

**Ravijuhendi „Sagedasemate ambulatoorsete infektsioonide diagnostika ja ravi“ töörühma koosolek nr 4**

Toimumise aeg: 26.09.2022 kell 14.00–17:20

Toimumise koht: Tartu ja veebiplatvorm Teams

**Osalesid** Tartus töörühma liikmed Paul Naaber, Kaidi Telling, Marje Oona, Jana Lass ja Eda Tamm. Veebis osalesid töörühma liikmed Marina Ivanova, Piret Mitt, Argo Lätt, Marleen Mägi ja Juuli-Ann Tähiste. Sekretariaadi liikmetest osales Tartus Karmen Jaaniso ning Anna-Liisa Viltrop ja veebis Jaan Märten Huik. Püsisekretariaadi esindajatest osales Liisa Saare, Eesti Haigekassa esindajatest Liina Vassil.

**Ei osalenud** etteteatamisega sekretariaadi liige Alice Mets.

Koosolekul osales töörühma 10st liikmest 10, millega oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatasid töörühma juht Paul Naaber ning püsisekretariaadi esindaja Liisa Saare, protokollis Liisa Saare.

**Koosoleku päevakava:**

**1.Huvide deklaratsioonide ülevaatus**

Koosolekute vahelisel ajal ei olnud lisandunud deklareeritavaid huvisid.

**2. Käsitlusala kinnitamine Ravijuhendite Nõukojas**

Liisa Saare teatas ravijuhendi meeskonnale, et kuivõrd eelmisel RJNK koosolekul ei olnud kvoorumit koos, siis ravijuhendi käsitlusala veel kinnitatud ei ole. Loodetavasti kinnitatakse käsitlusala käesoleva nädala jooksul.

**3. Kliiniliste küsimuste nr 3 ja 4 soovituste arutelu**

Eelmisel koosolekul tõi töörühma liige välja, et farüngiidi/tonsilliidi kohta on olemas ka IDSA juhend. Sekretariaadi liige vaatas selle üle, kuid täiendavat tõendusmaterjali sellest juhendist ei olnud kaasata. Seega farüngiidi/tonsilliidi küsimuse tõendusmaterjal jäi võrreldes eelmise koosolekuga samas.

Koosolekute vahelisel ajal korrigeerisid töörühma juba varem esitatud soovituste sõnastusi (vt eelmine protokoll) Liisa Saare ja Kaja-Triin Laisaar ning koosolekul esitas Liisa Saare need töörühmale üle vaatamiseks.

Töörühm arvas kolmanda kliinilise küsimuse soovituste kohta, et :

* Centori skoori kasutamisel on sobilikum soovitada „Farüngiidi/tonsilliidi kahtlusega patsiendil hinnake esmalt Centori skoori“ ilma lisamata „infektsiooni diagnoosimiseks“;
* in sobilikum vahetada soovituste järjekord järgnevaks;
	+ Farüngiidi/tonsilliidi kahtlusega patsiendil, kellel Centori skoor on 3-4 tehke A-grupi streptokoki antigeeni kiirtest ning kui tulemus on negatiivne, ärge määrake antibakteriaalset ravi.
	+ Farüngiidi/tonsilliidi kahtlusega patsiendil, kellel Centori skoor on 3-4, tehke A-grupi streptokoki antigeeni kiirtest ning kui tulemus on positiivne, määrake antibakteriaalne ravi fenoksümetüülpenitsilliiniga.
* lisada täiendavaid uuringuid käsitleva praktilise soovituse alla klausel sümptomite leevenemise kohta:
	+ Früngiidi/tonsilliidi diagnoosiga patsienti, kelle sümptomid ei leevene 3-5 päevaga, hinnake korduvalt ja vajadusel tehke täiendavad uuringud (kurgukaape aeroobne külv, mononukleoosi diagnostika).
* Käsitleda soovituse selgitavas tekstis C- ja G- grupi streptokoki käsitlus

Kuivõrd käesolevaks koosolekuks puudus veel Eesti Haigekassa tagasiside streptokoki antigeenide kiirtestide kasutuse kohta, jäid soovitused lõplikult kinnitamata ning töörühma poolt vaadatakse nad üle uuesti järgmisel koosolekul.

Neljanda kliinilise küsimuse soovituste juures jäi eelmisest koosolekust ahtiseks penitsilliini dooside ning penitsilliinallergia korral antibiootikumravi kestvus.

Töörühm otsustas, et:

* kui farüngiidi/tonsilliidi puhul on vaja antibakteriaalset ravi, kuid patsiendil esineb penitsilliinallergia, siis sel juhul kasutatav antibiootikum peaks olema klaritromütsiin ja seda tuleks kasutada 5 päeva;
* penitsilliini ja ka klaritromütsiini doosid võiksid olla eraldi tabelis. Töörühm arutas põhjalikult penitsilliini doose farüngiidi/tonsilliidi puhul, võttes aluseks erinevate ravijuhendite soovitused. Tabeli valmistab sekretariaat koosoleku vahelistel aegadel ette ning saadab ravijuhendi töörühmale, nii et töörühma liikmed saavad tabelit täiendada. Töörühma juht tegi ettepaneku, et doosid peavad olema ühtlustatud ka EUCASTi soovitustega.

Liisa Saare leidis, et kolmanda ja neljanda kliinilise küsimuse soovitusi fenoksümetüülpenitsiliini ordineerimise kohta saab ühendada ning teeb soovituse mustandi järgmiseks koosolekuks valmis.

Töörühm leidis, et soovituste sissejuhatavas tekstis peaks olema, et kasutada eelkõige kitsa toimespektriga antibiootikume.

Liisa Saare tõi välja käsitlusala koostamisel esitatud punkti, et ka farüngiidi/tonsilliidi puhul võiks olla penitsilliinravil patsiendile suurem retseptisoodustus. Töörühma liige teadis, et see teema käis läbi Haigekassa ravimikomisjonist mõnda aega tagasi. Liisa Saare tegi ettepaneku, et Liina Vassil uurib, milline on teema hetkeseis ning uurib, milline on võimalus algatada muutus, et penitsilliini saaks ka tonsilliidi diagnoosiga(praegu otiidi ning pneumoonia puhul) suurema soodustusega kirjutada.

**4. Kliiniliste küsimuste nr 5-7 arutelu**

Koosolekul tulid arutusele küsimused:

5. Kas kõigil bakteriaalse sinusiidi diagnoosiga patsientidel tuleb kasutada esmaseks raviks antibiootikumi ja/või pseudoefedriini ja/või ninasisest hormooni ja/või loputusi ja/või antihistamiinikumi parema ravitulemuse saamiseks?

6. Kas kõigil bakteriaalse sinusiidi diagnoosiga patsientidel, kellel on vaja antibakteriaalset ravi, tuleb kasutada fenoksümetüülpenitsilliini või amoksitsilliini või amoksitsilliin-klavulaanhapet parema ravitulemuse saamiseks?

7.Kas kõiki bakteriaalse sinusiidi diagnoosiga patsiente, kellel on vaja antibakteriaalset ravi, tuleb ravida 5 või 7 või 10 päeva parema ravitulemuse saamiseks?

Sekretariaadi liige Karmen Jaaniso tegi ülevaate seitsmenda kliinilise küsimuse tõendusmaterjalist. Selle ja täiendavate kriteeriumite alusel leidis töörühm, et bakteriaalse sinusiidi puhul piisab viiepäevaliselt antibakteriaalse ravi kuurist. Soovituse sõnastab töörühm pärast viienda ja kuuenda kliinilise küsimuse tõendusmaterjaliga tutvumist.

Sekretariaadi liige Jaan Märten Huik esitas kliinilise küsimuse nr 5 tõendusmaterjali. Töörühm leidis, et oleks vajalik antihistamiinikumide, oraalsete dekongestantide ning konkreetsete käsimüügiravimite (nt Sinupret) kohta lisamaterjali, mida sekretariaat lubas suunitletult järgmiseks koosolekuks otsida.

Sekretariaadi liige Jaan Märten Huik esitas ka kliinilise küsimuse nr 6 tõendusmaterjali. Selle küsimuse juures tekkis töörühma arutelu, et kõigepealt oleks vaja ära defineerida, millal diagnoosida bakteriaalset sinusiiti ning mis tingimustel alustada antibakteriaalset ravi. Selle jätab Liisa Saare töörühmale koduseks ülesandeks, et järgmisel koosolekul sõnastada praktilise soovitusena. Antibiootikumi esmavalik sinusiidi puhul jäi samuti lahtiseks ja töörühm katsub sõnastada soovituse järgneval koosolekul.

**5. Otiidi kliinilise küsimuse kohta arutelu**

Sekretariaadi liikmel ja Liisa Saarel tekkis küsimus, milliseid uuringuid kaasata kliinilise küsimuse nr 1 juures: „Kas kõigil otiidi diagnoosiga lastel tuleb kasutada esmaseks raviks antibiootikumi või jälgimistaktikat parema ravitulemuse saamiseks?“

Arutelu all oli, kas peaks kaasama ka antibiootikum vs platseebo uuringud. Töörühm otsustas, et peaks viimased kaasama.

**6. Patsientide esindaja ravijuhendi meeskonnas**

Liisa Saare tõi töörühma ette punkti, et vajalik oleks kaasata meeskonna töösse patsientide esindaja. Ravijuhendite Nõukoja liikme kaudu on potentsiaalne esindaja leitud, ravijuhendi töörühm arutas tema sobivuse üle. Töörühm leidis, et kui metoodiliselt on õige patsientide esindaja kaasata, siis tuleb seda teha ja konkreetne inimene on tööks sobilik. Liisa Saare täiendas, et patsientide esindaja seekord esineks konsultandina, seega ei oleks igal töörühma koosolekul kohal.

**6. Järgmiste koosolekute aegade kokku leppimine ja edasised plaanid**

Järgmine töörühma koosolek toimub 11.10.22 kell 14-18:00 Tartus ja veebis, arutelule tulevad lahendamata küsimused ning otiidi kohta käivad kliinilised küsimused.

Järgnevad koosolekud:

30.11.22 kell 14-18 (koosoleku toimumine oleneb, kas selleks ajaks saame resistentsuseandmed)

13.12.22 kell 14-18

Protokoll on koostatud 26.09.22