

Kroonilise venoosse haavandi käsitlese ravijuhend on ajakohastatud

Tiiu Kaha¹, Heli Järve²

2023. aastal kinnitas ravijuhendite nõukoda algselt 2017. aastal (1) valminud kroonilise venoosse haavandi ravi- ja patsiendijuhendi ajakohastatud versiooni. Kaheksaliikmelise töörühma ülesanne oli juhendi üldist struktuuri muutmata vaadata üle, vajaduse korral uuendada ning täiendada kroonilise venoosse haavandi ennetuse, diagnostika ja ravi soovitusi, lähtudes meditsiiniliste võimaluste muutumisest ja avarumisest. Lisaks ajakohastati ka ravijuhendiga kaasas käivat patsiendijuhendit, mis on võrreldes algsega hõlpsamini kasutatav.

Töörühm avas esialgselt ravijuhendist täies mahus või osaliselt viis küsimust ja esitas täiendavalt kolm uut, eelnevalt kajastamata kliinilist küsimust. Juhendi temaatika probleemiks on jätkuvalt, et puudub hea tõenduspõhine baas: ei ole tehtud suuremahulisi juhuslikustatud kontrollitud uuringuid, mistõttu koostatakse soovitusel sageli madala tõendustasemega materjali ning kliinilise praktika põhjal.

Algselt ravijuhendist vaadati üle kroonilise venoosse haavandi ennetus, venooset süsteemi visualiseerivate instrumentaalsete uuringute tegemise vajadus ning kompressioonravi, venoaktiivsete preparaatide kasutamise ja haavandi nekrektoomia võimaluste uuemad andmed.

Uute teemadena tõstatati negatiivse rõhuga haavaravisüsteemi, automatiseeritud elektristimulatsioonil põhineva haavaraviseadme

kasutamine ning füüsilise aktiivsuse olulisus kroonilise venoosse haavandi kontekstis. Tervishoiukorralduslikest teemadest arutati e-konsultatsiooni ja telemeditsiini võimalusi, peale arstliku aspekti ka õenduse (haavaõde, koduõde) vaatenurgast ning täpsustati eriarsti vastuvõtule suunamise kriteeriumeid.

VENOOSSE PUUDULIKKUSE UURINGUD JA RAVI

Duplex scan / dopler-ultraheli uuring

Ühildamaks käesoleva ravijuhendi soovitusi 2019. aastal kinnitatud juhendi „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ja ravi“ (2) soovitustega, kaotati ravijuhendis soovitus teha eriarsti juurde suunamise eel veenihaigust kinnitav duplex-dopler-ultraheliuuring. See uuring on töörühma hinnangul vajalik pindmiste veenide invasiivse ravi eel, süvaveenide kahjustuse täpsustamiseks ning vajaduse korral ka diferentsiaaldiagnostilistel eesmärkidel.

Kompressioonravi toodete kohta meditsiiniseadme retseptide väljastamine oli varem seotud ultraheliuuringuga tõendatud veenihaigusega. „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimise ja ravi“ ravijuhendi väljatöötamise käigus asendati see nõue kroonilise veenihaiguse klassifikatsiooni ehk CEAP-klassifikatsiooni C-komponendi hindamisega. „C“ tähistab kliinilist leidu, mida saab hinnata juba esmasandil patsiendiga kohtudes ja jala seisundit üle vaadates. Oluline on haigusjuhtumise C-komponendi

valiku aluseks olev objektiivne/kliiniline leid korrektset dokumenteerida. Kuna CEAP-klassifikatsiooni temaatikat on põhjalikult käsitletud juhendis „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ja ravi“, ei arutatud seda täiendavalt ega antud soovitusi (vt ravijuhendi „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ja ravi“ lisa 1).

Kompressioonravi

Kogutud andmete alusel on kompressioonravil oma turset alandava ja venooset staasi vähendava toimega nii venoosse haavandi ennetuses kui ka ravis jätkuvalt kõige olulisem roll. Haavandi puhul peetakse kõige efektiivsemaks elastset kompressiooni, mille survetugevus on Saksa standardi järgi 40 mm Hg, mida on võimalik saavutada ka spetsiaalse kahekihilise kombineeritud haavandiravi suka või põlviku abil (20 mm Hg + 20 mm Hg). Tugeva survega toodete puhul peab alati tähelepanu pöörama patsientide ravitaluvusele ja -soostumusele, et saavutada optimaalne toimiv raviskeem. Soovitatust nõrgema survega kompressiooni kasutamine on siiski parem kui seda üldse mitte rakendada, samas ei pruugi ravitulemused olla siis nii head ja kiired (vt „Kroonilise venoosse haavandi käsitlese“ ravijuhend ja „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimise ja ravi“ ravijuhend). Tähelepanu peaks täiendavalt pöörama kaasuvatele haigustele, võimalikele vastunäidustustele, eriti eakamate patsientide puhul.

Ravijuhendis korrigeeriti vastavaid kompressioonravi puudutavaid

¹ Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliinik,
² Tartu Ülikooli Kliinikumi kirurgiakliinik

soovituste sõnastusi ning ravijuhendi „Kroonilise venoosse haavandi käsitus“ rakenduskava koostamise käigus arutati meditsiiniseadme retseptide väljastamist, kompressioonravi toodete kättesaadavust ja kasutamist. Jätkuvalt realiseeritakse retsepte liiga vähe, ehkki retseptide väljastamine ja seadmete kompensatsiooni kulud on aasta-aastalt suurenenud. Võimalike probleemidena käsitleti korrektsete toodete kättesaadavust Eesti eri piirkondades, kasutustoe vähesust ning madalat teadlikkust vastavates küsimustes või info leidmise kanalites.

Füüsiline aktiivsus

Teadaolevalt soodustab jalgade, eriti sääre lihaspumba aktiivsus venoosset äravoolu. Seetõttu käsitleti füüsilise aktiivsuse osa ravijuhendi ajakohastamise protsessis eraldi küsimusena. Kirjandusest ühtseid füsioteraapiaprogramme või -kavasid ei leitud, kuid aktiivse liikumise kasulikkus turse alandamiseks ning seeläbi nahamuutuste väljakujunemise pidurdamiseks oli toodud mitmes kirjandusallikas (3–5). Üldise jõudluse parandamise kõrval tuleks tähelepanu pöörata eriti sääre lihaskonna tugevdamisele ja hüppeliigese liikuvuse parandamisele. Arutleti kroonilise venoosse puudulikkuse ja haavandiga patsientide rühma võimalikku heterogeensust, peamiselt liikumisprobleemidega eakate patsientide osakaalu silmas pidades. Soovitus sõnastati füüsilise aktiivsuse ja liikumise soodustamiseks, võttes aluseks inimese võimekust ja üldstaatus.

Venoaktiivsed preparaadid

Venoaktiivsete preparaatide hulgas väljapaistvaid muutusi ei leitud. Jätkuvalt on selle ravimirühma kohta soovitude andmine mõneti vastuoluline teema, sest selget ja tõestatud toimet veenihäiguse või venoosse haavandi paranemisele kirjeldatud ei ole, küll aga on mõningates uuringutes kirjeldatud nende veenisüsteemiga seotud subjektiiv-

seid vaevusi leevendavat toimet (6–8). Samuti on venotoonikumide kasutamist soovitatud Euroopa vaskulaarkirurgia ühingu (*European Society for Vascular Surgery*) ravijuhendis (3). Töörühma korregeritud sõnastuses venoaktiivsete preparaatide kohta käiv soovitus jäi juhendisse sisse.

HAAVANDI LOKAALNE RAVI

2017. aasta ravijuhendi algses versioonis on haavandi lokaalset ravi ja käsitlust väga põhjalikult kajastatud ning enamik soovitustest muutmist või täiendamist ei vajanud. Sidumiste praktilistest küsimustest ajakohastati lisamaterjalides konkreetsete haavasidemete valikut ja nahahooldust kirjeldav tabel (vt ravijuhend.ee).

Haavaraviseadmed

Krooniliste haavandite ravis on nahasiirdamise eel granulatsiooni soodustava vahendina pikemat aega kasutusel olnud negatiivse rõhuga haavaravisüsteem. Kuigi kogutud kirjanduse ja tõendusmaterjali alusel ei ole kirjeldatud otsest mõju kroonilise venoosse haavandi paranemisele, otsustas töörühm haavandi granulatsiooni soodustava mõju pärast selle meetodi kohta positiivse soovitusi siiski anda.

Automatiseeritud elektristimulatsioonil põhineva haavaraviseadme kasutamise kättesaadavamaks muutmise tõttu vaadati üle tõendusmaterjal ka venoosse haavandi kontekstis. Tõendusmaterjali alusel ei ole põhjust seda meetodit pidada esmavalikuks venoosse haavandi ravis, küll aga võib seda lisavõimalusena kasutada väga pikaajalise ja muudele ravivõtetele allumatu haavandi korral.

Mõlema kirjeldatud meetodi rakendamine peaks kuuluma spetsialiseerunud eriarsti ordinatsiooni ja jälgimise alla.

Nekrektoomia

Haavandi pinnalt surnud koe kiire ja efektiivne eemaldamine puhastab haavandit kiiremini kui organismi

enda autolüütiline protsess, soodustades seega paranemise algust. Kogutud tõendusmaterjal olulisi uuendusi selles valdkonnas ei paljastanud. Ühtki nekrektoomia võimalust (bioloogiline, ensümaatiline, mehaaniline, terav, kirurgiline) teistest selgelt efektiivsemaks hinnata ei ole alust. Seega, arvestades, et nekrektoomia meetoditest kõige lihtsam ja kättesaadavam on jätkuvalt terav nekrektoomia, mida saavad teostada erinevad spetsialistid – öde, perearst, dermatoloog jt – ning mida saab vajadusel alati teiste meetoditega kombineerida, otsustas töörühm soovitus ajakohastada.

TERVISHOIUKORRALDUSLIKUD KÜSIMUSED

Suunamine eriarsti konsultatsioonile

Ravijuhendi ajakohastamise käigus sõnastas töörühm kroonilisest venoosset haavandist tingitud põhjused eriarsti vastuvõtule suunamiseks. Peamiste probleemidena toodi välja haavandi tugev valusündroom, äge ravile allumatu dermatiit või infektsioon, antibiootikumiresistentne tekitaja, adekvaatse raviga mitteparanev haavand ning veenihäiguse ravi küsimused.

Oluline on märkida, et see soovitus ei hõlma vajadust suunata patsient kaasuvate või diferentsiaaldiagnostika käigus ilmnunud häiguste/seisundite – südamepuudulikkuse, alajäsemete arteriaalse patoloogia jm – tõttu konsultatsioonile. Tähtsamaid diferentsiaaldiagnostilisi aspekte käsitleti eraldi ja koostati vajalikud tegevussuunised juba ravijuhendi algses versioonis.

2017. aastal tuli kontaktkonsultatsiooni kõrvale ka telemeditsiiniline konsultatsioon. Tänapäeval areneb aktiivselt eelkõige e-konsultatsioon, protsessi on kaasamata vaid üksikud erialad. Pildimaterjali edastamise võimalus annab hea aluse ka haavandite raviküsimustes nõustamiseks. Vastuste andmise ajalise piirangu tõttu saab patsiente

vajaduse korral tavapärasemast kiiremini suunata kas eriarsti kontaktkonsultatsioonile või stationaarsele ravile. Täpsed saatekirja vormistamise nõuded on kättesaadavad Tervisekassa kodulehel.

Õenduskonsultatsioonid

Kroonilise venoosse haavandiga patsiendid vajavad arstliku tegevuse kõrval isegi suuremal määral õendusspetsialistide hoolt. Õdede spetsialiseerumine, haavaõdede koolitamine ning nende (e-)konsultatsioonid, eelkõige sidumissoovi-

tuste või materjalide valiku suhtes, pälvisid ravijuhendi ajakohastamisel tulevikusuundade arutelul rohket tähelepanu.

Töörühm andis ravijuhendis soovitud koduõenduse visiitide dokumenteerimise ning suunajale tagasiside andmise vajaduse ja võimaluste parandamise kohta.

KIRJANDUS

1. Kroonilise venoosse haavandi käsitlus. Eesti Haigekassa; 2017.
2. Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ja ravi. Eesti Haigekassa; 2019.

3. Clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. Eur Soc Vasc Surg; 2022.
4. Turner BRH, Jasionowska S, Machin M, et al. Systematic review and meta-analysis of exercise therapy for venous leg ulcer healing and recurrence. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2023;11:219–26.
5. Jull A, Slark J, Parsons J. Prescribed exercise with compression vs compression alone in treating patients with venous leg ulcers: a systematic review and meta-analysis. JAMA Dermatol 2018;154:1304–11.
6. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Simancas-Racines D, et al. Phlebotonics for venous insufficiency. Cochrane Database Syst Rev 2020;11:CD003229.
7. Kakkos SK, Allaert FA. Efficacy of ruscus extract, HMC and vitamin C, constituents of Cyclo 3 fort[®], on improving individual venous symptoms and edema: a systematic review and meta-analysis of randomized double-blind placebo-controlled trials. Int Angiol 2017;36:93–106.
8. Pompilio G, Nicolaidis A, Kakkos SK, Integlia D. Systematic literature review and network Meta-analysis of sulodexide and other drugs in chronic venous disease. Phlebology 2021;36:695–709.

Hüpertensioonist tingitud veresoonekahjustuse esinemisel on noortel naistel samaealiste meestega sarnane kardiovaskulaarne risk

Alla 50aastastel naistel on samaealiste meestega võrreldes üldiselt väiksem kardiovaskulaarne risk ja naise vanuse suurenedes see erinevus väheneb. Mitme Euroopa ülikooli koostöös valminud uuringus ilmnes, et veresoonte kahjustuse korral, mis on tingitud ateroskleroosist, on noortel naistel kardiovaskulaarne risk sarnane samaealiste meeste kardiovaskulaarse riskiga.

Uuringusse kaasati 2419 alla 51 aasta vanust Itaalia terviseandmepangas registreeritud arteriaalse hüpertensiooniga patsienti, kes said antihüper-

siivset ravi. Veresoonte kahjustuse olemasolu hinnati unearteri Doppler-uuringul (*intima-media* paksenemine 1,5 mm ja enam). Patsiente jälgiti vähemalt 29 kuud tõsiste kardiovaskulaarsete haiguste (südameinfarkt, insult, äkksurm, transitoorne isheemiline atakk, vajadus müokardi revaskulariseerivaks protseduuriks, *angina pectoris*'e taasteke, kodade fibrillatsioon) kujunemise suhtes. Veresoone kahjustus – aterosklerootiline naast – leiti 612 patsiendil, 1807 patsiendil seda ei sedastatud.

Kardiovaskulaarsed riskitegurid – kõrgemad vererõhu väärtused, vere kolesteroolitase väärtused, vasaku vatsakese hüpertroofia – olid naistel üldiselt enam väljendunud kui meestel, välja arvatud vere triglütseriidide ja kreatiniini kliirensi (GFR)

väärtused, mis olid naistel madalamad. Patsientide rühmas, kel polnud aterosklerootilist naastu, oli naistel tõsiste kardiovaskulaarsete haiguste esinemise risk kogu jälgimisperioodi vältel oluliselt väiksem kui meestel (ohusuhe HR 0,51). Patsientide rühmas, kel esines aterosklerootiline naast, oli meeste ja naiste kardiovaskulaarne risk ühesugune (HR 1,3).

Seega ilmnes uuringul, et nooremaealistel hüpertensiooniga naistel unearteris aterosklerootilise naastu olemasolu korral vanusega seotud soospetsiifiline kardiovaskulaarne kaitsemehhanism ei toimi.

REFEREERITUD

- Mancusi C, Basile C, Gerdtis E, et al. Carotid plaque offsets sex-related differences in cardiovascular risk of young hypertensive patients. Eur J Intern Med 2024;130:137–43.

LÜHIDALT