Kodade virvendusarütmia ravi-/käsitlusjuhendi töörühma 3. koosolek

Kuupäev	09.03.2017
Koht	Neli Kuningat hotell, Paide
Osalesid	Töörühm: Jüri Voitk, Priit Kampus, Riina Vettus, Rein Kolk, Märt Elmet, Ilja Lapidus, Heli Kaljusaar, Kaarel Puusepp, Arkadi Popov, Vassili Novak, Erki Laidmäe, Žanna Abel, Eve Kivistik Sekretariaat: Alar Irs, Katrin Lätt, Kärt Veliste EHK: Anneli Truhanov
Puudusid	Katrin Martinson, Merike Toomik, Argo Lätt
Juhataja	Jüri Voitk
Protokollija	Alar Irs
Päevakord	– Dr Voitk: sissejuhatus, päevakorra kokkuleppimine/täiendamine/muutmine – EHK: huvide deklareerimine – Sekretariaat: o tulemusnäitajate kaalumise seis, o käsitlusala kinnitamine o uuringud KVA esmadiagnoosimisel – Kõik: elav arutelu teemal uuringud KVA esmadiagnoosimisel – Dr Voitk: käsitlusjuhendi lähtekohad – Kõik: elav arutelu teemal käsitlusjuhend – Dr Voitk: edasine töö, järgmised koosolekud
Arutelu põhipunktid, otsused	Dr Jüri Voitk avas koosoleku. Päevakorra osas täiendusi ei olnud. Anneli Truhanov Eesti Haigekassast andis ülevaate huvide deklareerimise seisust. Sekretariaat tänas töörühma tulemusnäitajate kommenteerimise eest ja selgitas, et edasi on vaja neid kaaluda, st hinnata, millised on kõige olulisemad, et selle alusel siis interventsioonide toime kohta andmeid koguda. Selleks tehakse veebiküsitlus. Sekretariaat selgitas viimaseid muudatusi käsitlusalas lähtuvalt töörühma liikmete kommentaaridest ning põhjendas, miks kõiki kommentaare ei ole arvesse võetud. Arutati, kuidas käsitleda harvade spetsiifiliste interventsioonidega (nt *loop recorder*, vasaku koja kõrvakese sulgur) seonduvat, kuna neuroloogide esindajad soovisid nende lülitamist käsitlusalasse. Probleemiks peeti võimalust, et kui neid ravijuhendis ei käsitleta, siis ei ole võimalik neile saada Eesti Haigekassa rahastust. Otsustati, et juhendis viidatakse, et interventsioonide osas, mida juhend ei käsitle, toetutakse praktikas Euroopa Kardioloogide Seltsi 2016. aasta juhendile, vastasel korral muutub Eesti juhend hoomamatult mahukaks. Haigekassa esindaja nõustus, et interventsiooni puudumine Eesti ravijuhendis ei välista selle rahastamist. Töörühm kinnitas käsitlusala, seda täiendatakse vajalikus mahus kliiniliste küsimustega, need kinnitatakse elektrooniliselt.

	Arutati KVA esmakordse diagnoosi puhul vajalike uuringute komplekti üle sekretariaadi ettevalmistatud materjalide alusel. Sama tuleb teha korduval kontaktil KVA patsiendiga, kui varasemalt seda tehtud ei ole või andmed puuduvad. Otsustati kajastada järgnevat: – Anamnees: o rütmihäire esmakordse esinemise aeg; o rütmihäire muster (esmakordne, paroksüsmaalne, persisteeriv või permanentne); o mõju elukvaliteedile ja sümptomid (sümptomite täpne kirjeldus, arsti ja patsiendi hinnang neile, soovi korral modifitseeritud EHRA skoori väärtus), lisaks sihipärane küsitlus trombemboolia ja südamepuudulikkuse sümptomite suhtes; o pereanamnees; o kaasasündinud südamerikked; o etioloogia ja vallandavad/soodustavad tegurid (nt varasemad rütmihäired, kilpnäärmehaigused, arteriaalse rõhu varasemad väärtused ja ravi edukus, vatsakese elektriline kardiostimulatsioon, bradükardia esinemine (rütmihäire teke öösel), uneapnoe, alkoholi tarbimise harjumused, suitsetamine, kehamassi dünaamika, sport, füüsiline koormus rütmihäire vallandajana); o senise ravi täpne kirjeldus – ravimid, annused, kasutamise kestus, toime või selle puudumine, kõrvaltoimed. – *Trombemboolia ja veritsuse riski hindamise juurde naaseme hiljem kliinilise tõenduse toel.* – Läbivaatus: tavaline põhjalik objektiivne uurimine, mh kognitiivse funktsiooni hindamine, alati südame löögisagedus auskultatsioonil, pulsisagedus, südametegevuse regulaarsus, põhjalik kuulatlus mitmest punktist klapirikete ja kopsuhaiguse avastamiseks, arteriaalse rõhu täpne mõõtmine (sobiv seade, mis sobib ka rütmihäire foonil art rõhu mõõtmiseks), kehamassi ja pikkuse mõõtmine kohapeal, kehamassiindeksi dokumenteerimine, südamepuudulikkuse tunnuste otsimine (hingeldus, kopsupais, tursed), perifeersete arterite seisundi hindamine. – 12 lülituseline EKG: alati kirjeldada haigusloos rütm, sagedus, juhteajad ja –häired, manifestne pre-eksitatsioon (delta laine), QRS telg ja kuju, viited kodade või vatsakeste ülekoormusele/hüpertroofiale, varasemale müokardiinfarktile. – Oluliste kaasuvate haiguste kompensatsiooni hindamine; – Laboratoorsed analüüsid: o Kl vereanalüüs o Na, K o Glomerulaarfiltratsiooni kiirus o TSH o ALT o Paastuglükoos o Lipiidiprofiil o Uriinianalüüs

	– Rindkere röntgenülesvõte, kui kahtlus südamepuudulikkusele, kaasuvale kopsuhaigusele või plaanis amiodaroonravi. – Transtorakaalne ehhokardiograafia – töörühma liikmed leidsid, et kardioloog käsitluses tehakse see alati, ei oldud päris üksmeelsed, mida tooks kaasa soovitus kõikidel patsientidel TTE teha esmatasandil – kui palju uuringuid lisanduks, mis see maksaks ning kas tervishoiusüsteem on võimeline need kõik ära tegema. Perearstid tõid välja, et nende kontekstis ei ole tegemist odava uurinuga. Leiti, et uuringut on mõtet teha siis, kui see mõjutab käsitlust – st asümptoomne permanentse KVA-ga sageduskontrollil patsient ei pruugi uuringut vajada. Arutati, et ehhokg on kindlasti vajalik, kui on plaanis siinusrütmi taastamine või farmakoloogiline säilitamine (antiarütmikumide kasutamine), samuti südamepuudulikkuse või klapirikke kahtlusel. Otsustati, et sekretariaat hangib lisaandmeid selle kohta, millise ressursikulu üldine TTE soovitus kaasa võib tuua. Arutati käsitlusjuhendi sisu üle. – Dr Voitk tõi välja kitsaskohad: esmaselt diagnoositud patsiendi käsitlus on varieeruv, tervishoiutöötajate teadmised puudulikud, patsiendi põhjalik nõustamine puudub. Seetõttu ei saa patsient oma haigusest aru ning korduva paroksüsmi tavalisim käsitlus hõlmab kiirabi kutsumist. Kiirabi kas ravib haiget kodus antiarütmikumidega, mida ei tohiks teha, või hospitaliseerib patsiendi otsekohe EMO-sse, mida ka ei ole mõistlik teha. Sageli pöördub patsient perearsti juurde või kohalikku haiglasse, kus teda ei saa aidata (kui plaanis siinusrütmi taastada). Ka perearsti nõuandetelefon 1220 annab sageli vale nõu. – Eesmärgiks võiks olla, et iga patsient saab diagnoosimisel põhjalikult nõustatud (ca 1 tund õe nõustamist) ning teab, kuhu edaspidi vajaduse korral pöörduda, mis väldiks kiirabi kutsumist ja öisel ajal haiglasse sattumist. Korduva paroksüsmi puhul pöördub antikoaguleeritud patsient tööajal haiglasse, kus siinusrütmi saab taastada. Dr Voitki sõnul on 14-15 haiglat, kus võiks olla KVA käsitlemise esmane pädevus. Eelkõige tähendaks see 2-3 asjakohase väljaõppe saanud õe olemasolu ning sama haigla sisearsti või kardioloogi tuge neile. Võib kaaluda ka võrgustunud kõrgema etapi haigla arsti tuge. Väiksemates kohtade son need ilmselt EMO õed, suuremas haiglas v-o kardioloogia/rütmihäirete õed. Patsientidel võiks olla võimalik ka telefoni teel otse nende õdede poole pöörduda. Õed suhtleksid ka perearstide ja kiirabiga. – Arutati positiivsete kogemuste üle ITK tromboosiõdedega ja PERH kardiostimulaatorite kontrolli õevisiitidega. Juhiti tähelepanu, et iseseisva nõustamise õigus on praegu kõrgharidusega õdedel. – Arvati, et nii esmakordse haige nõustamiseks kui korduva haige liikumise juhtimiseks võiks olla üks meeskond. Patsient suunatakse pärast esmast kontakti perearsti või EMO-ga (ja vajadusel antikoagulandi ja sageduskontrolli ravimi määramist seal) õe nõustamisele, seal määratakse vajadusel uuringud ning kui tarvis, suunatakse eriarsti juurde. – Oldi pisut eri meelt, kuidas edasi. Pakuti, et võiks alustada mõnest keskusest (nt keskhaigla), kus kardioloog olemas ja võimeline pilootprojekti toetama. Arvati ka, et väiksemates kohtades võiks ikkagi

	alustada asjast huvitatud õdede leidmise ja koolitamisega. Arutelu tuleb jätkata, soovitavalt tuleb hakata patsiendi liikumise skeeme ja eri etappide tegevusi paberile panema. Otsustati järgmiste koosolekute ajaks 27.04. ja 25.05.2017, oleks abiks, kui võimalikult paljud töörühma liikmed saaksid füüsiliselt kohal viibida. Koosolekuid võib püüda korraldada ka Eesti keskel.
Kokkuvõte	– Töörühma ja sekretariaadi liikmed, kes seda veel teinud ei ole, deklareerivad huvid ettenähtud korras. – Sekretariaat teeb töörühma liikmetele veebiküsitluse tulemusnäitajate kaalumiseks ja lähtub edasisel infootsingul selle tulemustest. – Sekretariaat koostab enne järgmist koosolekut käsitlusala juurde kliinilised küsimused, need kinnitatakse elektrooniliselt. – Sekretariaat valmistab järgmisekskorraks ette ca 1/3 kliiniliste küsimuste kohta kliinilise tõenduse kokkuvõtted. – Töörühma juht valmistab järgmise korra arutelu toeks taas ette mõned mõtted käsitlusjuhendi ja KVA patsientide logistika kohta. – Järgmine töörühma koosolek toimub 27.04.2017. Oleks hea, kui võimalikult paljud liikme oleksid füüsiliselt kohal, koosoleku võib teha Kesk-Eestis ja EHK korraldab vajadusel transpordi.