GENERALISEERUNUD ÄREVUSHÄIRE JA PAANIKAHÄIRE (AGORAFOOBIAGA VÕI ILMA) KÄSITLUS PEREARSTIABIS

Ülevaade äsjavalminud ravijuhendist

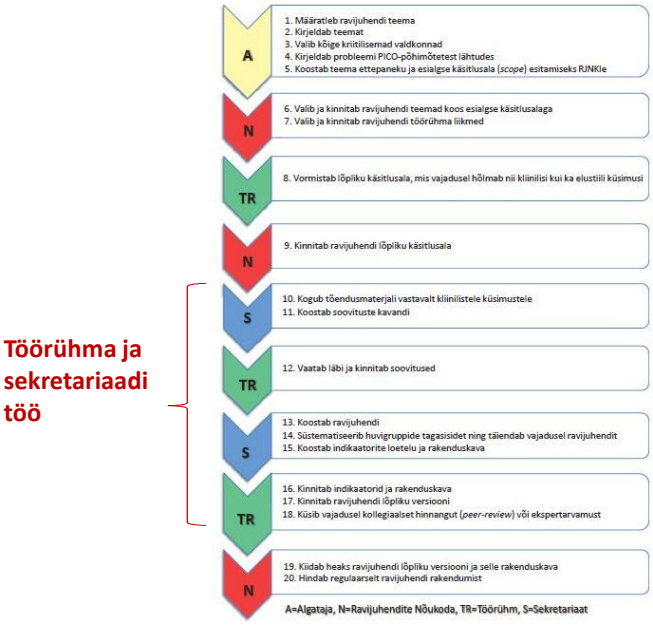
Kadri Suija
ravijuhendi sekretariaadi juhataja
MD, PhD, peremeditsiini teadur, Tartu Ülikool, arstiteaduskond, peremeditsiinikliinik; perearst, OÜ Ülikooli Perearstikeskus; kliiniline õpetaja, Oulu Ülikool, arstiteaduskond, terviseteaduse instituut; Eesti Perearstide Selts

Eesti Perearstide Seltsi sügiskonverents Tartus, 12.9.14

Algusest

- Ravijuhendi teemaalgatus ja esialgne käsitlusala Eesti Psühhiaatrite Seltsilt 2012. a
- Moodustati töörühm: Ülle Võhma (kaasjuhataja), Vanda Kristjan (kaasjuhataja), Peeter Jaanson, Innar Tõru, Anu Susi, Pille Ööpik, Anneli Uusküla, Anu Aluoja, Siiri Tera, Sirje Sammul, Olev Ojasoo, Kaie Mõtte ja sekretariaat: Kadri Suija (juhataja), Helen Marie Sarap, Irina Sahnjuk, Teelia Rolko, Tatjana Meister, Madli Pintson, Anneli Truhhanov, Jane Alop. Metoodiline tugi: Ulla Raid.
- Ravijuhendi lõpliku käsitlusala kinnitas töörühm 2013. a veebruaris ja sekretariaat alustas tõendusmaterjali otsimist ravijuhendi käsitlusalas kinnitatud kliiniliste küsimuste alusel.
- Ravijuhendi koostamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu” (2011) põhimõtetest ja näidisena kasutati ravijuhendit „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil” (2012).

Ravijuhendi koostamise protsess



Töörühma ja sekretariaadi töö

www.ravijuhend.ee

Kuidas me töötasime …

Dropbox

Täpsemalt tööst

- Kokku toimus 12 töörühma koosolekut: 2 koosolekut käsitlusala koostamiseks ja kinnitamiseks, 6 koosolekut 2013. aastal ja 4 koosolekut 2014. aastal.
- Sekretariaat valmistas igaks koosolekuks ette materjalid, milles oli esitatud lühikokkuvõtted uurimustest, sekkumiste kasulikkusest, kahjudest ja majanduslikest aspektidest.
- Töörühm tegi täiendusettepanekuid ja kinnitas soovitused.
- Koosolekute otsused olid konsensuslikud. Otsused tehti, kui kohal oli 2/3 liikmetest.
- Valminud ravijuhend saadeti 11. märtsil 2014 kommenteerimiseks erialaseltsidele ja avaldati tähtajaliselt kommenteerimiseks ka veebilehel www.ravijuhend.ee.
- Ravijuhendile tehtud ettepanekuid ja ravijuhendite nõukoja poolt määratud kahe ning teiste nõukoja liikmete kommentaare arutati kahel koosolekul.
- Ravijuhend kinnitati ravijuhendite nõukoja poolt 9. septembril 2014

Sekretariaat kasutas

- tõendusmaterjali otsimisel Tartu Ülikooli Kliinikumi Medinfo keskuse abi.
- materjali otsimisel lähtusime eelkõige viimase kuue aasta inglis-, saksa-, soome- või rootsikeelsetest allikatest.
- oluline oli hinnata tõendusmaterjali kvaliteeti

RAVIJUHEND

GENERALISEERUNUD ÄREVUSHÄIRE JA PAANIKAHÄIRE (AGORAFOOBIAGA VÕI ILMA) KÄSITLUS PERERAHVAS

TÖÖRÜHMA KINNITATUD VERSIOON

Eesti ravijuhend

RJ-F/2.1-2014

Sisukord

Lühendid 5
Sissejuhatus 6
Ravijuhendi käsitlusala 7
Mõisted 8
Peamised soovitused 10
Ärevushäire diagnoosimine 12
Ülemäärase ärevuse sümptomiteäratundmine lastel ja noorukitel 16
Ärevushäire ravi 18
Mittefarmakoloogiline ravi 18
Farmakoloogiline ravi 23
Milline ravim määrata esimesena? 23
Millal kasutada polüfarmakoteraapiat ja millist kombinatsiooni eelistada? 24
Farmakoloogilise ravi pikkus 27
Ravisoostumus ja ravivastus 29
Ravijuhendi koostamine 33
Otsingustrateegia 34
Kasutatud kirjandus 41

KINNITATUD VERSIOON

Ravijuhendi käsitlusala

- Käsitleb generaliseerunud ärevushäire (F41.1) ja paanikahäire (agorafoobiaga või ilma) (F41.0) diagnoosimist ning ravi täiskasvanud patsientidel Eestis perearstiabis.
- Ravijuhend aitab ühtlustada generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimist ja ravi perearstiabis, parandades ülemäärase ärevusega patsiendi tervist ja igapäevast toimetulekut.
- Ravijuhend ei hõlma järgmisi teemasid:

- ärevushäire diagnostika ja ravi lastel;
- ärevushäire ravi rasedatel ja imetavatel emadel;
- dementsusega patsientide ärevushäire diagnostika ja ravi;
- kaasuva sõltuvushäirega patsientide ärevushäire ravi.

Soovituse tugevus ja suund (Guyatt 2008)

Tugev soovitus teha	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et interventsioonist saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid: - soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; - teadusliku tõenduse kvaliteet; - patsientide eelistuste varieeruvuse määr; - ressursikulu.
Soovitus pigem teha	
Soovitus pigem mitte teha	Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamus hästi informeeritud patsiente otsustaksid kõnealuse interventsiooni kasuks. Nõrga soovituse puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest, ning arst peab olema kindel, et neid on arvestatud.
Tugev soovitus mitte teha	Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.

Hea tava suunised

	Ravijuhend sisaldab suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel, ja mis võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saamisel.

www.ravijuhend.ee

Peamised soovitused

Diagnoosimine täiskasvanutel	
1	Ärevushäire diagnoosimiseks kasutage kliinilist intervjuud.
2	Ärge kasutage ärevushäire diagnoosimiseks enesekohaseid küsimustikke.
3	Kehalised haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus, tuleb välistada laboratoorsete analüüside ja uuringutega tulenevalt konkreetsest haigusjuhust.
Ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmine lastel ja noorukitel	
4	Välistage ärevushäire kahtlusega lastel kehalised haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus.
5	Ülemäärase ärevuse sümptomitega lastel ja noorukitel võib kasutada abistavaid küsimustikke (nt SCARED).
	Erilist tähelepanu nõuavad lapsed/noorukid, kellel ilmnevad ebaselge põhjusega kehalised sümptomid, näiteks pea-, kõhu-, südame-, lihas-, luustikuvaevused, või kelle tavapärases käitumises on täheldatavaid muutusi. Kõiki ärevushäire kahtlusega noorukeid tuleb alati hinnata psühhoaktiivsete ainete tarvitamise ja väärkohtlemise suhtes.

Diagnoos baseerub RHK-10 kriteeriumitel

- F41.1 Generaliseerunud ärevushäire diagnoosi kriteeriumid:

Patsiendil peavad avalduma ärevuse primaarsed sümptomid enamusel päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Need sümptomid peaksid sisaldama järgnevaid elemente:

a) ootusärevus (mured võimaliku ebaedu pärast tulevikus, nagu nõeltel oleku tunne, keskendumisraskused jne)

b) lihaspinge (närviline nihelemine, pingepeavalu, värisemine, võimetus lõõgastuda)

c) vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia või tahhüpnoe, epigastraalne düskomfort, nõrkus, suukuivus, jne)

- F41.0 Paanikahäire diagnoosi kriteeriumid:

Ühe kuu vältel esineb mitu tugevat paanikahoogu:

a) mis tekivad situatsioonis, kus ei ole reaalset ohtu

b) hood ei tohi olla piiritletud mingi kindla või ettearvatava situatsiooniga (foobse situatsiooniga)

c) hoogudevaheline periood peab olema suhteliselt vaba ärevuse sümptomitest, siiski on ootusärevus (hirm uue paanikahoo ees) üsna tavaline

- Agorafoobia diagnoosi kriteeriumid:

a) psüühilised ja vegetatiivsed sümptomid peavad olema ärevuse primaarsed avaldused, mitte sekundaarsed teistele sümptomitele, nagu luulu- või obsessiivsed mõtted;

b) ärevus peab esinema (või valdavalt esinema) vähemalt kahes järgnevas situatsioonis: rahvahulgad, avalik koht, kodust väljumine või üksinda liikumine;

c) foobse situatsiooni vältimine on või on olnud häire oluline sümptom.

- F40.0 Agorafoobia paanikahäireta ja F40.01 Agorafoobia paanikahäirega

Lapsed ja noorukid

- Antud ravijuhend ei hõlma ärevushäire diagnostikat ja ravi lastel, küll aga käsitleb ülemäärasele ärevusele viitavate sümptomite äratundmist lastel ja noorukitel.
- Ärevushäire diagnoosimine lastel ja noorukitel kuulub lastepsühhiaatri töövaldkonda.
- Perearstil on tähtis tunda ära ärevushäire kahtlusega lapsed ja välistada ärevust tekitavad kehalised haigused.

Ravi põhimõtted

- Ärevushäire ravi algab patsiendile ärevushäire olemusest, ägestavatest ja leevendavatest teguritest, ravivõimalustest, prognoosist ning taasägenemise märkide selgitamisest.
- Patsientidele mõeldud juhendmaterjal on koostamisel.

- Ärevuse sümptomid on isikule ebamugavad ja härivad. Sageli hirmutavad.
- Sellest tuleb vältimine.
- Paanikahäire alla kannatav isik väldib tihti mitmeid kohti, et mitte tunda ebamugavaid vaevusi.
- Generaliseerunud ärevushäirega patsient otsib erinevaid kinnitusi, et vähem muretseda.

Koivisto M, Melartin T. Miten lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan? Duodecim 2014;130(5):483-8

Ärevushäirega patsient vastuvõtul

- Vältimise üks väljendusi on oma vaevustest mitte rääkimine või muude põhjuste otsimine.
- Ravi lähtepunkt on aga vaevustest aru saada.
- Tähtis on, et oma vaevustest rääkimine ei tunduks patsiendile nii hirmutav.
- Arsti suhtlemisel ja käitumisel on seejuures oluline roll.
- Kui arst ei ehmata kuuldes patsiendi vaevusi ja suhtub neisse sallivalt ning hinnanguvabalt, tunneb patsient, et tema vaevused ei ole ohtlikud ja teda võetakse tõsiselt.
- Ravi õnnestumise üks näitaja on, et patsient on kohanenud oma häirega ja räägib sellest.

Koivisto M, Melartin T. Miten lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan? Duodecim 2014;130(5):483-8
Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2000

Mittefarmakoloogiline ravi	
6	Teavitage kõiki ärevushäirega patsiente ärevushäire olemusest, ägestavatest ja leevendavatest teguritest, ravivõimalustest, prognoosist ning taasägenemise märkidest.
7	Kõikidele ärevushäirega patsientidele soovitage esimese võimalusena eneseabivõtteid.
8	Kui teavitamine ja eneseabivõtted ei ole andnud soovitud tulemust, lisage psühhoteraapia või farmakoteraapia, mis on võrdselt tõhusad.
9	Valige farmakoteraapia või psühhoteraapia lähtuvalt patsiendi eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest.
10	Tugevalt väljendunud ärevushäire sümptomaatika ja/või sellest tuleneva sotsiaalse toimimise olulise häirituse korral alustage kohe lisaks eneseabile psühhoteraapia või farmakoloogilise raviga.
11	Farmakoteraapiat ja psühhoteraapiat võite kombineerida juhtudel, kui kumbki eraldi ei ole olnud tõhus, ärevushäire sümptomaatika on väljendunud, on olnud korduvad häire ägenemised või kaasuvad teised psüühikahäired.
⊘	Psühhoteraapiatest eelistage kognitiiv-käitumisteraapiat.

Mittefarmakoloogiline ravi

- Eneseabi võimaluste loetelu on patsiendijuhendis.
- Tavaline kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) kestus on 12-20 korda.
- KKT teostavad vastava väljaõppega kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid (www.ekka.ee).

Farmakoteraapia	
12	Eelistage ärevushäirega patsientidel farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemisel antidepressante anksiolüütikumidele.
13	Kasutage ärevushäirega patsientidel esmavalikuna ravimeid selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSTI) või serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite (SNTI) ravimirühmast.
14	Eelistage ärevushäirega patsientide ravis monofarmakoteraapiat.
15	Kui ravivastus on puudulik, siis suurendage kõigepealt ravimiannust.
16	Kui 8–12 nädalat pärast maksimaalse talutava ravimiannuse kasutamist ei ole ravivastust saavutatud, vahetage ravim mõne muu esmavaliku preparaadi (SSTI, SNTI) vastu välja.
17	Ravikuur antidepressantidega peab kestma vähemalt 6 kuud pärast esmast ravivastust.
18	Polüfarmakoteraapiat võib kasutada juhul, kui monofarmakoteraapia vähemalt kahe erineva antidepressandiga maksimaalses talutavas annuses ja soovitatud kuuri pikkusegaei ole andnud tulemust.
19	Bensodiasepiine võib kasutada koos antidepressantidega ravi alustamisel või lühikest aega tugeva ärevuse ja agiteerituse kupeerimiseks.
20	Kasutage bensodiasepiine pigem ravikuurina.
21	Ravivastuse ilmnemisel ei tohi ravi bensodiasepiinidega kesta kauem kui 6 nädalat.
	Patsiendid, kellel vaatamata kahele ravimeetodile (farmakoteraapia ja psühhoteraapia) püsivad ärevussümptomid või nende sümptomite kontrollimiseks on vaja lisaks kasutada pikaaajaliselt bensodiasepiine, on raviresistentse häirega. Nende edasist ravi peaks konsulteerima või jätkama psühhiaater.
22	Uinuteid võib kasutada lühikest aega (kuni 4 nädalat) kaasuva unehäire ravis.

Millist *rohtu* eelistada?

- Kliinilised uuringud on näidanud, et kõik kasutusel olevad antidepressandid on ligikaudu võrdse tõhususega.
- Seega arvesta ravimi valikul eelkõige kõrvaltoime hulka ja ravimi hinda.
- Antidepressantide toime kujuneb välja 2–8 nädala jooksul pärast ravikuuri algust, kõrvaltoimed avalduvad juba pärast esimese annuse manustamist.
- Seetõttu tuleb ravi alustada ettevaatlikult ja suurendada annust vastavalt talutavusele ja toimele. Nt kasutatakse paanikahäire ravimisel ravi alguses poole väiksemaid annuseid kui depressiooni ravimisel, sest patsientide tundlikkus ravimi aktiveeriva toime osas on enam väljendunud.

GENERALISEERUNUD ÄREVUSHÄIRE JA PAANIKAHÄIRE (AGORAFOOBIAGA VÕI ILMA) KÄSITLUS PEREARSTIABIS

Tabel 4 Eestis registreeritud ravimid generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks (www.ravimiamet.ee)

Toimeaine	Olulisemad kõrvaltoimed[a,c]	Kasutamine raseduse[b]/imetamise[c] ajal[b]	Koostoimed teiste ravimitega[a]	Hoiatused	Annustamine	
					Generaliseerunud ärevushäire	Paanikahäire
Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSTI)						
estsitalopraam	Iiveldus +++, seksuaaldüsfunktsioon ++, iiveldus ++, insomnia/agiteeritus ++, seedetrakti häired ++, suurenenud higistamine ++, tahhükardia +, müdriaas +, ninaverejooks +	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A	Võimalikud koostoimed karbamasepiini, MAO-inhibiitorite, metadooni, teofülliini, tramadooli, tricyclic antidepressantides, naistepuna, greipfruudimahla ja mõnede mittesteroidsete põletikuvastaste vahenditega. Tsitalopraami, estsitalopraami ja sertraliini koostoimed kliiniliselt väheolulised.	Vastunäidustatud kasutamine koos MAO- inhibiitoritega (serotoniinisündroomi risk) ja pikenenud QT-intervalliga patsientidel. Ettevaatust glaukoomi ja ebastabiilse epilepsia korral; ravi SSTIga võib muuta glükeemilist kontrolli; võib tekkida hüponatreemia tingituna SIADH-st	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 10-20 mg/päevas	Algannus: 5 mg/päevas Harilik annus: 10–20 mg/päevas
tsitalopraam	Insomnia/agiteeritus +++, seksuaaldüsfunktsioon ++, pruuritus ++, müalgia ++, müdriaas +, uriinipeetus +	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A			Eestis registreeritud näidustus generaliseerunud ärevushäire ravis puudub	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 20–40 mg/päevas
paroksetiin	Iiveldus +++, seksuaaldüsfunktsioon ++, kolesterooli taseme tõus ++, seedetrakti häired ++, insomnia/agiteeritus ++, nägemisehäired ++, higistamine ++, purpura +, ekstrapüramidaalhäired +, tahhükardia +	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass A			Algannus: 20 mg/päevas Harilik annus: 20-50 mg/päevas	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 20–60 mg/päevas
sertraliin	Iiveldus +++, vertigo +++, seksuaaldüsfunktsioon ++, insomnia/agiteeritus ++, farüngit ++, isu suurenemine/vähenemine ++, paresteesiad/treemor ++, tahhükardia ++,	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A			Eestis registreeritud näidustus generaliseerunud ärevushäire ravis puudub	Algannus 25 mg/päevas Harilik annus: 100-200

1

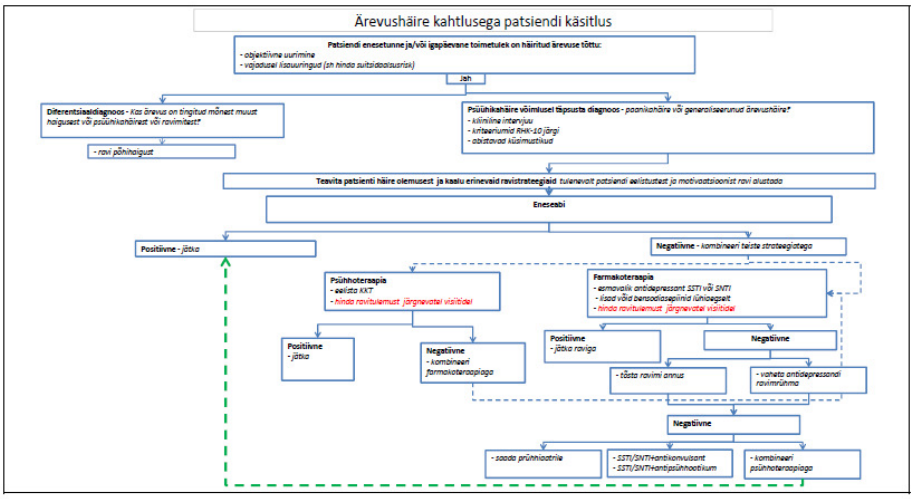
PROVESIOON

Millal psühhiaatrile

- **Psühhiaatri konsultatsioonile võiks patsiendi suunata järgnevatel juhtudel:**
- suitsiidi risk (kiirkorras!)
- puudub paranemine pärast kahe erineva farmakoloogilise ravivaliku rakendamist
- oluliselt häirunud sotsiaalne ja tööalane toimetulek
- ebakindlus diagnoosis või vähene ravikogemus ärevushäiretega patsientidega
- vajalikud ravivõtted ei ole perearstiabis kättesaadavad
- ärevushäire kahtlusega rasedad
- ärevushäire kahtlusega lapsed ja noorukid

- **Psühhiaater ravib ja jälgib ärevushäiretega patsiente järgmistel juhtudel:**
- raviresistentsed
- patsiendid, kellel on oluliselt häirunud toimetulek
- ennast vigastavad või suitsidaalsed patsiendid
- patsiendid, kellel on oluline komorbiidne häire, nagu psühhoaktiivsete ainete väärtarvitamine, isiksushäire või komplitseeritud kehalised haigused
- ärevushäire kahtlusega lapsed

Ravivastus ja ravisoostumus	
23	Hinnake ravivastust, ravisoostumust ja kõrvaltoimed igal visiidil.
24	Ärevushäirega patsiendi ravivastuse hindamisel kasutage vaatlust ja kliinilist intervjuud.
	Seisundi dünaamika hindamisel on soovitatav kasutada abistavaid küsimustikke (nt EEK-2). Ühe haigusepisoodi vältel kasutage sama küsimustikku.
25	Hinnake ravi kõrvaltoimeid kahenädalase intervalliga esmase ravivastuseni, edasi 4–12 nädala tagant.
26	Eakatel võiks hinnata seisundit sagedamini (esmase ravivastuseni ühenädalase intervalliga).
27	Ravimite väärtarvitamise kahtlusel täpsustage olukorda patsiendi ja/või patsiendi pereliikmega
28	Ravimite väärtarvitamise jätkamisel tuleb ravi muuta.
	Vajadusel kontrollige retseptikeskusest patsiendi ravimite väljaostmist.



Kokkuvõtteks

- Arstina oleme me haiguste spetsialistid ja seda teavet saame me oma patsientidele edastada.
- Töökogemus aitab arsti aga oluline on mitte unustada algaja kogemust.
- Algaja on avatud kõigele uuele ja temas on soov võtta vastu uusi teadmisi ja proovida erinevaid võimalusi.
- Kui sulgeme oma avatuse teatud kindlate diagnostiliste hüpoteeside juurde, ei kuula me enam nii palju patsienti vaid iseennnast. Nii võivad mõned olulised asjad jääda kuulmata…
- Avatus uuele aga ka oma teadmiste piiratuse tunnistamine aitab meil koguda lisateavet patsienti aktiivselt küsitledes ja kontrollides oma arusaamist (peegeldamine). Seeläbi saame meie lisainfot ja patsient tagasisidet, et arst tegeleb temaga.

Koivisto M, Melartin T. Miten lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan? Duodecim 2014;130(5):483-8
Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2000

- Ärevushäire ravijuhendi soovitused lähtuvad teadusuuringute ja kliinilise praktika tulemustest.
- Koostatud ravijuhend ei asenda aga tervishoiutöötaja individuaalset vastutust õigete raviotsuste tegemisel, lähtudes konkreetsest patsiendist, tema eelistustest ja teadvast nõusolekust.
- **Jõudu ärevushäiretega patsientide ravimisel!**

TÄNAME

ravijuhendi retsensendid

RJNK liikmed

Ulla Raid

Eesti Haigekassa

tagasiside andjad

töörühma ja sekretariaadi liikmed

Eesti Perearstide Seltsi sügiskonverents Tartus, 12.9.14