

# Uus Eesti ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“

Ruth Kalda<sup>1,3</sup>, Margus Viigimaa<sup>2,3</sup>, Alar Irs<sup>4,5</sup>

Ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“ valmis Eesti Hüpertensiooni Ühingu, Eesti Kardioloogide Seltsi ja Eesti Perekarstide Seltsi ning Eesti Haigekassa ja WHO koostöös. Juhendi koostamise aluseks on võetud uusim teaduslik teave: olemasolevates ravijuhendites summeeritud teadusandmed, süstemaatilised ülevaated ning ka originaaluuringud. Samuti arvestati avaldatud tervishoiuökoonoomilisi uuringuid ning Eesti Haigekassa spetsialistide majanduskalkulatsioone.

## Mis tingis uue ravijuhendi vajaduse?

Kõik algas sellest, et haigekassa, WHO ekspertide ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna koostöö tulemusena uuendati 2010.–2011. aasta jooksul oluliselt Eesti ravijuhendite koostamise süsteemi ning selle käigus alustati ravijuhendite koostamise uue käsiraamatu väljatöötamist. Kui arutati, mis valdkonnas peaks koostama esimese ravijuhendi uuendatud põhimõtete alusel, siis leiti, et juhend peaks puudutama võimalikult suurt arvu patsiente ning et selle järgimisel oleks võimalik oluliselt parandada ravitulemust. Samuti näitas Eesti Haigekassa analüüs hüpertensiooniga patsientide käsitluse väga suurt varieeruvust. Et südameveresoonekonnahaigused on Eestis haigestumuse ja surma põhjuste hulgas esikohal, kõrgvererõhktõve

levimus on suur (eakate hulgas kuni 60%) ning hüpertensiooni varase avastamise ning tõhusa mittefarmakoloogilise ja farmakoloogilise raviga on võimalik tüsistuste esinemissagedust oluliselt vähendada, siis valitigi esimeseks tööks kõrgvererõhktõve ravijuhendi koostamine.

## Milline oli ravijuhendi väljatöötamise protsess?

Ravijuhendi väljatöötamine erines oluliselt sellest, kuidas ravijuhendeid oli Eestis seni koostatud. Ravijuhendite koostamise uuendatud põhimõtete alusel osalesid ravijuhendi väljatöötamisel ravijuhendite nõukoda, töörühm ja sekretariaat, kellel olid oma konkreetsed ülesanded. Kui ravijuhendite nõukoda on püsiv organ, kelle ülesandeks on valida ravijuhendi teema prioriteetsuse alusel, nimetada töörühma liikmed, kinnitada ravijuhendis käsitletavad teemad ja lõpuks valminud ravijuhend kooskõlastada, siis töörühm ja sekretariaat moodustatakse iga uue ravijuhendi jaoks eraldi.

Sekretariaadi ülesanne on valmistada töörühmale ette materjalid otsuste tegemiseks. Selleks analüüsis sekretariaat vastava teema teadusuuringuid ja koostas töörühmale nende kokkuvõtted ühes tulemuste tõendus põhise astmega. Töörühma koosseisu kuulusid eri sihtrühmade esindajad (perekarstid, kardioloogid, pereõdede esindaja, nefroloogide esindaja, metoodikud, tervishoiuökonomistid, patsientide ühingu esindaja), kes vaatasid toimunud 5 istungi käigus kogu esitatud materjali läbi. Selle töö alusel koostati ravijuhendi soovitusel. Kuigi teatud küsimusi vaieldi

läbi ja hääletati punktikaupa, jõuti ravijuhendi lõplike seisukohtadeni siiski konsensuse alusel. Haigekassa tervishoiuökonomistid toetasid juhendi koostamist majandusliku analüüsiga, sest osa soovitude tegemise juures oli oluline arvestada ka soovitatava teenuse või ravimi maksumust ning prognoosida nende majanduslikku tasuvust. Kogu tööprotsess kestis kokku pisut üle aasta ning viimasena valmis ravijuhendi rakendusplaan ühes soovitatavate näitajatega, mille alusel saab hiljem hinnata ravijuhendi tõhusust rahvastiku tervisenäitajate parandamisel.

Valminud ravijuhendi peamine tugevus seisneb juhendi soovitude tõendus põhisesuses, konkreetuses ja Eesti tingimusi arvestavas kulutõhususes. Tegemist on uue põlvkonna ravijuhendiga, mis rajaneb vastavatel rahvusvahelistel juhenditel ning sisaldab konkreetseid Eesti tingimusi arvestavaid soovitusi esmatasandil täiskasvanute kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks ja raviks.

## Millised on uue ravijuhendi olulisemad seisukohad arteriaalse hüpertensiooni käsitlemisel?

Ravijuhendis on soovitatud senisest enam vererõhu ööpäevast ambulatoorset jälgimist perekarstipraktises. See on soovitatud korraldada kõigil haigetel, kellel nii vererõhu esimene kui ka kordusmõõtmine sama visiidi jooksul annavad tulemuseks vererõhu väärtuse 140/90 mm Hg või rohkem. See uurimismeetod on asendamatu ka nii nn valge kitli kui ka maskeeritud hüpertensiooni diagnoosimisel. Uuringud on näidanud,

<sup>1</sup> TÜ peremeditsiini õppetool,

<sup>2</sup> PERHi kardioloogiakeskus,

<sup>3</sup> ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“ töörühm,

<sup>4</sup> Raviamet,

<sup>5</sup> ravijuhendi sekretariaat

et vererõhu tavapärasel mõõtmisel võib esineda hüperdiagnostikat ligikaudu 25%-l juhtudest, mis võib sellistel juhtudel kaasa tuua ravi ebaotstarbeka alustamise, kui seda tegelikult vaja ei ole. Kui vererõhu ööpäevane ambulatoorne jälgimine ei ole võimalik, on soovitatud patsiendipoolset vererõhu kodust jälgimist hommikul ja õhtul 4–7 päeva jooksul.

Valdava osa hüpertensiooni juhtudest diagnoosivad ja ravivad perearstid. Eriarsti (kardioloog, endokrinoloog) juurde konsultatsioonile tuleb saata sekundaarsele hüpertensioonile viitavate tunnustega patsiendid ja alla 30 aasta vanused haiged, kellel on suur sekundaarse hüpertensiooni esinemise tõenäosus. Eriarsti juurde tuleb patsient suunata ka siis, kui mittefarmakoloogilise ravi ja 3 ravimi piisavate annuste kombinatsiooniga ei ole vererõhu eesmärkväärtusi 3–6 kuu jooksul õnnestunud saavutada. Olemasolev kogemus ja ka Riigikontrolli 2011. aasta audit on näidanud, et paljud perearstid saavad kõrgvererõhktõvega haige kardioloogi vastuvõtule pigem liiga vara kui liiga hilja ning raviannused ja kombinatsioonid, mida kasutatakse, on sageli suboptimaalsed. Uus

ravijuhend annab perearstile kindlasti praktilisi nõuandeid, kuidas toimida olukorras, kus ravivastus ei ole kergesti saavutatav.

Kui patsiendil ei ole kaasuvaid haigusseisundeid, mis nõuaksid mingi ravimirühma eelistamist, on kõrgvererõhktõve ravi esimeseks valikuks soodsaima angiotsiini konverteeriva ensüümi inhibiitori (AKEI) või kaltsiumikanali blokaatori (KKB) soovitatud algannus. Kui patsiendi vererõhu väärtus on eesmärkväärtusest 20/10 mm Hg kõrgem või südame-veresoonkonnahaiguse risk on väga suur, võib ravi alustada kahe ravimi väikse annuse kombinatsiooniga. Kombinatsioonravi on tänapäeva hüpertensiooniravis aktsepteeritud ja ravimite kombineerimist vajavate patsientide hulk üha suureneb. Kui kahe ravimi kombinatsiooniga ei ole 8 nädala jooksul vererõhu eesmärkväärtust saavutatud, võib kolmanda ravimi lisada tiasiid- või tiasiidisarnase diureetikumide või beetablokaatorite seast. Et ravijuhendi täisversioon on kättesaadav aadressil <http://www.ravijuhend.ee>, siis on alljärgnevas tabelis esitatud kokkuvõtlikult ravijuhendi olulisemad seisukohad kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks ja raviks.

## Peamised ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“ soovitused

Alljärgnevas tabelis on rohelise värviga tähistatud tugev soovitus millegi tegemiseks ja punase värviga tugev soovitus mingist tegevusest hoidumiseks. Ristvöödilise kujundusega on tähistatud soovitused pigem teha (põhitooniks roheline värv) või pigem mitte teha (põhitooniks punane värv). Lühendiga NB! on tähistatud suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi tööjuhema liikmete kliinilisel kogemusel ja mis võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saamisel. (Värvikoodid ja sümbolid võivad olla ravijuhendi lõpliku versiooni sarnases tabelis veel pisut muutunud.)

Ravijuhendi valmimisel osalesid lisaks artikli autoritele veel Irina Kropotuhhina, Janek Saluse, Erki Laidmäe, Lenne-Triin Heidmets, Mari Meren, Merike Luman, Kadri Ridaste, Piibe Muda, Triin Habicht, Ingrid Pöldemaa, Marje Oona, Tiina Uettoa, Kairit Palm, Eret Jaanson, Katrin Martinson, Kersti Esnar ja Tuuli Teeäär.

*ruth.kalda@ut.ee*  
*margus.viigimaa@regionaalhaigla.ee*  
*alar.irs@ravimiamet.ee*

**Tabel.** Ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“ olulisemad soovitused

Diagnoosimine	
<b>1</b>	Kui nii vererõhu esimene kui ka kordusmõõtmine sama visiidi jooksul annavad tulemuseks 140/90 mm Hg või rohkem, soovitage patsiendile vererõhu automaatset ambulatoorset jälgimist. Kasutage diagnoosimise alusena automaatselt ambulatoorselt jälgitud päevase vererõhu keskmist väärtust, mis on arvatud vähemalt 14 mõõtmise alusel.
<b>2</b>	Kui vererõhu automaatne ambulatoorne jälgimine ei ole võimalik, soovitage patsiendile vererõhu kodust jälgimist hommikul ja õhtul 4–7 päeval. Diagnoosimisel jätke välja esimese päeva tulemused ning võtke keskmine kõikidest teistest mõõtmistest.
<b>3</b>	Kui patsiendil on 3. astme hüpertensioon ja elundikahjustuse tunnused, alustage ravi, ootamata ambulatoorse või koduse vererõhujälgimise tulemusi.
<b>NB!</b>	Kui patsiendil on sekundaarsele hüpertensioonile viitavaid tunnuseid või patsient on alla 30 aasta vana, kaaluge tema suunamist eriarsti juurde.
<b>4</b>	Hinnake alati üldist südame-veresoonkonnahaiguste riski, kui kahtlustate patsiendil kõrgvererõhktõbe.
Mittefarmakoloogiline ravi	
<b>5</b>	Soovitage kõrgvererõhktõvega patsientidele vererõhu langetamiseks piirata keedusoola tarbimist alla 5 g päevas.
<b>6</b>	Soovitage kõrgvererõhktõvega patsientidele vererõhu langetamiseks mõõduka intensiivsusega regulaarset aeroobset treeningut 30–60 minutit 5–7 korda nädalas.
<b>NB!</b>	Selgitage patsiendile põhjalikult kõiki südame-veresoonkonnahaiguste riskide mõjutamise võimalusi ja nõustage patsienti, lähtudes Eesti südame- ja veresoonkonnahaiguste preventsiiooni juhendist, vajaduse korral määrake teisi riskitegureid mõjutav ravi.

Farmakoteraapia	
7	1. astme hüpertensiooni puhul alustage kohe farmakoteraapiat koos mittefarmakoloogilise raviga alla 80aastastel patsientidel, kellel on südame-veresoonkonnahaiguste üldine risk suur (elundikahjustus, diabeet, krooniline neeruhaigus, kaasuv südame-veresoonkonnahaigus või südame-veresoonkonnahaiguste 10 aasta suremuse risk 5% või enam).
8	2. astme hüpertensiooni puhul alustage olenemata vanusest kohe farmakoteraapiat koos mittefarmakoloogilise raviga.
9	Jälgige ravi tõhusust visiidi ajal mõõdetud vererõhuväärtuste alusel. Nn valge kitli hüpertensiooni kahtluse korral kasutage nii visiidil kui ka kodus mõõdetud vererõhuväärtusi.
10	Kuni 80aastastel patsientidel püüdke saavutada vererõhuväärtus alla 140/90 mm Hg (kodusel mõõtmisel 135/85 mm Hg) ja üle 80aastastel alla 150/90 mm Hg (kodusel mõõtmisel 145/85 mm Hg).
11	Elundikahjustuse olemasolu korral või kaasuva diabeedi puhul püüdke saavutada vererõhuväärtus 120–129/alla 80 mm Hg.
NB!	Seadke vererõhu eesmärkväärtuste saavutamiseks selge ajagraafik ja pidage sellest kinni. Tõhustage või kohandage ravi iga 4 nädala järel, kuni eesmärk on saavutatud. Olenevalt patsiendi ravitaluvusest peaks vererõhu eesmärkväärtuse saavutama 3–6 kuuga.
NB!	Arvestage farmakoteraapia valikul patsiendi kaasuvaid haigusi ning ravimite kasulikke ja kahjulikke toimeid nende suhtes.
NB!	Tutvustage patsiendile määratud ravimi(te) kõrvaltoimeid. Vererõhku langetavate ravimite väikesedki annused võivad ravi algul põhjustada hüpotensiooni.
12	Kui patsiendil ei ole kaasuvaid seisundeid, mis nõuaksid mingi ravimirühma eelistamist, määrake esimesena kõrgvererõhktõve raviks soodsaima angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitori (AKEI) või kaltsiumikanali blokaatori (KKB) soovitatud algannus.
NB!	Reproduktiivses eas naisele kõrgevererõhktõve ravi määramisel arvestage, et angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor ja angiotensiini retseptorite blokaator (ARB) on raseduse puhul vastunäidustatud. Rääkige sellest patsiendile.
13	Beeta-adrenoblokaatorid võivad olla vähem tõhusad hüpertensiooni tüsistuste ärahoidmisel. Kui ei ole kaasuvat haigust, mis nõuab nende kasutamist, kaaluge enne teiste ravimirühmade määramise võimalust.
14	Kui patsiendi vererõhuväärtus on eesmärkväärtusest 20/10 mm Hg kõrgem või südame-veresoonkonnahaiguse risk on väga suur, võib ravi alustada kahe ravimi väikse annuse kombinatsiooniga.
15	Eakale patsiendile määrake ravi sarnaselt noorematega, kui eakal ei ole kaasuvaid seisundeid, mis nõuaksid mingi ravimirühma eelistamist.
16	Kaasuva diabeediga patsiendile määrake esimeseks ravimiks soodsaim angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor. Nende patsientide käsitlust on kirjeldatud 2. tüüpi diabeedi ravijuhendis (Eesti Endokrinoloogide Selts, Eesti Perearstide Selts, 2008).
17	Kaasuva südame isheemiatõvega patsiendile määrake esimese ravimina beeta-adrenoblokaator.
18	Kaasuva kroonilise südamepuudulikkusega patsiendile määrake esimese ravimina soodsaim angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor. Nende patsientide käsitlust on kirjeldatud südamepuudulikkuse ravijuhendis (Eesti Kardioloogide Selts, 2007).
19	Ärge kasutage kaasuva süstoolse südamepuudulikkusega patsiendil negatiivse inotropse toimega kaltsiumikanali blokaatorit.
20	Kaasuva kroonilise neeruhaigusega patsiendile määrake esimese ravimina soodsaim angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor.
21	Kui esimesena määratud ravi tuleb katkestada kõrvaltoime või puuduva toime tõttu, määrake ravim teisest esmavalikuks soovitatud ravimirühmast.
22	Kui angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor põhjustab ravi katkestama sundiva tugevusega kõha, ent on vererõhu langetamisel tõhus, võib määrata soodsaima angiotensiini retseptorite blokaatori.
23	Kui ühe ravimi keskmise annusega ei ole vererõhu eesmärkväärtust saavutatud 8 nädala jooksul ravi alustamisest, kombineerige – angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorit ja kaltsiumikanali blokaatorit või – angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorit ja tiasiid- või tiasiidisarnast diureetikumi.
24	Kui kahe ravimi kombinatsiooniga ei ole 8 nädala jooksul vererõhu eesmärkväärtust saavutatud, – võib määrata AKEI ja KKB kombinatsiooni, kui patsient seda juba ei tarvita või – võib lisada raviskeemi kolmanda ravimi: KKB, tiasiid- või tiasiidisarnase diureetikumi, beetablokaatori.
NB!	AKEI ja ARB kombinatsioon ei ole üldjuhul kohane.
NB!	Suunake patsient eriarsti juurde alles siis, kui mittefarmakoloogilise ravi ja 3 ravimi piisavate annuste kombinatsiooniga ei ole vererõhu eesmärkväärtusi 3–6 kuu jooksul õnnestunud saavutada ning olete veendunud, et patsient kasutab ravimeid korralikult.
Ravisoostumus	
NB!	Kui ravivastus on kesine, siis uurige, kas ja kuidas patsient ravimeid tarvitab. Vajaduse korral selgitage veel kord järjepideva ravi vajalikkust ja arutage ravimi võtmist meenutavate abivahendite kasutamist.
25	Ravisoostumuse parandamiseks võib määrata meditsiiniliselt sobivate ravimite hulgast soodsaima.
26	Ravisoostumuse parandamiseks võib kombineerida ravi vajalikkuse ja eesmärkide selgitamist, raviplaani kokkuleppimist patsiendiga, pereõe telefoninõustamist, vererõhu kodust jälgimist, ravimivõtmise meelepidamist hõlbustavate ravimikarpide ja muude abivahendite kasutamist, pereliikmete kaasamist.
27	Ravisoostumuse parandamiseks võib määrata eraldi tablettide asemel kombinatsioonpreparaadi, kui see ei suurenda patsiendi ravikulutusi.
NB!	Vähemalt 1 kord aastas vaadake koos patsiendiga hüpertensiooni mittemedikamentoosne ja medikamentoosne ravi üle ning vajaduse korral kohandage seda, lähtudes vererõhuväärtuste ja patsiendi seisundi muutustest.