Lisa 3a Vorm C
Vt Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu ptk 4

RAVIJUHENDI ESMASE KÄSITLUSALA KIRJELDUS

1.	**Ravijuhendi pealkiri**
	Kodade virvendusarütmia (AF) Eesti ravijuhend
2.	**Raamistiku sisu**
2.1.	**Patsient** Kodade virvendusarütmiaga täiskasvanud patsiendid. Ravijuhendis ei käsitleta AF-patsiente, kellel on paigaldatud mehhaaniline klapiprotees ja kellel esineb valvulaarne AF. Kaasatud on täiskasvanud patsiendid, kellel on diagnoositud AF või keda jälgitakse/ravitakse perearsti või eriarsti juures. Kaasatud on ka eakad, >75 aastased. Välja on jäetud lapsed <18 aastat ja rasedad.
2.2.	**Tervishoiutasand** Perearstiabi, erakorraline meditsiin, eriarstiabi - kardioloogia

2.3. **Kliinilised küsimused koos peamiste tulemusnäitajatega**

1. Riskiskooride rakendamine AF-patsientidel hindamisel arstlikus igapäevapraktikas.

1.1.Isheemilisi insulte põhjustava tromboosi tekkeriski ja ravivajaduse hindamisel AF-patsientidel soovitab Euroopa ravijuhend kasutada CHA_2DS_2-VASc skoori. Nimetatud skooris võetakse riskiteguritena arvesse varasem insult või TIA, hüpertensioon, diabeet, südamepuudulikkus, vanus, vaskulaarse haiguse esinemine, vanus 65-74 aastat ja sugu. Kui patsiendil esineb kuni üks riskitegur, on insuldi tekkerisk väike ja insuldi ennetamiseks sobib antiagregantravi. CHA_2DS_2-VASc skoori järgi madala riski rühma (punkte 0) kuuluvatel patsientidel on insuldirisk ülimadal ja nad võivad jääda ilma antiagregantravita. Skoori 1 puhul tuleb eelistada antikoagulantravi vahel, alternatiiviks on aspiriin.

1.2.Antitrombootilise ravi ohtlikumaks kõrvalnähuks on suurenenud veritsusrisk, seega raviotsuse tegemisel tuleb arvestada ka veritsuste tekkeriski, mille hindamiseks AF-i haigetel soovitab Euroopa ravijuhend HAS-BLED skoori.

1.3.Elukvaliteedi hindamiseks soovitab kehtiv Euroopa AF-ravijuhend kasutada nn. EHRA skoori, eesmärgiga objektiviseerida patsiendi vaevused ja planeerida kohast antiarütmilise ravi taktikat.

Tulemusnäitajad:

1. *Kas riskiskoorid on hinnatud ja dokumenteeritud kõikidel AF-patsientidel?*
   Kas riskiskoori põhiselt on korraldatud tõenduspõhine antikoagulantravi?
   Kas antiarütmiline käsitlus vastab ravijuhendi soovitustele ja arstlik ravitaktika on dokumenteeritud?
   Kas on hinnatud ja dokumenteeritud patsiendi elukvaliteet seoses AF-iga?
   ***Tulemusnäitajad**: kulutõhusad ja lihtsa metoodikaga, ei vaja erivahendeid ja lisaressurssi*
2. *Kas kõiki esmase AF-diagnoosiga patsiente on hinnatud vastavalt ravijuhendis soovitatud algoritmile?*
   ***Tulemusnäitajad**:* EKG, Holter monitooring (vajadusel), ehhoKG, vereanalüüsid (kreatiniin, TSH);
3. *Kas ravijuhendi soovituste järgmine kajastub trombemboolilise insuldi arvu vähenemises Eestis meditsiinistatistika ja insuldi registri andmetel?*

2.4. **Teemad, mida *ei* käsitleta (juhendiga hõlmamata küsimused)**

AF-patsientide kirurgiline ravi trombembooliliste tüsistuste vältimiseks.

2.5. **Põhilised ressursid**

1. Esmase AF diagnoosimisel tehtavad uuringud (soovituslikult EHK hinnakirja alusel, esitatud eurodes) .

Elektrokardiograafia koos kompuuteranalüüsiga	7,20
*Holter*i monitooring	30,87
Täismahus ehhokardiograafia	66,82
Röntgeniülesvõte lülisamba piirkonnast (üks ülesvõte)	9,47

Eriarsti esmane vastuvõtt		17,05	
Uriini analüüs		1,79	
TSH	5,83	kreatiniin – 5,83	

2. Lisauuringud vajadusel
   1) Kardioversiooni planeerimisel - kõrge tromboosiriskiga patsientidel ($CHADS_2 \geq 2$), kellel AF on kestnud ≥48 tundi – söögitorukaudne ehhokardiograafia (66.44 EUR)
   2) Kaasuvate seisundite ja kardiovaskulaarhaiguste (hüpertensioon, südamepuudulikkus, südame isheemiatõbi) evalvatsioon vajadusel AF-patsiendi komplekssel riskihindamisel ja ravi planeerimisel

Lisauuringute vajaduse määratleb ära AF ravijuhend soovitustena patsientide erirühmadel.

3.	**Erialad, kellega konsulteeriti ja nende lühikommentaar vastutava isiku (digi)allkirjaga** Eesti Kardioloogide Selts, Eesti Perearstide Selts, Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide selts
4.	**Soovitused ravijuhendi rakendamise jälgimiseks** Võimalikud näitajad (indikaatorid) koos oodatavate tulemustega: *Korrektse AF esmase diagnostilise algoritmi rakendamise juurutamine – hinnatavad parameetrid: analüüsid, uuringud. AF diagnoosimisel korrektse raviplaani koostamine, mis sisaldab patsiendi tromboemboolia/veritsuse riski evalvatsiooni skooritabelite alusel koos ravi korraldustega ja antiarütmilise ravi korraldamist. Teostatava regulaarse suukaudse antiagregantravi/antikoagulantravi tõenduspõhise rakendamise kasv, erinevuse vähenemine soovituslikust nii esmatasandil kui eriarstiabis. Haigestumuse vähenemine trombemboolilise insuldi tõttu AF-patsientidel.*

(digi)allkiri ***Kuupäev:***