

Kas arteriaalset hüpertensiooni on võimalik tõhusalt kontrollida? Ekspertdihinnangud

Kõrgvererõhktõbi on levinud haigus, mille patogeneesi, ravi ja prognoosi on palju uuritud, koostatud on rohkesti ravijuhendeid.

Üldtunnustatud arusaamade järgi on hüpertensioonihaike ravi eesmärgid hoida süstoolne rõhk ≤ 140 mm Hg ja diastoolne ≤ 90 mm Hg. Diabeedihaigetel on eesmärgiks süstoolne rõhk ≤ 130 mm Hg ja diastoolne ≤ 80 mm Hg.

Kliinilises praktikas ebaõnnestub sageli nende eesmärkideni jõudmine. Hiljuti ajakirjas Suomen Lääkärilehti avaldatud artikli põhjal oli Soomes ravi eesmärkideni jõutud vaid 23,3%-l hüpertooniahaigetest ja 11%-l diabeedihaigetest. Eesti kohta praegu täpsed andmed puuduvad, kuid eeldatavasti pole meil olukord teistsugune.

Probleemi arutasid prof Jaan Eha ja Rein Teesalu TÜ südamekliinikust ning prof Heidi-Ingrid Maaroo TÜ polikliiniku ja peremeditsiini õppetoolist. Vestlust juhtis ja kokkuvõtte tegi peatoimetaja Väino Sinisalu.

Kuna vererõhu kõrgenemine inimesele tavaliselt olulisi vaevusi ei põhjusta, jääb see sageli õigel ajal diagnoosimata ja ravimata. Seoses rahvastiku vananemisega kasvab ka Eestis hüpertooniahaigete arv. Pikemat aega kestnud arteriaalne hüpertensioon toob endaga kaasa veresoonkonna kahjustuse ning see on tõsine koronaarhaiguse, neerupuudulikkuse ja insuldi riskitegur. Suurima tuluga nii üksikisiku kui ka rahvastiku tervise seisukohalt on avastada arteriaalne hüpertensioon ja ravida seda õigel ajal.

Levinud klassifikatsiooni järgi on optimaalne vererõhk $< 120 / < 80$ mm Hg

ja normaalne 120–129/80–84 mm Hg. Kõrgeks-normaalseks peetakse väärtusi 130–139/85–89 mm Hg. I astme (kerge) hüpertensiooni diagnoositakse väärtustest 140–159/90–99 mm Hg, II astme (mõõdukat) hüpertensiooni 160–179/100–109 mm Hg ning III astme (rasket) hüpertensiooni vererõhu väärtuste korral $\geq 180 / \geq 110$. Isoleeritud süstoolse hüpertensiooni korral on väärtused $\geq 140 / < 90$ mm Hg.

Vererõhu numbrilise väärtuse järgi on seda klassifikatsiooni otstarbekas rakendada neil patsientidel, kes pole saanud antihüpertensiivset ravi. Ravi saavatel patsientidel tuleb kindlasti täpsustada elundikahjustuse (südame vasaku vatsakese hüpertroofia, muutused silmapõhjad, neerufunktsiooni häire) olemasolu.

Diagnoosi püstitamiseks ja haiguse raskusastme määramiseks tuleb kindlasti jälgida õiget vererõhu mõõtmise meetodikat. Enne mõõtmist peab haige rahulikult istuma mõne minuti vältel vaiksuses ruumis, mõõta tuleb vähemalt 2 korda järjest 1–2minutilise vahega. Peab jälgima, et mansetiga käsi oleks südamega samal tasapinnal, vererõhku tuleb mõõta mõlemalt käelt.

Vererõhu väärtusi ei saa interpreteerida kellasepa täpsusega (140 mm Hg on hea, kuid rõhk 143 mm Hg on kõrgenenud). Otsustuste tegemisel ja ravi määramisel tuleb tingimata arvesse võtta summaarne kardiovaskulaarne risk, s.t teiste kardiovaskulaarsete riskitegurite samaaegne esinemine. Nendeks teisteks riskiteguriteks on hüperkolesteroleemia, suuremad veresuhk-

rüväärtused, suurenenud kehakaal, südamere-soonkonnahaiguste esinemine lähisugulastel, suitsetamine ja vähene füüsiline koormus.

Sõltumata hüpertensiooni väljendusastmest on esmaseks ravivõtteks **elustiili korrigeerimine**. Siin on oluline regulaarne füüsiline koormus. Koormuse tase sõltub organismi üldseisundist, kuid soovituslikuks peetakse mõõdukat füüsilist koormust (kiire kõnd, sörkjooks, ujumine jms) vähemalt 30 minutit päevas neljal korral nädalas. Arvestada tuleb, et harjutused jõusaalis (kangiga või hantlitega), kui need on seotud ülemäärase pingutusega, võivad vererõhku tõsta. Tähtis on säilitada normaalne kehakaal, dieedis vähendada soola kogust, tarvitada rohkem puu- ja köögivilju, vähem magusat. Loobuda tuleb suitsetamisest ja liigsest alkoholarbimisest.

Enamikus ravisoovitustes on toodud seisukoht, et esmalt avastatud hüpertensiooni korral (vererõhuväärtused $> 140/90$ mmHg), kui elustiili muutmine 6 kuu vältel ei ole olnud tulemuslik, on vaja ordineerida **ravimeid**.

Nüüdisajal on laialdaselt kasutusel järgmised ravimirühmad: **beetablokaatorid, kaltsiumikanali blokaatorid, diureetikumid, angiotensiini konverteeriva ensüümi (AKE) inhibiitorid ja angiotensiin II retseptori blokaatorid (ARB)**.

Tõendus põhiseid andmeid ühe või teise ravimirühma eelistamiseks ei ole. Küll aga on õigustatud kombineeritud ravi (kahe erineva ravimirühma preparaadiga) rakendamine ja seda ka juba ravi alustamisel. Vajaduse korral võib ordineerida ka kolme eri ravimit. Kõigil ravimirühmadel on oma koht hüpertensiooni ravis ja valik peab olema individuaalne. Laialt kasutatakse ravi beetablokaatori ja diureetikumi kombinatsiooniga, see on ka Eestis enam levinud. Kirjanduses on praeguseks rohkesti andmeid, et beetablokaatoreid ei saa tõendatult pidada esmaseks ravimivalikuks arteriaalse hüpertensiooni korral.

Ravimi ja nende kombinatsioonide valikul tuleb silmas pidada haige iga, väljakujunenud muutusi müokardis, neerudes, südamepuudulikkuse olemasolu. Väga üldistatult öeldes võib eelistada diureetikume vanemaealistele ja südamepuudulikkusega patsientidele, beetablokaatoreid nooremaealistele, stenokardiaga, kodade virvendusega ja süstoolse südamepuudulikkusega haigetele. Kaltsiumikanali blokaatorid sobivad enam vanemaealistele, samuti stenokardia, tahhükardia ja isoleeritud süstoolse hüpertensiooni korral. AKE inhibiitoreid ja ARBsid peetakse soovitatavaks määrata diabeedihaigetele, kel on neerukahjustus, krooniline proteiinuuria ja vasaku vatsakese puudulikkus. Samuti on neil oma kindel koht kardiovaskulaarsete sündmuste preventtsioonis. Mõlema klassi ravimid on samaväärse toimega, nende üheaegne kasutamine arteriaalse hüpertensiooniga haigetel ei ole põhjendatud. Küll aga on ARBd eelistatud neil patsientidel, kel AKE inhibiitorite kasutamisel ilmnevad häirivad kõrva toimed (kõige sagedamini kõha).

Arvestada tuleb ka asjaolu, et diureetikumide kasutamine võib soodustada diabeedi väljakujunemist, neid soovitatakse kasutada väikestes annustes. Soovitada võiks kasutada järgmisi kombinatsioone: **AKE inhibiitor + diureetikum** (indapamiid) ja **AKE inhibiitor + kaltsiumikanali blokaator**.

Tõestatud on, et soolisi erinevusi antihüpertensiivsete ravimite toimes ei ole. **Hüpertensioonihaike ravi peaks kestma kogu tema eluaja.**

Ravi ebaõnnestumise peamine põhjus on arsti ja haige ebapiisav koostöö. Üldjuhul kõrgenenud vererõhk haigetele erilisi vaevuseid ei põhjusta. Seepärast võib ta küll algul ravisoovitusi järgida, kuid kui hiljem episoodiliselt vererõhku mõõtes on selle väärtused normis, võib ta arvata, et probleem on lahendatud ja ravimi võtmise võib lõpetada. Teisalt võib arst algul raviskeemi soovitades pidada ka omalt poolt probleemi lahendamiseks ega suuda haiget piisavalt veenda arsti korduva külastamise vajalikkuses ja ravitu-

lemuse jälgimises. Raviskeemi võib olla vaja muuta, on vaja jälgida, et kasutatud annused oleks piisavad.

Eesti Hüpertensiooni Ühingu ja Eesti Kardioloogide Seltsi arteriaalse hüpertensiooni juhised leiab internetist aadressil www.ehy.kliinikum.ee.

Kõrgenenud vererõhuga haigete avastamise ja ravimise võti on perearstide käes. Kardioloogid ja teised eriarstid saavad olla konsultandi rollis. Perearstil on ülevaade oma nimistu haigetest ja tal on parim võimalus selgitada välja neid, kel on suurenenud risk haigestuda südame-veresoonkonnahäigustesse, ning nende inimestega aktiivselt tegeleda neid nõustades oma tervisele enam tähelepanu pöörama ja julgustades end õigel ajal ravima. Igapäevapraktikas tuleb sage- li ette, et haige loobub vererõhuravimitest, väites, et ta ei talu neid. Nendel juhtudel peab arst süvenema probleemi ja välja selgitama, kas tegu on tõepoolest ravimite

kõrvaltoimega või tulevad arvesse muud, ka psühhoemotsionaalsed tegurid.

Mõningad organisatoorsed abinõud kõrgvererõhuga haigete ravi kvaliteedi parandamiseks on kasutusele võetud.

Alates 2007. aastast on haigekassa sõlminud lepingud perearstidega kõrgvererõhktõvega haigete jälgimiseks ja elundikahjustuste väljakujunemise avastamiseks. Esialgu on sellega liitumine perearstidele vabatahtlik. Hüpertensioonihaigetel määratakse kord aastas vere kolesterooli, kreatiniini ja vere-suhkru sisaldus, uuritakse mikroalbumi-nuuria suhtes ja tehakse EKG. Koos sellega on tagatud parem vererõhuväärtuste jälgi-mine, samuti raviskeemide optimeerimine.

Üldiselt võib väita, et Eesti arstid on pii-savalt teadlikud kõrgvererõhktõvega haigete ravi põhimõtetest, parandada on vaja aga koostööd patsientidega.

eestiarst@eestiarst.ee

KIRJANDUS

1. Varis J, Savola H, Vesalainen R. Verepainetaudin hoitotasapaino ei ole Suomessa vieläkin hyvä. Suomen Lääkärilehti 2008;40:3289–95.
2. Lindholm LH, Careberg B, Samuelsson O. Should β blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension. Lancet 2005;366:1545–53.
3. Blood pressure lowering efficacy of ACE inhibitors. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD003823.
4. Blood pressure lowering efficacy of angiotensin receptor blockers for primary hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD003822.