

# Mida on uut 2021. aasta Euroopa Kardioloogide Seltsi preventsoonijuhendis?

Margus Viigimaa – Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloogiakeskus

Euroopa Kardioloogide Seltsi äsja ilmunud juhendis (*2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*) on kokku võetud kõige ajakohasemad tõendus põhised soovitused südameveresoonkonnahaiguste (SVH) riski määramiseks ja riskitegurite mõjustamiseks. See on oluline ravijuhend Eesti meditsiini kontekstis, kuna vaatamata SVH-suremuse vähenemisele üle 50% viimse 25 aastaga kuulume endiselt väga suure riskiga riikide hulka. Kuidas vähendada SVH-riski uue ravijuhendi valguses? Artiklis on toodud olulisemad praktilised ajakohastatud soovitused selle kohta, kuidas tõendus põhise SVH-riski vähendamise ja võimalik haigestumust ja suremust vähendada.

## Kardiovaskulaarse riski määramine

SVH-riski hindamine on endiselt ennetusjuhendi nurgakivi. Seni on olnud kasutusel SCORE (*Systematic COronary Risk Evaluation*, süsteemse koronaarse riski hindamine) algoritm, mis näitab SVH 10 aasta suremuse riski. Nüüd valminud juhendis on esimest korda SCORE2 algoritm, mis lisab SVH suremusele ka haigestumuse (mittefataalne müokardiinfarkt, mittefataalne insult), peegeldades paremini SVH põhjustatud kogukoormust ühiskonnale. Lisaks on esmakordselt kasutusse võetud SCORE2-OP (*Systematic COronary Risk Evaluation 2 – Older Person*, süsteemse koronaarse riski hindamine vanemaealistel) algoritm, mis näitab vanemaealiste (70–89 aasta vanuste) uuritavate SVH-riski. Üldkolesterooli asemel kasutatakse SCORE2 riski määramisel mitte-HDL

(suure tihedusega lipoproteiin) kolesterooli, mille võime ennustada SVHsse haigestumist on oluliselt parem.

Riskitegureid on soovitatud SVH esmases ennetuses ravida väga suure riskiga isikutel: SCORE2 korral  $\geq 7,5\%$  alla 50 aasta vanustel; SCORE2 puhul  $\geq 10\%$  vanuses 50–69 aastat; SCORE2-OP korral  $\geq 15\%$  vanuses  $\geq 70$  aastat.

## Uued seisukohad SVH riskitegurite ja nende mõjustamise vallas

Esimest korda on SVH riskitegurina välja toodud auraga migreen. Rõhutatud on depressiooni ja psühhosotsiaalse stressi olulisust riskitegurina, eriti COVID-19-pandeemia ajal. Uus on ka seisukoht, et suitsetamisest loobumine on soovitatav olenemata kehakaalu suurenemisest, kuna kaalutõus ei vähenda oluliselt saadavat kasu.

Esimest korda on ravijuhendis öeldud, et bariaatrilisi operatsioone tuleks kaaluda rasvunud isikutel, kellel on SVH-risk suur ning tervislik toitumine ja füüsilise koormuse suurendamine pole andnud tulemusi. Väehiravi saavatel patsientidel on soovitatav SVH riskiprofiili selgitada ja optimeerida. Kõigil kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsientidel on samuti soovitatav uurida SVH riskitegureid. Veelgi jõulisem soovitus on antud erektiilse düsfunktsiooniga meespatsientide SVH-riski hindamiseks ja mõjutamiseks.

Polügeense riski kasutamine SVH-riski hindamisel on näidanud selle täpsuse suurenemist. Tugevamate soovituste andmiseks geneetilise riski põhjal SVH individuaalses

ennetuses on vaja ära oodata käimasolevate uuringute tulemused. Üks esimesi selliseid juhuslikustatud uuringuid estPerMed I – SVH täppisennetuse kliiniline uuring Eestis – just lõppes.

Patsientidel, kellel on suur SVH tüsistuste oht ja kellel ei ole suurt verejooksu riski, tuleb kaaluda teise trombivastase ravimi (P2Y12 inhibiitor või väikse annusega rivaroksabaan) lisamist aspiriinile pikaajaliseks sekundaarseks profülaktikaks.

Väljendunud düslipideemiaga patsientide bioloogilisele ravile PCSK9 (subtilisiini ja keksiini sarnase paraproteiini konvertaas 9) inhibiitoritega on esimest korda antud I klassi kasutamissoovitus. Samuti on kindel soovitus kasutada SVHga patsientidel, kel esineb II tüüpi diabeet, tõestatud efektiivsusega GLP-1RA (*glucagon like peptide-1 receptor agonists*) või SGLT2 (*sodium-glucose co-transporter-2*) inhibiitorid.

Uus on ka soovitus arvestada personaalses SVH ennetuses lisaks SVH-riski, riskitegurite ravist saadavat kasu, kaasuvate haiguste korral ka patsiendi eelistusi. Patsiendi kaasahaaramine jagatud otsustusprotsessis on SVH ennetuses otsustava tähendusega.

## Ajakohastatud soovitused elustiilimuutusteks

Tervislik toitumine on SVH ennetamise nurgakivi. Vahemere dieedile kui südameriiside kuldstandardile on uuringutest lisandunud veelgi tõendus põhised ja seda tuleb laialdaselt soovitada. Soovitatud on ka Põhjamaade dieeti, mille on välja töötanud Kopenhaageni Ülikooli teadlased ja mille tõhususe kinni

# RAVIJUHEND

	< 50 aasta	50–69 aastat	≥ 70 aasta
<span style="color: green;">●</span>	< 2,5%	< 5%	< 7,5%
<span style="color: orange;">●</span>	2,5–7,5%	5–10%	7,5–15%
<span style="color: red;">●</span>	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

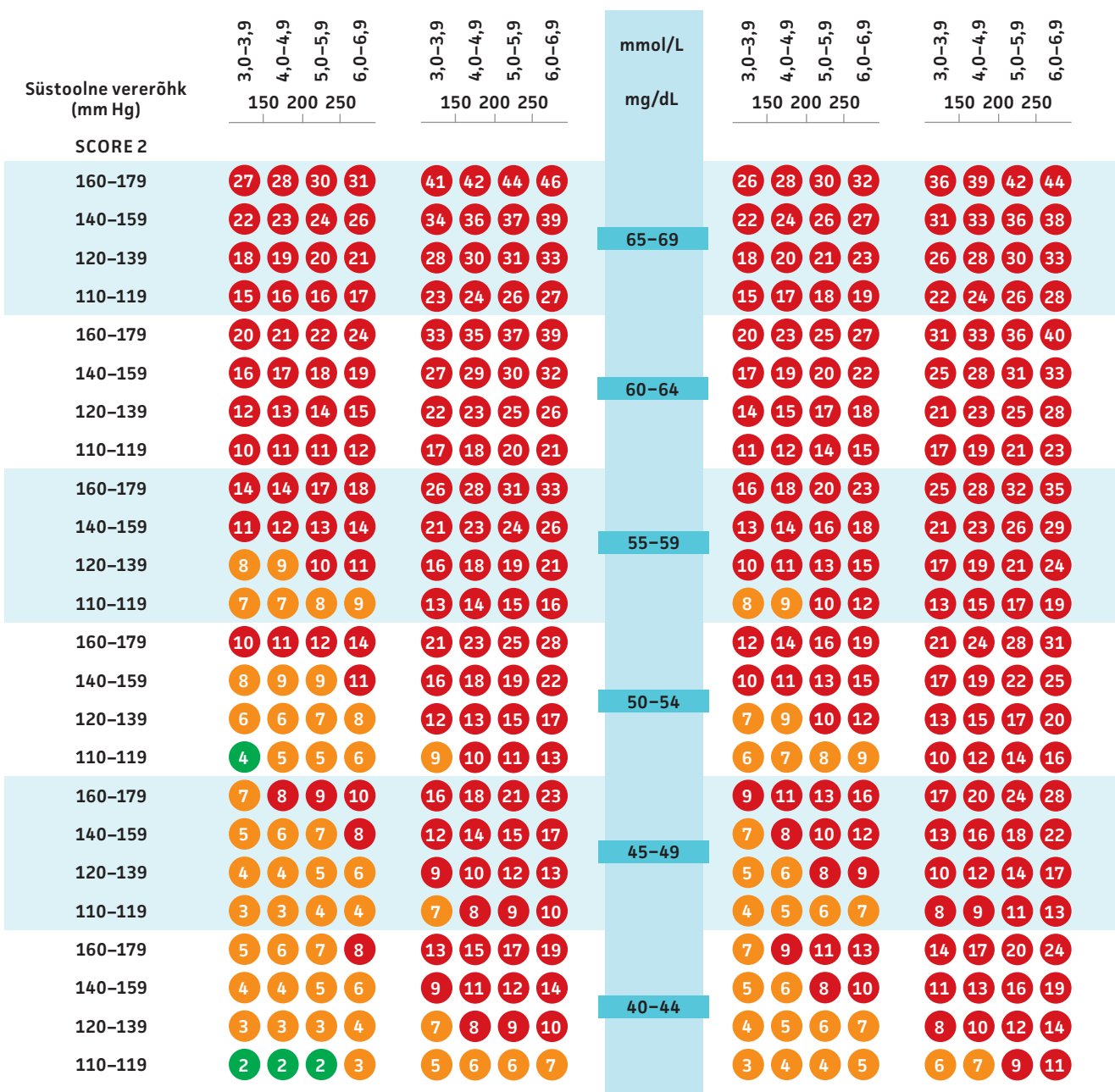
## NAINE

## MEES

Mittesuitsetaja  Suitsetaja

Mittesuitsetaja  Suitsetaja

### Mitte-HDL-kolesterool



Joonis 1. SCORE2 (süsteemse koronaarse riski hindamine): 10 aasta risk haigestuda südameveresoonehaigusesse (müokardiinfarkt, ajuinsult) väga suure riskiga piirkondades.

tamiseks on head tõenduspõhiste uuringute tulemused.

Soovitav on vähemalt kord nädalas süüa kala, eelistatavalt rasvast. Liha (eriti töödeldud) tuleks piirata 350–500 grammiga nädalas. Soolatarbimise piiriks on endiselt 5 g päevas. Suure suhkrusisaldusega jookidest tuleks hoiduda. Soovitatakse kasutada 30 g soolamata pähkleid päevas. Soovitav on päevas

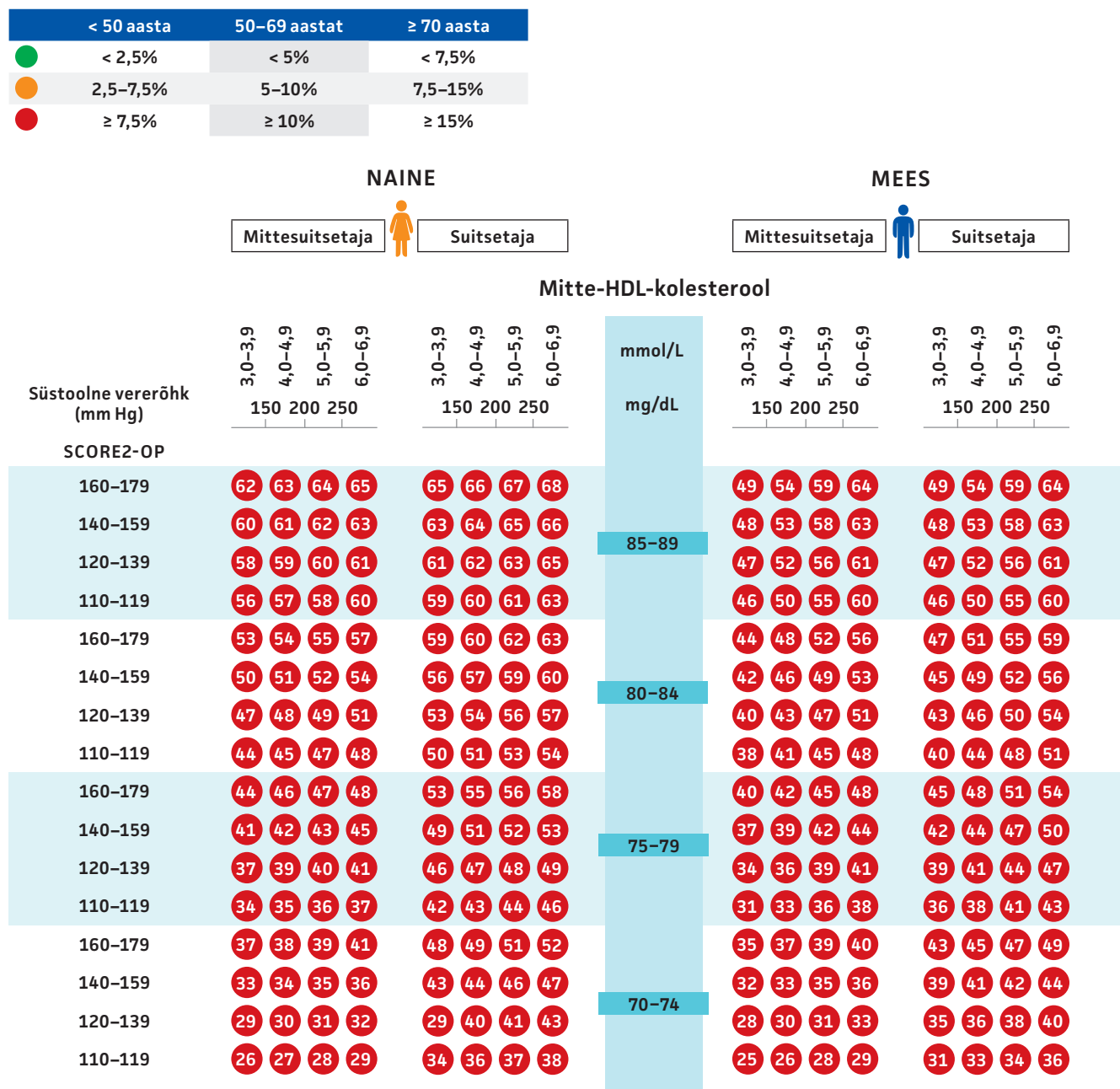
süüa üle 200 grammi nii juurvilju kui ka puuvilju. Kiudainete kogus peaks olema päevas 30–45 g, eelistatud peaks olema täisteratooted. Alkoholi tarvitamist tuleb piirata maksimaalselt 100 grammi absoluutse alkoholini nädalas.

Kehalise aktiivsuse vallas soovitatakse mõõduka intensiivsusega koormust (reibas kõnd) vähemalt 150–300 minutit nädalas ja/või

75–150 minutit nädalas suure intensiivsusega tervisetreeningut. Rõhutatud on vajadust vähendada istudes veedetud aega, tegeleda kogu päeva jooksul vähemalt kerge kehalise tegevusega, et vähendada SVH-suremust ja -haigestumust.

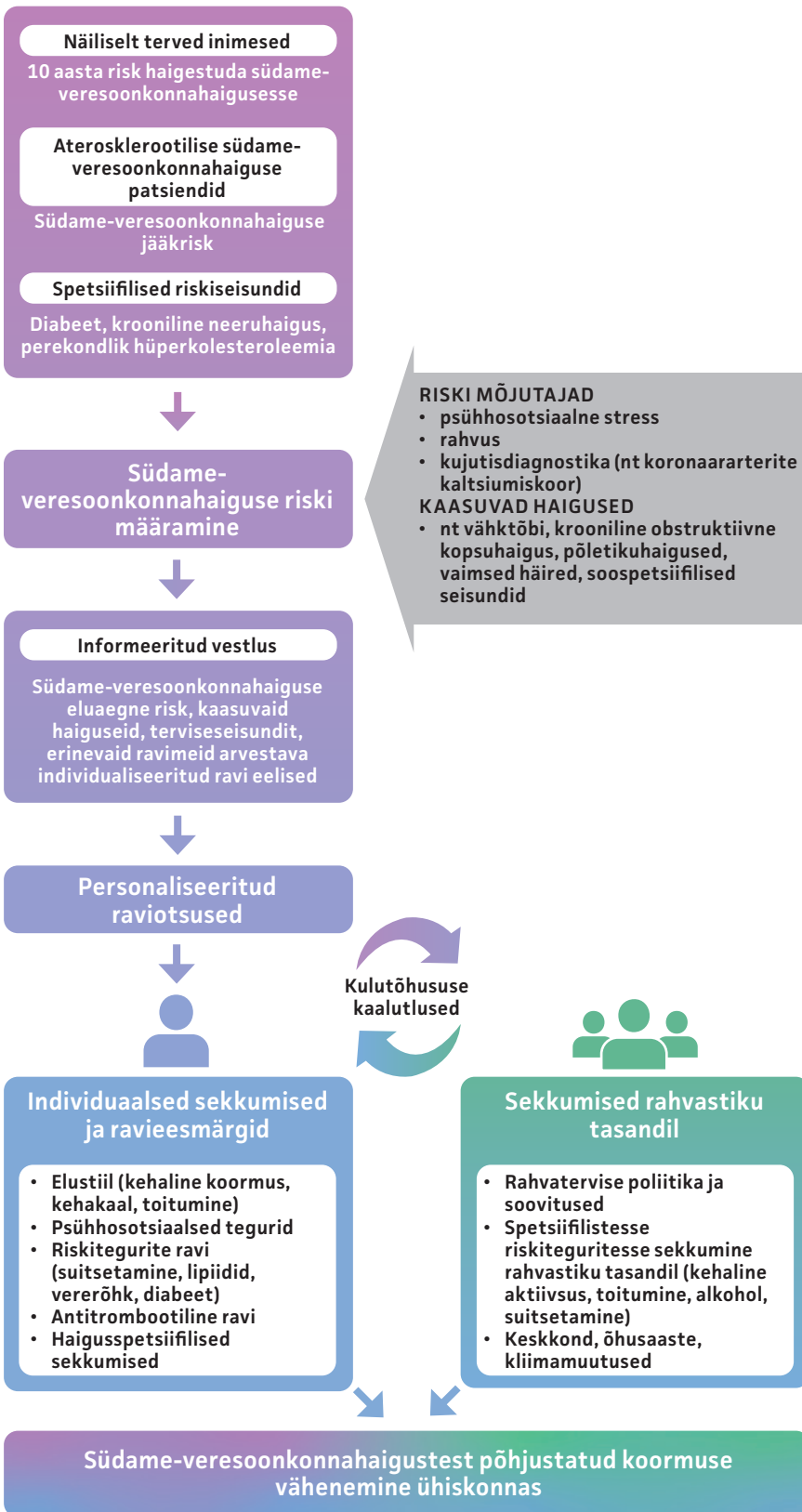
## Düslipideemia ravi

Hiljutised uuringud on veelgi kinnitanud, et düslipideemia ja väikse



**Joonis 2.** SCORE2-OP (süsteemse koronaarse riski hindamine vanemaealistel): vanemaealiste 10 aasta risk haigestuda südame-veresoonkonna haigusse (müokardiinfarkt, ajuinsult) väga suure riskiga piirkondades.

## Ennetuse eesmärgid kõigile



tihedusega lipoproteiidide (LDL) kolesterooli ladestumine arterite seintesse on aterogeneesi võtme-mehhanism. Ulatuslikud metaanalüüsid on näidanud, et SVH-riski vähenemine on võrdeline LDL-kolesterooli sisalduse kahanemisega. See on aluseks ravijuhendis düslipideemia kohta antud jõuliste ravisoovituste.

Primaarses SVH ennetuses on väga suure riski korral LDL-kolesterooli eesmärgväärtus < 1,4 mmol/L ja suure riski korral < 1,8 mmol/L ning vähenemine ≥ 50% võrreldes algväärtusega. Sekundaarses ennetuses on LDL-kolesterooli eesmärgväärtus < 1,4 mmol/L ja vähenemine ≥ 50% võrreldes algväärtusega.

Suure tõhususega statiini kasutamine (rosuvastatiin, atorvastatiin) kuni suurima talutava annuseni on kirjas tugeva soovitusena, et saavutada patsiendile seatud LDL-kolesterooli eesmärgväärtused. Kui ravieesmärgi ei saavutata, soovitatakse statiini kombineerida esetimiibiga.

Sekundaarse ennetamise patsientidel, kes ei saavuta ravi eesmärgväärtusi, on tugev soovitus lisada raviskeemi PCSK9 inhibiitor. Ka väga suure riskiga perekondliku hüperkolesteroleemia patsientidele on ravieesmärgi saamiseks soovitatud lisada raviskeemi PCSK9 inhibiitor.

Rõhutatud on, et sekundaarses SVH ennetuses on vanemaealiste (> 70 eluaasta) düslipideemia ravi samasugune nagu noorematel patsientidel. Samas on primaarses ennetuses soovitatud eakatel alustada statiinravi ainult ülisuure SVH-riski korral.

Väga suure SVH-riskiga II tüüpi diabeediga patsientidel on LDL-kolesterooli eesmärgväärtus < 1,4 mmol/L. Kõigil suure riskiga üle 40aastastel II tüüpi suhkruhaigetel soovitatakse LDL-kolesterooli taset langetada < 1,8 mmol/L.

Ilma SVHta patsientidel, kes põevad dialüüsist sõltuvat kroonilist neeruhaigust, ei soovitata alustada statiinravi. Olulise neerukahjustuse ja/või ravimite koostoimete korral

Joonis 3. Tänapäevane südame-veresoonehaiguste ennetus Euroopas.

soovitatakse statiinravi alustada väikeste annustega.

Statiinravi ei soovitata viljakas eas naispatsientidele, kes planeerivad rasedust või ei kasuta piisavat rasestumisvastast vahendit.

### Vererõhu eesmärkväärtused

Süstoolse vererõhu eesmärkväärtus on 18–69 aasta vanustel patsientidel 120–130 mm Hg ja üle 70 aasta vanustel haigetel 130–140 mm Hg. Diastoolset vererõhku soovitatakse kõigil patsientidel langetada vahemikku 70–80 mm Hg.

Soovitatakse korduvaid kabinetivererõhu mõõtmisi erinevatel arstivisiitidel, välja arvatud kohest ravi vajavad 3. astme ja eriti suure riskiga hüpertoonikud. Juhendis on pööratud suurt tähelepanu ööpäevase vererõhu jälgimisele ja vererõhu kodusele mõõtmisele.

Kombinatsioonravi on tänapäeva hüpertensiooni ravi paradigma. See on soovitatud ka juba ravi alustamisel valdavale osale hüpertoonikutest. Algravis on soovitatud kombineerida AKE (angiotensiini konverteeriva ensüümi) inhibiitorit

või ARBi (angiotensiini retseptorite blokaator) koos kaltsiumikanalite blokaatoriga või diureetikumiga. Ravi eesmärkväärtuste mittesaavutamisel on teiseks sammuks nende ravimite fikseeritud kolmikombinatsioon ühe tabletina.

Kolmandaks sammuks on 25–50 mg spironolaktooni lisamine. Kui ka siis ei ole ravitulemus piisav, on soovitus suunata patsient hüpertensiooniga tegeleva spetsialisti vastuvõtule.

Beetablokaatorite kasutamine on näidustatud südamepuudulikkusega, südame isheemiatõvega, kodade virvendusarütmia ja müokardiinfarkti põdenud patsientidele, aga ka rasedatele.

### Diabeedipatsientide nüüdisaegne ravi

Enamikule 1. või 2. tüüpi diabeediga täiskasvanutele on glükohemoglobiini (HbA1c) soovitatav sihtmärk SVH-riski ja mikrovaskulaarsete komplikatsioonide vähendamiseks < 7%.

Uueks tugevaks soovitusena on tõestatud tõhususega GLP-1RA või SGLT2 inhibiitorite kasutamine

ateroskleroosiliste SVHdega II tüüpi diabeetikutel. Mitmed hiljutised ulatuslikud uuringud on tõestanud nende ravimite kasutamise positiivseid kardiovaskulaarseid ja kardiorenaalseid tulemusi. Südamepuudulikkuse korral on soovitatav kasutada tõendatud tõhususega SGLT2 inhibiitorit.

Joonisel 3 on toodud kokkuvõtlik algoritm SVH primaarseks ja sekundaarseks ennetamiseks Euroopas. Olulisel kohal on patsiendi / suure riskiga isiku kaasamine ja individuaalsed ennetus- ning raviotsused.

### KOKKUVÕTE

Võib öelda, et 2021. aasta Euroopa SVH ennetusjuhend on praktiseerivale arstile ajakohastatud abivahend tõendus põhiseks SVH ennetamiseks. Eesti Kardioloogide Seltsi ennetuse töörühm tõlgib ka selle juhendi taskujuhendi perearstidele, sisearstidele ja teiste erialade spetsialistidele eesti keelde ning avaldab selle.

### KIRJANDUS

Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227–37.

### Puusa- ja põlveliigese osteoartroosi medikamentoosseks raviks on soovitatav eelistada mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid

Kanada, Šveitsi, Ühendkuningriigi, Brasiilia ja Hiina mitme ülikooli teadlaste ühistöös analüüsi rahvusvahelistes andmebaasides avaldatud uurimuste põhjal puusa- ja põlveliigese osteoartroosi medikamentoosse ravi tulemusi sõltuvalt erinevatest raviskeemidest. Hinnati mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite (NSAID), paratsetamooli ja opioidide mõju ning nende ohutust osteoartroosist põhjustatud valu ja funktsioonihäire leevendamisel.

Kokku analüüsiti 192 uuringu materjale, kus vaatluse all oli 192 829 patsienti.

Valu ja funktsioonihäire leevendamiseks puusa- ja põlveliigese osteoartroosi korral osutusid tõhusamateks ja ohutumateks suukaudseteks ravimiteks NSAIDid eterokoksiib annuses 60 mg päevas ja diklofenak annuses 150 mg päevas. Diklofenak lokaalselt manustatuna annuses 70–81 mg päevas osutus tõhusaks ja minimaalsete kõrvaltoimetega ravi viisiks ka pikemaajasel kasutusel ning autorid on soovitanud seda esimese valikuna puusa- ja põlveliigese osteoartroosi konservatiivsel ravil.

Opioidid ei osutunud sõltumata annusest võrreldes NSAIDidega

tõhusamateks valu ja funktsiooni leevendamisel, kuid nende kasutamisel sagedasti tekkivad kõrvaltoimed vähendasid oluliselt neist saadavat kasu. Analüüsi andmeil esines opioidide kasutamisel platseeboga võrreldes 10 korda sagedamini häirivaid kõrvaltoimeid ja 13 korda sagedamini katkestasid opioide kasutanud patsiendid nende ravimite võtmise.

Paratsetamooli kliiniline tõhusus osteoartroosi vaevuste leevendamisel oli analüüsi andmeil vähene.

### REFEREERITUD

da Costa BR, Pereira TV, Saadat PS, et al. Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis. *BMJ* 2021, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2321>.

## LÜHIDALT