



## **Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 10**

Toimumisaeg ja -koht: 06.12.2023 kl 12.00-14.15 veebikoosolek Microsoft Teamsis.

**Osaesid:** 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 13 tõendusmaterjali arutelu**

*Kas kõikide südamehaigete ambulatoorse taastusravi programm peab kestma kuni kaheksa nädalat või üle kaheksa nädala paremate ravitulemuste saavutamiseks?<sup>1</sup>*

Sekretariaadi liige Julia Järveküla teeb ülevaate leitud tõendusmaterjalist. Kaasatud rahvusvahelistes juhendites info ja soovitusel taastusravi programmi kestuse kohta praktiliselt puudusid. Leidus üks 2005.aastast pärinev randomiseeritud uuring, kus oli võrreldud standardset programmi (33 sessiooni kolme kuu jooksul) jaotatud programmiga (33 sessiooni 12 kuu jooksul) ning erinevusi erinevate tulemusnäitajate lõikes programmide vahel ei leitud. Lisaks leidus üks süstemaatiline ülevaade ja metaregressioonanalüüs, kus võrreldi südamehaigete taastusravi erineva intensiivsuse (kestus-sagedus/nädalates) alusel (madal <12 sessiooni, keskmine 12-35 sessiooni ja kõrge 36ja enam sessiooni) efekti suremusele ja haigestumisele. Võrdlusgrupiks oli standardravi. Leiti, et suurem intensiivsuse on seotud madalama kõigil põhjustel suremusega ja perkutaansete koronaarinterventsioonide vajadusega, kuid ei leitud intensiivsusest sõltuvat seost kardiovaskulaarse suremuse ega kõikidel põhjustel hospitaliseerimiste osas. Tegemist on kaudse tõendusega. Lisaks analüüsitud korhortuuringus leiti, et patsiendid kes osalesid 20 või enam taastusravi sessioonis, esines vähem MACE kui nendel, kes ei osalenud üldse. Suurem sessioonide sagedus oli seotud madalam MACE riskiga. Viimasena analüüsitud prospektiivses

---

<sup>1</sup> Küsimus nr 13 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 12.

uurings võrreldi 6 ja 12 nädalat kestnud südamehaigete taastusravi programme ning pikemalt kaestnud programmiga saadi paremad tulemused.

Töörühm arutas, et Eestis on südamehaigete taastusravi programmide kestus tervishoiuasutuste lõikes erinev. Kliinikumis on kasutusel Karolinska ülikoolihaigla mudel, mille alusel on kogukestus 12 nädalat, sessioonid on kolm korda nädalas. Selline kestus on andnud head tulemused. Medicumis on kestus kaheksa nädalat (rahvusvaheliste juhendite alusel soovitatud 6-12 nädalat), sessioone peab olema vähemalt 24, eesmärk on 36 sessiooni. Kaks kuud tundub optimaalne, sest inimesed saavad kiiremini tööle minna. PERHs ole olnud seni võimalust pakkuda suurele patsientide hulgale sobiva intensiivsusega taastusravi. Tavaline treeningplaan on kogukestusega kaks kuud, sessioonid kaks korda nädalas.

Saksakeelsetele riikidele suunatud ravijuhendis olev soovitus pärineb ilmselt Euroopa Kardioloogide Seltsi juhendist (*2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*) soovitustest, et peab olema vähemalt 1000 min ja vähemalt 36 sessiooni. Füsioterapeutide juhendis on ka välja toodud, et peaks olema taastusravi programmi kestus vähemalt kaheksa nädalat, sh aeroobne treening korraga 20-60 min, 3-5 korda nädalas ja kogukestusega vähemalt 8-12 nädalat. Samuti on soovitud vastupidavustreeningute kohta: sessiooni kestus 45-60 min, kolm korda nädalas, kogukestusega vähemalt 8-12 nädalat. Lisaks leitud tõendusmaterjal ei vasta otseselt küsimusele, sest võrreldakse erinevaid sessioonide arvu.

Kas on mõistlik kogukestuse asemel keskenduda sessioonide arvule. Kvaliteediindikaatorites on toodud, et hea taastusravi korral on vähemalt 24 treeningssessiooni, mõeldud on juhendatud sessioone. Eesmärk on 36 sessiooni. Kas need tehakse 8 või 12 nädala jooksul, sõltub keskuse otsusest. Osade töörühmaliikmete hinnangul on siiski oluline ka ajaperiood. Südamepuudulikkuse puhul nt soovitatakse isegi pikema kestusega taastusravi 12-24 nädalat (*2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease*). Soovitus võiks olla teha vähemalt kaheksa nädalat.

Soovitus peaks olema toodud, et tegemist peab olema juhendatud sessioonidega, siis on sekkumine siiski kontrollitud. Mõistetesse lisada, mis on juhendatud treeningssessioon. Ehk peab ka välja tooma, et see võib olla kaugteenuse korral ka muu tervishoiutöötaja, mitte tingimata füsioterapeut. Ühe treeningssessiooni kestus on 30-60 min, kokku 1000 min programmi kohta. Kuigi tõendusmaterjali alusel tegemist madala kvaliteediga tõendatusse astmega, siis tegelikult on tegemist tugeva soovitusena. Programmide kestus on ka rahvusvaheliselt sarnane, seda soovitatakse ning sellega on saadud head tulemused. Kui ka hetkel Eestis kõikides kohtades sellisel kujul see ei toimi, siis see on saavutatav.

Töörühm sõnastab soovitusena:

1. Ambulatoorse taastusravi programm peab hõlmama minimaalselt 24 juhendatud treeningssessiooni 8-12 nädala jooksul - tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste

**OTSUS: Töörühm kinnitab sõnastatud soovitusena**

### **3. Kliinilise küsimuse 15 tõendusmaterjali arutelu**

*Kas kaugjälgimise kasutamine südamehaigete taastusravi säilitusfaasis (kolmas etapp) aasta jooksul parandab patsiendi ravitulemusi võrreldes selle mitte lisamisega?*<sup>2</sup>

Sekretariaadi liige Kelli Põder teeb ülevaate tõendusmaterjalist. Rahvusvahelistes juhendites ei leidunud konkreetseid soovitusi kaugjälgimise kohta, kuigi osades juhendites oli teemat käsitletud. Soovitatakse kasutada kaugjälgimist pärast aktiivse taastusravi lõppu, eriti maapiirkondades, kus patsiendi pääsemine tervishoiutöötaja vastuvõtule võib olla keeruline. Samuti soovitatakse patsientidelt koguda tervisenäitajaid digitaalselt, mille alusel saab tervishoiutöötaja nõustada patsienti.

Lisaks kaasati neli allikat: kolm süstemaatilist ülevaadet ja metaanalüüsi ning üks RCT. Ühes metaanalüüsis uuriti säilitusfaasi sekkumiste efektiivsust vähemalt kuue kuu jooksul, sekkumiseks oli aeroobne treening. Leiti, et sekkumist saanud patsientide elukvaliteet oli parem, samuti oli neil madalam LDL-kolesterooli tase. Teises metaanalüüsis uuriti erinevate nutiseadmete, rakenduste ja platvormide kasutamise efektiivsust taastusravi säilitusfaasis. Leiti, et need sekkumised parandasid patsientide kehalist aktiivsust, treeningvõimekust, elukvaliteeti ja süstoolset vererõhku kuue kuu möödudes. Kolmandas analüüsitud uuringus leiti samuti, et taastusravi säilitusfaasis kehalise aktiivsuse jälgimisseadmeid kasutanud uuritavatel paranes kardiorespiratoorne võimekus. RCTs uuriti kohandatud interneti ja mobiilisekkumiste efekti südamehaigete füüsilisele aktiivsusele taastusravi jätkuna, mida hinnati kolme kuu möödudes. Ühe kuu pärast oli kehaline aktiivsus sekkumisgrupis suurem, kolme kuu möödudes ka, kuid uuritavate väljalangemine uuringust oli suur, mistõttu ei saanud tulemuste põhjal teha konkreetseid järeldusi. Tõendatuse aste on uuringutes üldiselt madal, sest uuringutes on suur heterogeensus, väikesed valimid ja osades ka suur väljalangejate arv.

Eestis praegu säilitusfaasis kaugjälgimist ei ole. Tartu Ülikooli Kliinikumis toimuv pilootprojekt katab siiski taastusravi aktiivset faasi. Kui projekt lõppeb, tehakse selle edukuse analüüs ja otsustatakse, kas ja kuidas edasi rahastatakse. Töörühm arutab, et tõendusmaterjali põhjal on taastusravi säilitusfaasis patsiendi jälgimine ja nõustamine kindlasti hea ja kasulik. Leiti efekt erinevate tulemusnäitajate lõikes kaugjälgimise (patsiendi terviseseisundi objektiivsete ja/või subjektiivsete tervisenäitajate jälgimine tervishoiuspetsialisti poolt distantsilt, kasutades infotehnoloogilisi vahendeid) rakendamisel. See tähendab, et patsient ise mõõdab oma tervisenäitajaid ja mingi aja järel on kontakt tervishoiutöötajaga (kas veebis, telefoni teel, kontaktkohtumisena). Südamehaigetel on perearsti kvaliteedisüsteemis ette nähtud iga-aastane kontroll (infarkti järgselt, kõrgvererõhktõvega patsiendid). Vaadatakse kolesterooli fraktsioonid, glükoos või glükohemoglobiin (HbA1c), neerufunktsioon, EKG, ja muu vastavalt patsiendi individuaalsetele vajadustele.

TÜK taastusravis on võimaldatud patsientidele väikse tasu eest jätkata paaril korral nädalas treeninguid füsioterapeutide suunamisel. Need toimuvad erinevates kohtades (nt ujulas või õues). Avaldamata andmete (dr M.Ojamaa uuring, uuritavate arv ei ole hetkel teada) põhjal on nende patsientide tulemusnäitajad isegi paranenud. Neid patsiente jälgitakse, vajadusel muudetakse ravi, kontrollgruppi ei ole. 2022. a Eesti Arsti lisas „Taastusravi“ on selle uuringu tulemusi kirjeldatud, samuti esitletud konverentsil posterettekandena. Eraldi küsimus on kulude osas, kui suur on kulu ja milline oleks sellise teenuse efektiivsus. Samuti on siin personaliküsimus, keegi

---

<sup>2</sup> Küsimus nr 15 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 14.

peaks sellega tegelema. Kasutusele on tulnud ka rakendused, kus patsient saab oma tervisenäitajaid esitada ja saab vastavalt nõuandeid nt oma liikumise kohta. Rakendused on küll peamiselt suunatud tervetele inimestele. Töörühma otsusel saab sõnastada nõrga positiivse soovitus, hetkel ei ole võimalik seda tervishoiuteenusena nii tõendatuse vähesuse ja kulude osas kindlalt soovitada. Esmalt on vajalik saada korralikult toimima taastusravi aktiivne faas. Teine küsimus säilitusfaasi osas on, kas see peaks olema üldse tervisoiusüsteemis, kas kroonilise haigusega patsiendid võiksid saada treeninguid ja muid sekkumisi kogukonnas.

#### **Töörühm sõnastab soovitus:**

2. Südamehaigete taastusravi säilitusfaasis (kolmas etapp) kaaluge kaugnõustamisel patsiendi motivatsiooni säilitamiseks ja parimate ravitulemuste saavutamiseks digitaalsete lahenduste kasutamist. - *nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*

#### **OTSUS: Töörühm kinnitab sõnastatud soovitus**

#### **4. Muud küsimused**

Kliinilise küsimuse 2 arutelu käigus jäi lahtiseks, millised on Eestis üldiselt võimalused ja kättesaadavus koormustestide läbiviimiseks ja füsioterapeutide vastuvõttudeks. Seetõttu jäi lõplikult kokku leppimata, millal patsiendile test teha ja kuidas hinnata (kes hindab), millisele taastusravile (kompleksne taastusravi, üksikud sekkumised nt madala riskiga patsientidele). Tervisekassale esitatakse soov teha kaardistus, kui palju on Eestis tehtud kardiopulmonaalseid teste, EKG koormustesti, 6 min käimistesti. Millistes piirkondades, tervishoiuasutustes ja kui palju neid on tehtud, kellele diagnoosipõhiselt. Lisaks soovib töörühm ülevaadet ambulatoorse füsioteraapia teenustest, kus põhi- või kaasuvaks diagnoosiks on südamehaigus. Kui võimalik, siis veebruar 2024 koosolekuks. Nüüd on eraldi võimalus suunata saatekirjaga just kardiopulmonaalsele taastusravile.

2024. aasta töörühma ja sekretariaadi koosolekute ajad on 24.01., 29.02., 20.03., 17.04. Hetkel on kokku lepitud veebikoosolekud Microsoft Teamsis.