on vajalik hinnata patsiendi seisundit, riskitegureid ning motivatsiooni. Madala kardiovaskulaarse riskiga patsiendid võiksid olla jälgimisel perearsti juures ja perearst peaks suunata erinevatele taastusraviteenustele. Seeläbi on võimalik tagada, et kõik südamehaiged patsiendid saavad vajaduse korral taastusraviteenuseid. Perearstil on võimalus suunata patsienti füsioterapeudi, psühholoogi juurde. Patsient, kellel on depressioon või muud vaimse tervise probleemid, peaks kindlasti saama psühholoogilist nõustamist lisaks muudele sekkumistele (see võiks kuuluda kompleksse taastusravi alla). Probleemiks on, et südameprobleemide taustal võivad emotsionaalsed probleemid jääda märkamata.

Füsioterapeudile suunamisel peaks patsiendil olema tehtud koormustest. Seoses sellega tekkis töörühmal mitmeid küsimusi: kes peaks patsiendi koormustestile suunama, millised on võimalused koormustesti tegemiseks Eestis tervikuna, kas kõik füsioterapeudid saavad aru

koormustesti protokollist. Taastusravikeskuses on koormustestile suunamine lihtne, ka perearstidel on võimalik patsient suunata koormustestile, kuid ei ole hetkel selge, kas Eestis on igal pool testi võimalik läbi viia. Arutleti ka selle üle, kas alati on vajalik patsiendile koormustest teha, nt jõutreeningute eelselt ei ole vajalik. Ehk võiksid heas füüsilises seisundis olevad südamehaiged jätkata treeninguid samamoodi nagu nad tegid enne haigestumist (nt jätkata treenimist spordiklubis, kus ei tehta koormusteste). Füsioterapeudid on seda meelt, et patsient peaks siiski vähemalt ühe korra käima füsioterapeudi vastuvõtule, saama vajadusel juhised koormuse suurendamise ja koormustaluvuse osas. See teenus peaks olema kättesaadav kõikidele patsientidele elukoha lähedal.

Koormustesti protokoll (kirjeldus ja sisu) peaks olema ühesugune, selle lepivad kardioloogid ja taastusrarstid kokku ning lisatakse ravijuhendi lisse. Eesmärk on, et füsioterapeut saab selle alusel patsienti juhendada. Teine võimalus on, et madala riskiga patsiendid suunatakse füsioterapeudi vastuvõtule ilma koormustestita ning, kui füsioterapeut peab koormustesti tegemist vajalikuks, annab ta selle kohta vastuse perearstile. Siin jääb endiselt küsimus, millistel juhtudel peaks perearst suunama patsiendi taastusrarsti vastuvõtule. Järgmiseks koosolekuks koostatakse esmane algoritm ning selle alusel arutatakse küsimust edasi. Oluline, et peab olema igal pool kättesaadav füsioterapeudi teenus. Kui perearst hindab, et patsiendil on vajadus (nt ei julge alustada treeningutega), suunab ta patsiendi samuti füsioterapeudi vastuvõtule. Enne struktureeritud treeningu alustamist kaaluda funktsionaalset hindamist (nt CPET, KEKG, 6MKT). Algoritmi lisada, et kui patsiendil ei ole hindamiste tulemusel vajadust kompleksseks taastusraviks, siis kasutatakse üksikuid sekkumisi.

Töörühm vaatab üle varem sõnastatud praktilise soovitus ja sõnastab lisaks soovitus patsiendi hindamise kohta.

1. Hinnake kõikide südamehaigete patsientide modifitseeritavaid riskitegureid (kolesterool, vererõhk, hüperglükeemia kontroll), psühhoemotsionaalset seisundit (EEK-2), füüsilist aktiivsust (WHO liikumissoovitused), kehakaalu, pikkust, KMI, vööümbermõõtu, sotsiaalseid tegureid, motivatsiooni. - *praktiline soovitus*

2. Suure kardiovaskulaarse riskiga südamehaige suunake taastusraviplaani koostamiseks esimesel võimalusel taastusravikeskusesse. Nendel patsientidel eelistage struktureeritud südamehaigete taastusravi.

Suure kardiovaskulaarse riskiga südamehaigete hulka kuuluvad:

- patsiendid 3 kuu jooksul pärast müokardiinfarkti läbimist (väljutusfraktsioon < 40%);
- patsiendid 12 kuu jooksul pärast avatud südamelõikust;
- südameklapi patoloogia perkutaanse korrektsiooni läbi teinud patsiendid (12 kuu jooksul);
- südamepuudulikkusega patsiendid, kellel vasaku vatsakese väljutusfraktsioon < 40%;
- sümptomaatilised (NYHA II-IV) südamepuudulikkusega patsiendid, kellel vasaku vatsakese väljutusfraktsioon veidi langenud või normis (> 40%);
- kardiaalset äkksurmast edukalt taaselustatud patsiendid (3 kuu jooksul). - *praktiline soovitus*

4. Kliinilise küsimuse 4 tõendusmaterjali arutelu

Kas kõik südamehaiged vajavad tegevusteraapiat või mitte igapäevatoimingute sooritamise parandamiseks?

Kliinilist küsimust arutati 16.11.2022 toimunud koosolekul. Uuringuid tegevusteraapia kasutamise ja efektiivsuse kohta südamehaigete taastusravis ei leidunud. Ravijuhendites samuti konkreetseid soovitusi ei ole, kuid mitmes juhendis on tegevusterapeut välja toodud taastusravi meeskonna liikmena. Töörühma ettepanekul tehti lisaotsingud tegevusteraapia kasutamise võimaluste kohta tööellu naasmisel või konkreetsete sümptomite (nt õhupuudus) vähendamisel. Cochrane'i süstemaatilises ülevaates leiti, et psühholoogilistel või füüsilist seisundit mõjutavatel sekkumistel ei olnud praktiliselt efekti patsientide tööle naasmisele. Kombineeritud sekkumised võivad suurendada kiiremat tööle naasmist, kuid efekt ei olnud järjepidev. Teises uuringus võrreldi tööle naasmise osakaalu kuue kuu jooksul pärast haiglast väljakirjutamist personaliseeritud juhukäsitlelusega südamehaigete taastusravi programmi (sisaldas kohtumisi sotsiaaltöötaja ja töötervishoiuspetsialistiga, vajadusel psühhosotsiaalsed sekkumised) või tavapärase südamehaigete taastusravi (kontrollgrupp) korral. Leiti, et personaalne lähenemine suurendab tööle naasmist ja ka samale töökohale naasmist. Samas on mõlema uuringu puhul tegemist kaudse tõendusega, konkreetset tegevusteraapiat ei olnud nendes uuringutes mainitud.

Töörühm arutles, et suuremates kliinikutes on olemas tegevusterapeutid, nad osutavad nii statsionaarset kui ambulatoorset teenust ning teevad haiguslukku sissekanded. Esmatasandil ei ole siiski praktiliselt võimalust patsienti tegevusterapeutidele suunata. Tõendusmaterjali selle kliinilise küsimuse kohta sisuliselt ei ole, samas oleks hea ravijuhendi kasutajat suunata sellele võimalusele mõtlema. Töökeskkonna kohandamise soovitusel tehakse töövõime hindamise kaudu, seda ei tee tegevusterapeut vaid Töötukassa. Seda peaks ravijuhendis mainima.

Töörühm sõnastab vastava praktilise soovitus:

3. Suunake südamehaige patsient tegevusterapeuti vastuvõtule, kui patsient vajab nõustamist igapäevaelutegevuste sooritamise, kodu kohandamise, energia säästmise ja/või abivahendite osas
- *praktiline soovitus*

OTSUS: Töörühm kinnitab praktilise soovitus

5. Kliiniliste küsimuste 10 ja 11 soovitusete kinnitamine ¹

Kliiniliste küsimuste 10 ja 11 tõendusmaterjali on arutatud mitmel varasemal koosolekul (22.02.2023, 29.03.2023) ning sõnastanud esialgsed soovitus:

1. Südamehaigel patsiendil taastusravi planeerides hinnake tema psühhoemotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga – *praktiline soovitus*

2. Südamehaiget patsienti, kellel taastusravi planeerimisel hindasite psühhoemotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga, mille tulemus viitas ärevus-, paanikahäirele ja/või depressioonile, käsitlege vastavalt Eestis varem koostatud teemakohastele ravijuhenditele. – *praktiline soovitus*

¹ Küsimus nr 10 oli esialgses käsitusallas nummerdatud kui küsimus nr 9, küsimus nr 11 oli esialgses käsitusallas nummerdatud kui küsimus nr 10.

Kuivõrd esmaselt sõnastatud soovitus on toodud ka käesoleval koosolekul kliinilise küsimuse 1 juures sõnastatud patsiendi hindamise soovitus, siis seda eraldi vaja ei ole. Alles jääb vaid teine soovitus.

OTSUS: Töörühm kinnitab praktilise soovituse.

6. Muud küsimused

Töörühm soovib muuta juhendi käsitusala ja lisada küsimuse jõutreeningute kohta:

Kas kõik südamehaiged peavad tegema madala intensiivsusega või kõrge intensiivsusega jõutreeninguid paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Muudetud käsitusala esitatakse kinnitamiseks ravijuhendite nõukojale.

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub 06.12. kl 12-16 veebikoosolekuna Microsoft Teamsis. Edasiste koosolekuaegade valik tehakse Doodle küsimustiku abil.