

**Ravijuhendi „Sagedasemate ambulatoorsete infektsioonide diagnostika ja ravi“ töörühma koosolek nr 7**

Toimumise aeg: 30.01.2023 kell 14.00-18:00

Toimumise koht: Tartu ja veebiplatvorm Teams

**Osalesid** Tartus töörühma liikmed Paul Naaber, Piret Mitt, Kaidi Telling, Marje Oona, Eda Tamm, Jana Lass. Veebis osalesid töörühma liikmed Juuli-Ann Tähiste ja Marina Ivanova.

Sekretariaadi liikmetest osalesid Tartus Anna-Liisa Viltrop ja Jaan Märten Huik. Püsisekretariaadist osalesid Liisa Saare, Tuuli Ruus, Terje-Tollimägi Raud.

**Ei osalenud** töörühma liikmed Marleen Mägi ning Argo Lätt, Eesti Haigekassa esindaja Liina Vassil.

Koosolekul osales töörühma 10st liikmest 8, 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. TEHIKu andmete saamise hetkeseis**

Jaanuarikuus oleme saanud veel andmeid, milles tunduvad ikka olevat mõned vead. Andmeid võrdleb TEHIK Synlabist saadud andmetega, resistentsuandmetega on endiselt probleeme. Loodame saada järgmiseks koosolekuks adekvaatse ülevaate.

**3. Sinusiidi küsimuste lühike arutelu**

Vastavalt eelnemisel koosolekul arutatud plaanile, palusin dr Mihkel Plaasi kõrva-nina-kurguhaigustega seotud kliiniliste küsimuste konsultandiks. Dr Plaas oli esialgu nõus, kuid pidi suure töökoormuse tõttu siiski loobuma, esitades küll plaani, et tema resident saab materjalid üle vaadata ja koos tehakse soovitused. Kuivõrd selline töökorraldus ei ole tavapärane, siis tuli töörühmalt otsus, et katsume otsida uue konsultandi. Küll aga saatis dr Plaas Liisa Saarele paar rinosinusiidi kohta käivat teemakohast e-maili, mida Liisa Saare jagas enne koosolekut töörühmaga dr Plaasi nõusolekul. Dr Plaasi peamised murekohad kirjavahetuse järgi on definitsioonid, mille tõttu on tõendusmatejal esitatud justkui valesti. EPOS2020 ravijuhendist lähtuvalt on definitsioonid muutunud ning erialaselt enam vanu definitsioone (nt sinusiit) ei kasutata, vaid kasutatakse äge rinosinusiit🡪äge postviraalne rinosinusiit🡪 äge bakteriaalne rinosinusiit, viimane on aga tüsistus, mida esineb 1-2% juhtudest ning see ka alati ei vaja antibakteriaalselt ravi. Dr Plaas arvas, et töörühm on jõudnud õigetele järeldustele, kuid meetodeid oleks vaja üle vaadata. Töörühm oli nõus, et definitsioone saab kergesti muuta ning et saab lisada EPOSes kasutatav ägeda bakteriaalse rinosinusiidi kohta käiv tõendusmaterjal ka käesolevasse ravijuhendisse. Küll aga leidis töörühm, et juba kasutatud tõendusmaterjal ja selle GRADE hindamine ei ole valesti tehtud ning küsimusi suuremas mahus sekretariaat uuesti tegema ei pea. Liisa Saare ütles, et metoodiliselt oleme me lähenenud õigesti. Töörühm leidis, et kuivõrd dr Plaas on juba suure töö ära teinud, siis võiks Liisa Saare temaga uuesti rääkida, kutsudes ta ikkagi osalema konsultandina. Kui dr Plaas keeldub, siis pöördume uue inimese poole.

**4. Kliiniliste küsimuste nr 8-10 (pneumoonia küsimused) arutelu ja soovituste sõnastamine**

Kliiniline küsimus nr 8 kõlab järgnevalt:

8. Kas kõigil pneumoonia kahtlusega patsientidel teha diagnoosimiseks röntgenuuring või mitte parema ravitulemuse saamiseks?

Sekretariaadi liige tegi küsimuse kohta käiva tõendusmaterjali ülevaate SoKo tabeli alusel. Töörühm soovitas SoKo tabeli prioriteedi lahtrisse siiski kirjutada ravijuhendites leiduvad soovitused, sekretariaat vaatab üle. Töörühm arvas, et täiskasvanutel on pigem soovitus röntgenülesvõtet siiski diagnoosimiseks teha, kuid töörühm teadis, et 2011. aastal on välja antud ravijuhendites *British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011 ja The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America* soovitus kodutekkelise pneumoonia kahtlusel lastel rutiinselt mitte teha röntgenülesvõtet. Töörühm teadis, et pärast neid juhendeid on tehtud erinevaid uuringuid, kuidas need soovitused rakendunud on ja mis see tähendab antibakteriaalse ravi kasutamise suurenemisele/vähenemisele. Liisa Saare tegi ettepaneku, et sekretariaat uurib veel tõendusmaterjali ning arutame käesolevat kliinilist küsimust järgmisel korral edasi. Töörühm leidis, et röntgenuuringu mitte soovitamine lapse eas,

Pneumoonia ravi kohta käivate küsimuste soovitusi ei kinnitata käesoleval koosolekul ära, kuivõrd resistentsusandmed veel puuduvad.

Kliiniline küsimus nr 10 kõlab järgnevalt:

10. Kas kõigil bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga täiskasvanutel tuleb kasutada esmaseks raviks penitsilliini või amoksitsilliini või amoksitsilliin-klavulaanhapet või klaritromütsiini või asitromütsiini või doksütsükliini parema ravitulemuse saamiseks?

Sekretariaadi liige tegi küsimuse kohta käiva tõendusmaterjali ülevaate SoKo tabeli alusel. Tõendusmaterjalina kasutati valdavalt NICE juhendi tõendust. Töörühm teab, et antibakteriaalse raviga peame valdavalt katma *Streptococcus pneumoniae’t.* Tõendusmaterjali põhjal jäid sõelale amoksitsilliin ja penitsilliin, ühes väikeses uuringus näidata 30. päeval suuremat efekti amoksitsilliinil. Töörühma hinnangul räägib amoksitsilliini kasuks ka see, et amoksitsilliin, vastupidiselt penitsilliinile, peaks katma *H. influenzae’t*. Töörühma juht lubas uurida, milline on atüüpiliste bakterite ja osakaal pneumoonitekitajatest ja milline on nende bakterite resistentsusprofiil Eestis. Selle küsimuse all arutati ka amoksitsilliini doosi, mis peaks olema kõrgem tavapärasest (750 mgx3), et katta *H. influenzae’t*. Töörühm arvas, et soovituse selgitavas tekstis peaks olema kirjutatud see, et kui esmavaliku preparaadiga patsient ei parane, mis siis raviks ordineerida, ning seda, et makroliidi ei peaks nii palju kasutama.

Töörühm sõnastas esialgse soovituse järgnevalt:

**Kopsupõletikuga täiskasvanud patsiendi raviks kasutage amoksitsilliini 5 päeva.**

Kuivõrd selle kliinilise küsimuse all ei küsinud töörühm ravi kestvuse kohta, siis seda tõendusmaterjali meil hetkel ei ole. Liisa Saare mõtleb, kas sellist soovitust, kus osa põhineb tõendusmaterjalil ja osa töörühma teadmistel, saab koos anda. Järgmisel koosolekul arutame küsimuse ja vastava soovituse lõpuni.

Kliiniline küsimus nr 9 kõlab järgnevalt:

9. Kas kõigil bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga lastel tuleb kasutada esmaseks raviks fenoksümetüülpenitsilliini või amoksitsilliini või ​​makroliidi (klaritromütsiini või asitromütsiini) parema ravitulemuse saamiseks?

Sekretariaadi liige tegi küsimuse kohta käiva tõendusmaterjali ülevaate SoKo tabeli alusel. Tõendusmaterjalina kasutati valdavalt NICE juhendi materjali, kuid arvestades, et sealt ravijuhendist kasutatavat materjali oli vähe, siis tehti süstemaatiline otsing ja ka sirveotsing. Vaatamata sellele leiti väga vähe tõendusmaterjali.

Tõendusmaterjali ja töörühma teadmiste järgi jäi sõelale peamiselt amoksitsilliin. Töörühm sõnastas esialgse soovituse järgnevalt:

**Kopsupõletikuga lapse raviks kasutage amoksitsilliini 5 päeva.**

Järgmiseks koosolekuks uurime veel H. influenzae ja selle katmise kohta. Töörühm leidis, et laste puhul peaks kuskil ära siiski mainima ka klaritromütsiini kasutamise (atüüpiliste pneumooniate juhud, mida lapseeas võiks olla rohkem).

Kuivõrd selle kliinilise küsimuse all ei küsinud töörühm ravi kestvuse kohta, siis seda tõendusmaterjali meil hetkel ei ole. Liisa Saare mõtleb, kas sellist soovitust, kus osa põhineb tõendusmaterjalil ja osa töörühma teadmistel, saab koos anda. Järgmisel koosolekul arutame küsimuse ja vastava soovituse lõpuni.

**5. Tabel ambulatoorsete infektsioonide ravi kohta**

Töörühm lisas tabelisse pneumoonia ning otiidi ravi kohta (ravi valik, doos, kestvus). Amoksitsilliini doosi peale töörühm veel mõtleb (*H. influenzae* katmise puhul suurem doos).

**6.Järgnevad koosolekud**

21.02.23 kell 14-18 Tartus, hübriid

21.03.23 kell 14-18 Tartus, hübriid

05.04.23. kell 14-18 Tartus, hübriid

Protokoll on koostatud 31.01.23