

**Ravijuhendi „Sagedasemate ambulatoorsete infektsioonide diagnostika ja ravi“ töörühma koosolek nr 5**

Toimumise aeg: 11.10.2022 kell 14.00–17:45

Toimumise koht: Tartu ja veebiplatvorm Teams

**Osalesid** Tartus töörühma liikmed Paul Naaber, Piret Mitt, Kaidi Telling, Marje Oona ja Eda Tamm. Veebis osalesid töörühma liikmed Argo Lätt, Juuli-Ann Tähiste, Marina Ivanova, Jana Lass (osales kell 14-15 ning 16-17:45). Sekretariaadi liikmetest osales Tartus Anna-Liisa Viltrop ja veebis Karmen Jaaniso ning Alice Mets. Püsisekretariaadi esindajatest osalesid Tartus kohapeal Liisa Saare ja Kaja-Triin Laisaar, Eesti Haigekassa esindajatest osales veebis Liina Vassil.

**Ei osalenud** etteteatamisega töörühma liige Marleen Mägi ning sekretariaadi liige Jaan Märten Huik.

Koosolekul osales töörühma 9st 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 oli töörühma liikmel Marina Ivanoval lisandunud deklareeritavad huvi uuringus osalemisena. Töörühm otsustas ühehäälselt, et see ei ole huvide konflikt.

**2. Käsitlusala kinnitamine Ravijuhendite Nõukojas**

Liisa Saare teatas, et RJNK-s on käesoleva ravijuhendi käsitlusala kinnitatud.

**3.Ülevaade TEHIKuga kohtumisest**

Liisa Saare tänas töörühma liikmeid Paul Naabrit ja Marina Ivanovat ning sekretariaadi juhti Karmen Jaanisod osalemast TEHIKuga kohtumisel. TEHIKu andmete esitamisel leidsime olulise vea, justkui andmed läheksid kaduma. Paul Naaber möönas, et kui TEHIK leiab vea üles ja andmed saab esitatud õigesti, on sellel oluliselt suurem mõju kui ainult ravijuhendis andmete kasutamisel. Liisa Saare ütles, et novembri koosoleku toimumine sõltub sellest, kas saame andmed TEHIKu käest kätte.

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

Koosolekute vahelisel ajal tõi Liina Vassil välja, et streptokoki kiirtesti andmete saamine Eesti Haigekassa poolt on ebaühtlane, kuivõrd antigeeni kiirtestil ei ole oma teenusekoodi.

Töörühm vaatas üle kolmanda ja neljanda kliinilise küsimuse soovitud.

Kolmanda kliinilise küsimuse juures otsustas töörühm, et esialgselt sõnastatud soovitustes kõlanud “farüngiidi/tonsilliidi kahtlusega patsiendil” sõna “kahtlusega” on üleliigne.

Kinnitatud soovitused kõlasid järgnevalt:

* **Farüngiidi/tonsilliidiga patsiendil hinnake esmalt Centori skoori (tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste)**
* **Farüngiidi/tonsilliidiga patsiendil, kellel Centori skoor on 0-2, ärge tehke A-grupi streptokoki antigeeni kiirtesti ega määrake antibakteriaalset ravi.**
* **Farüngiidi/tonsilliidiga patsiendil, kellel Centori skoor on 3-4 tehke A-grupi streptokoki antigeeni kiirtest ning kui tulemus on negatiivne, ärge määrake antibakteriaalset ravi**
* **Farüngiidi/tonsilliidiga patsiendil, kellel Centori skoor on 3-4, tehke A-grupi streptokoki antigeeni kiirtest ning kui tulemus on positiivne, määrake antibakteriaalne ravi fenoksümetüülpenitsilliiniga.**
* **Praktiline soovitus: farüngiidi/tonsilliidi diagnoosiga patsienti, kelle sümptomid ei leevene 3-5 päevaga, hinnake korduvalt ja vajadusel tehke täiendavad uuringud (kurgukaape aeroobne külv või beetahemolüütilise streptokoki külv, mononukleoosi diagnostika).**

Soovitused kinnitati töörühma poolt ühehäälselt 9/9 häältega. CENTORi skoori juures oli arutelu, kuidas seda integreerida perearsti arvutisüsteemi. Kuigi otsustustukke on võimalik see viia, siis IT-süsteemide lahendused on erinevad ja võtavad aega.

Neljanda kliinilise küsimuse kohta andis töörühm järgmised soovitused:

* **A-grupi streptokoki poolt põhjustatud farüngiidi/tonsilliidiga patsiendi raviks kasutage fenoksümetüülpenitsilliini 5 päeva.**
* **Praktiline soovitus: A-grupi streptokoki põhjustatud farüngiidi/tonsilliidiga patsiendil, kellel on penitsilliinallergia, kasutage antibakteriaalseks raviks klaritromütsiini 5 päeva.**

Töörühm tõi välja, et soovituse selgitavas tekstis või mõistetes peab täpsustama, mida töörühm mõtleb penitsilliinallergia all (I tüüpi allergia), sest kui on olnud lööve, siis võiks põhimõtteliselt kasutada ta tsefalosporiini. Lisaks tõi töörühm välja, et selgitavas tekstis oleks vajalik ka kirjeldada makroliidresistentsuse levimust.

Töörühm kinnitas soovitused ühehäälselt 9/9 häältega.

Seejärel vaatas töörühm sekretariaadi ettevalmistatud tabelit farüngiidi/tonsilliidi ravi valikute, dooside ning kestvuse kohta. Töörühm otsustas jätta penitsilliinravi doosiks täiskasvanutel 2 milj TÜ x2 ning lastel 100000 TÜ/kg jagatuna kolmeks annuseks. Penitsilliinallergia puhul soovitatud klaritromütsiini juures soovitas töörühm täiskasvanutel doosi 500 mx2 ning lastel 15 mg/kg jagatuna kaheks annuseks. Töörühm tõi välja, et klaritromütsiinil esineb ka pikatoimeline ravimvorm, järgmiseks koosolekuks otsivad töörühma liige Jana Lass ning sekretariaadi liige Karmen Jaaniso vastavat tõendusmaterjali ning selgub, kas töörühm saaks seda vormi soovitada.

**5. Kliiniliste küsimuste nr 1 ja 2 arutelu ja soovituste sõnastamine**

Sekretariaadi liige Anna-Liisa Viltrop kandis kõigepealt ette kliinilise küsimuse nr 1 kohta käiva tõendusmaterjali SoKo tabeli alusel. Küsimus kõlas järgnevalt:

1.Kas kõigil otiidi diagnoosiga lastel tuleb kasutada esmaseks raviks antibiootikumi või jälgimistaktikat parema ravitulemuse saamiseks?

Kaasatud uuringud kirjeldasid erinevate uuringugruppide mõju (viivivatud antibakteriaalne ravi vs jälgimistaktika, viivitatud antibakteriaalne ravi vs kohene antibakteriaalne ravi, kohene antibakteriaalne ravi vs jälgimistaktika, antibakteriaalne ravi vs platseebo). Töörühm leidis, et kaasatud uuringutes soovitud mõju varieerus. Töörühm leidis kaasatud uuringute põhjal, et tüsistuste osas on soovimatu mõju väike (kuigi uuringugrupid olid ilmselt liiga väikesed otiidi tõsiste tüsistuste hindamiseks), kuid kõrvaltoimete osas suur. Seetõttu otsustas töörühm ühiseks hinnanguks panna ka soovimatute mõjude juures “varieerub”.

Töörühm leidis selle küsimuse juures, arvestades tüsistusi ja kõrvaltoimeid, et ravijuhendi sissejuhatavas tekstis peaks rõhutama, miks me soovime vähendada antibakteriaalse ravi kasutamist (soole mikrobioota muutused, allergiate esinemine).

Töörühm otsustas sõnastada kliinilise küsimuse kohta käivad küsimused järgnevalt:

* **Ägeda keskkõrvapõletikuga lapsel eelistage jälgimistaktikat kohesele antibakteriaalse ravi alustamisele.**
* **Ägeda keskkõrvapõletikuga otorröaga lapsel sõltumata vanusest ja kahepoolse keskkõrvapõletikuga alla 2-aastasel lapsel kaaluge kohest antibakteriaalse ravi alustamist.**

Töörühm kinnitas soovitused ühehäälselt 9/9 häältega. Töörühm leidis, et soovituse selgitavas tekstis peaks olema toodud, et kohest antibakteriaalse ravi alustamist kaaluda ka olulise üldseisundi häirega lapsel ja lapsel, kes on ebatüüpilises vanuses otiidi põdemiseks. Lisaks arvas töörühm, et selgitavas tekstis peaks olema märkus ka sellest, et täiskasvanul ägeda keskkõrvapõletikuga tuleks alustada kohest antibakteriaalset ravi. Lisaks leidis töörühm selle küsimuse juures, et ilmselt oleks otstarbekas ette valmistada ka patsiendi juhend. Eesti Haigekassa esindaja Liina Vassil tegi lühikese kokkuvõtte patsiendi juhendi olemusest.

Seejärel esitas sekretariaadi liige Anna-Liisa Viltrop teise kliinilise küsimuse kohta käiva tõendusmaterjali. Küsimus kõlas järgnevalt:

2. Kas kõigil otiidi diagnoosiga lastel tuleb kasutada antihistamiinikumi ja/või suukaudset pseudoefedriini ja/või ninakaudset hormooni või mitte midagi parema ravitulemuse saamiseks?

Töörühm leidis, et esitatud tõendusmaterjal on selge ja üheselt arusaadav. Kõikide väljatoodud sümptomaatiliste ravimite soovitud mõju on tühine, kuid soovimatu mõju on keskmine.

Töörühm sõnastas soovitused järgnevalt:

* **Ägeda keskkõrvapõletiku raviks lapsel ärge kasutage antihistamiinikumi, suu-/ninakaudset dekongestanti ega ninakaudset hormooni.**
* **Praktiline soovitus: Ägeda keskkõrvapõletiku ravis ärge kasutage paikset ravi.**

Töörühm kinnitas soovitus ühehäälselt häältega 9/9 palli.

Praktiline soovitus sõnastati seetõttu, et töörühmal on teadmine, et Eestis kasutatakse keskkõrvapõletiku raviks lokaalseid ravimeid, mis on muidu mõeldud väliskõrvapõletiku raviks. Töörühma liige tõi välja, et ühe haigla ühes kliinikus segatakse see ravim (antibiootikum+ hormoon) ise kokku ning see lahus ei ole stabiilne.

**6. Edasised plaanid**

Kuivõrd käesoleval koosolekul ei jõudnud töörühm arutada sinusiidi küsimusi, siis Liisa Saare tegi ettepaneku siiski novembrikuu koosolek (30.11.22) pidada ja arutada seal sinusiidi küsimusi. Töörühma liige arvas, et sekretariaat võiks ette valmistada sinusiidi diagnoosi ning antibakteriaalse ravi näidustuste algoritmi.

Järgmine koosolek 30.11.22 kell 14 toimub Tartus, võimalusega osaleda ka veebis.

Protokoll on koostatud 12.10.22