



- Pealkiri:** Kodade virvendusarütmia (KVA) ravi- ja käsitusjuhend
- Sihtrühm:** Kõik KVA patsientide raviga tegelevad tervishoiutöötajad.
- Patsiendid:** Täiskasvanud patsiendid kodade virvendusarütmiaaga.
- Hõlmab:** Skriining, diagnoosimine (sh esmased uuringud), trombemboolia (sh ajuinfarkti) profülaktika, südame löögisageduse kontroll ja siinusrütmi säilitav ravi, sekundaarne preventsioon, ablatsioonravi näidustused ja korraldus, käsitus perearsti juures, kiirabis ja EMO-s, patsientide logistika.
- Ei käsitleta:** Elektrofüsioloogiliste ja kardiokirurgiliste sekkumiste detailid, vasaku koja kõrvakeste sulgur, *loop recorder*.
Postoperatiivne, kaasuvast ägedast haigusest indutseeritud KVA.
Periprotseduraalne antikoagulatsioon ja sildamine, veritsuste ravi.

Teised asjakohased Eesti ravijuhendid: täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil, insuldi käsitus (kui valmib)

Tulemusnäitajad (mille alusel interventiivseid sekkumisi hinnata):

väga olulised: surm, ajuinfarkt, trombemboolia, oluline verejooks, elukvaliteet, koljusisene verejooks, südame löögisageduse eesmärkväärtuse (nt ≤ 100 x/min) saavutamine, tõsine kõrvaltoime, KVA teke (ennetavate sekkumiste puhul);
mõõdukalt olulised: hospitaliseerimine, KVA taasteke (sek preventsioonil), ravi katkestama sundiv kõrvaltoime, südamepuudulikkus, aeg KVA esimese taastekkeni, siinusrütmi taastumine (kardioversioonil), siinusrütmi püsimine 12 kuud, diagnostilise testi ennustusväärtus (negatiivne, positiivne või c-statistik).

-
1. Sissejuhatus: Ravijuhendi eesmärgid, suhe ECS juhendiga. Lühike kokkuvõte KVA põhjustest ja epidemioloogiast, klassifikatsioon, diagnoosi vormistamine.
 2. Ravijuhendi kliinilised küsimused (tõenduspõhine soovitus, *puhul töörühma praktiline „hea tava“ soovitus):
 - 2.1. Skriining ja diagnoosimine
 - 2.1.1. Skriining - pulsi palpeerimine (kellel)*
 - 2.1.2. Skriining - EKG (kellel)*
 - 2.1.3. Skriining - rütmimonitoring (kellel, kui pikk)
 - 2.1.4. Skriining - kardistimulaatoriga patsiendid*
 - 2.1.5. Diagnoosimine (EKG kriteeriumid, monitooringu kriteeriumid)*
 - 2.1.6. Esmased uuringud (sh ehokardiograafia, 24h rütmi monitooring*, laboratoorsed analüüsid* (sh kilpnäärme funktsioon, neerufunktsioon, elektrolüüdid), arteriaalne rõhk*, kehamassiindeks*)
 - 2.2. Trombemboolia ennetus

- 2.2.1. Antikoagulantravi määramine
 - 2.2.1.1. Trombemboolia riski hindamine
 - 2.2.1.2. Veritsusriski hindamine ja modifitseerimine
 - 2.2.1.3. Antikoagulantravi näidustus
 - 2.2.1.4. Antikoagulandi valik
 - 2.2.1.5. Antikoagulantravi kodade laperduse puhul*
 - 2.2.1.6. Antikoagulantravi KVA ja mehhaanilise klapi proteesi puhul
 - 2.2.1.7. Antikoagulantravi peale ajuinfarkti ja isheemiatõve korral*
 - 2.2.1.8. USAK ravi jälgimine*
 - 2.2.1.9. Vitamiin K antagonistiga ravi jälgimine ja optimeerimine*
 - 2.2.1.10. Antiagregantravi KVA puhul
- 2.3. KVA mittefarmakoloogiline ennetus ja ravi
 - 2.3.1. Kompleksnõustamine (dieet, füüsiline aktiivsus) vs tavaline käsitlus
- 2.4. KVA soodustavate seisundite ravi*
- 2.5. Sagedus- ja rütmikontroll
 - 2.5.1. Sageduskontroll
 - 2.5.1.1. Eesmärgväärus
 - 2.5.1.2. Esmavaliku ravimid ägedas ja kroonilises situatsioonis
 - 2.5.1.3. Ravimikombinatsioonid*
 - 2.5.1.4. Amiodarooni krooniline kasutamine
 - 2.5.1.5. Digoksiini krooniline kasutamine
 - 2.5.1.6. Kardiostimulaator ja atrioventrikulaarsõlme ablatsioon*
 - 2.5.2. Rütmikontroll
 - 2.5.2.1. Kardioversioon – kellele, ettevalmistus, meetod, korduv*
 - 2.5.2.2. TT (tablett taskus) vs pidev ravi
 - 2.5.2.3. Rütmikontrolli ravimid (beetablokaatorid, IC ja III klassi antiarütmikumid, kaltsiumikanalite lokaatorid)
 - 2.5.2.4. Sageduskontrollile üleminek (permanentne KVA)*
- 2.6. Suunamine spetsialistile
 - 2.6.1. Ablatsioonravi näidustused, edukus, tüsistused (suunamise ja patsiendi informeerimise mahus)*

Käsitlusjuhend:

KVA patsientide logistika ja pädevusvõrgustik Eestis

- Esmase KVA patsient kiirabis
- Esmase KVA patsient EMO-s
- Esmase KVA patsient perearsti vastuvõtul

- Korduva KVA patsient kiirabis
- Korduva KVA patsient EMO-s
- Korduva KVA patsient perearstil

Lisad (nt):

- Diagnoosi vormistamine

- Ravimid
- Algoritmid
- Rakenduskava

Patsiendijuhend: teemad valitakse peale ravijuhendi valmimist.

Kliinilised küsimused (tulemusnäitajad vt hindamistabeli kokkuvõtte ülal)

1. Kas kõikidel KVA-ga patsientidel tuleks teha ehhokardiograafiline uuring (vs mitte teha).
2. Kas KVA sümptomitega patsientidel, kel südameklappimist on harvem kui kord ööpäevas, tuleks KVA diagnoosimiseks kasutada teisi jälgimismeetodeid (>24h Holter, patsiendi käivitata EKG salvesti, mobiilmanused jmt) vs 24h Holter monitooring?
3. Kas sümptomaatilise KVA-ga patsientidel tuleks kasutada intensiivset elustiili modifitseerivat interventsiooni (vs tavapraktika).
4. Kas trombemboolia riski hindamiseks tuleks KVA patsientidel kasutada CHA2DS2-VASc skoori vs kliiniline hinnang/vs teised teadaolevad skoorid?
5. Kas veritsusrisiki hindamiseks tuleks KVA patsientidel kasutada HASBLED skoori vs kliiniline hinnang/vs teised teadaolevad skoorid?
6. Kas kõikidel KVA patsientidel kellel x skoori väärtus on üle y (sõltub küsimusest 4) on näidustatud antikoagulantravi?
7. Kas kõikidel KVA patsientidel tuleks antikoagulatsiooni näidustuse olemasolu korral eelistada mitte-VKA suukaudseid antikoagulante vs varfariini?
8. Kas mehhaanilise klappiproteesi või mitraalstenoosist tingitud KVA puhul tuleks eelistada mitte-VKA suukaudseid antikoagulante vs varfariini?
9. Kas madala(ma) trombembooliariskiga KVA patsientidel tuleks kasutada antiagregante vs eimidagi vs antikoagulante?
10. Kas sageduskontrolli saavutamiseks KVA diagnoosimisel tuleks esmavalikuna kasutada beetablokaatoreid (BBL) vs mittedihüdropüridiinseid kaltsiumikanali blokaatoreid (KKB) vs muid ravimeid?
11. Kas KVA patsientidel tuleks eelistada intensiivsemat või vähemintensiivset sageduskontrolli?
12. Kas kroonilise sageduskontrolli puhul tuleks esmavalikuna eelistada BBL vs KKB vs muud ravimeid?
13. Kas kroonilise sageduskontrolli puhul, kui muude ravimitega soovitud sagedust ei saavutata, tuleks kasutada amiodarooni (vs mitte kasutada)?
14. Kas kroonilise sageduskontrolli puhul, kui muude ravimitega soovitud sagedust ei saavutata, tuleks kasutada digoksiini (vs mitte kasutada)?
15. Kas kardioversiooni näidustuse olemasolul tuleks eelistada ravimeid vs elektrilist kardioversiooni?
16. Kas harvade paroksüsmidega KVA patsientide siinusrütmi säilitavaks raviks tuleks kasutada tablett taskus strateegiat või pidevat ravi?
17. Kas siinusrütmi säilitavaks raviks tuleks eelistada mõnd konkreetset ravimirühma/ravimit: BBL vs Ic vs III?