

**Ravijuhendi „Sagedasemate ambulatoorsete infektsioonide diagnostika ja ravi“ töörühma koosolek nr 11**

Toimumise aeg: 05.06.2023 kell 14.00-18.00.

Toimumise koht: Tartu ja veebiplatvorm Teams

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

Sekretariaadi liikmetest osalesid veebis Karmen Jaaniso ja Alice Mets.

Püsisekretariaadi esindajatest osales Tartus Liisa Saare.

**Ei osalenud** töörühma liige Argo Lätt, sekretariaadi liikmed Anna-Liisa Viltrop ja Jaan Märten Huik ning Tervisekassast Liina Vassil.

Koosolekul osales töörühma 10st liikmest 9, 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. Kliinilise küsimuse nr 8 arutelu ja soovituse kinnitamine**

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

Kliinilise küsimuse tõendusmaterjal oli ühel eelneval koosolekul töörühmale juba ette kantud, kuid soovitust ei olnud töörühm veel sõnastanud.

Töörühm arutas, mida tooks kaasa soovitus röntgenuuringu mitte tegemise kohta pneumoonia diagnoosimiseks ja samuti röntgenuuringu soovitamine pneumoonia diagnoosimiseks. Töörühm leidis, et kui kliinilise pildi ja põletikumarkerite alusel on kopsupõletik diagnoositav ja patsient jääb kodusele ravile, siis tingimata pole röntgenuuringut vaja teha.

Esialgne soovitus kõlas nii (kinnitamata, Liisa Saare leiab parema alternatiivi sõnastusele „eelistage.. mitte tegemist):

*Patsiendil, kellel kliinilise pildi ja põletikumarkerite (CRV, leukotsütoos) alusel on pneumoonia diagnoositav ja kes jääb kodusele ravile (täiskasvanutel CRB65 0-1), eelistage röntgenuuringu mitte tegemist.*

Soovitus kinnitatakse elektroonselt või järgmisel koosolekul.

**3. Praktiliste soovituste sõnastamine/kinnitamine**

Koosolekule eelnevalt saatis Liisa Saare töörühmale punktid praktiliste soovituste kohta, mida on vaja veel sõnastada. Need hõlmasid valdavalt infektsioonide diagnostikat. Paul Naaber ja Marina Ivanova saatsid juba enne koosolekut oma mõtted.

Töörühm arutas erinevate lokalisatsioonide külvide võtmist infektsioonide diagnostika kontekstis.

Töörühma hinnangul ninaneelu külvi ei soovitata, kuna selle positiivne ennustusväärtus on madal st ninaneelust patogeeni leid ei tähenda, et sama mikroob on ka infektsiooni tekitaja.

Töörühm sõnastas soovituse järgnevalt:

*Praktiline soovitus: ägeda keskkõrvapõletiku, rinosinusiidi ja pneumoonia diagnostikaks ärge võtke ninaneelu mikrobioloogilist külvi.*

Töörühm hindas, et retsidiveeruva otiidi kontekstis võib mikrobioloogilist külvi teha kõrvas olevast sekreedist tümpanotsenteesi või kuulmekile perforatsiooni järgselt.

Töörühm täpsustas farüngiidi/tonsilliidi soovituses „mononukleoosi“ sõna ja lisas „infektsioosse mononukleoosi“:

*Praktiline soovitus*: *Farüngiidi/tonsilliidi diagnoosiga patsienti, kelle sümptomid ei leevene 3-5 päevaga, hinnake korduvalt ja vajadusel tehke täiendavad uuringud (kurgukaape aeroobne külv/beetahemolüütilise streptokoki külv, infektsioosse mononukleoosi diagnostika).*

Töörühm täpsustas ägeda bakteriaalse rinosinusiidi diagnoosi soovitust vastavalt EPOSe kriteeriumitele:

*Ägeda bakteriaalset rinosinusiiti diagnoosige, kui sümptomite halvenemine toimub pärast 5. päeva või sümptomite kestus on üle 10 päeva ning täidetud on vähemalt 3 järgnevatest kriteeriumitest:*

1. *Palavik >38 C*
2. *Ühepoolsed sümptomid*
3. *Tugev valusündroom*
4. *CRV tõus*

Töörühm lisas soovituse ägeda rinosinusiidi diagnostika kohta:

*Praktiline soovitus: ägeda rinosinusiidi kahtluse korral ärge tehke röntgenuuringut.*

Töörühm lisas ägeda bronhiidi ravi kohta soovituse:

*Praktiline soovitus: ägeda bronhiidi puhul ärge kasutage antibakteriaalset ravi.*

Töörühm leidis, et obstruktiivse bronhiidi puhul on lastel kasutatav salbutamooli doos erinev sellest, mis on SPC-s kirjas, seega arvas töörühm, et on oluline märkida salbutamooli doos praktilise soovituse selgitavas tekstis: obstruktiivse bronhiidi puhul lastel kasutage inhaleeritavat salbutamooli annuses 0,1-0,15 mg/kg/doosi kuni 4x päevas.

Töörühm lisas pneumoonia kohta soovituse:

*Praktiline soovitus: kaasuvate krooniliste kopsuhaiguste, immuunpuudulike, alkoholsõltuvuse, suitsetamise, hiljuti haiglaravil viibinud või viimase 3 kuu jooksul antibakteriaalset ravi saanud kopsupõletikuga patsientidel võtke röga aeroobne külv ja kaaluge antibakteriaalse ravi alustamist amoksitsilliin-klavulaanhappega.*

Töörühm möönis, et kõikide nimetatud patsientide gruppide puhul ei pruugi amoksitsilliin-klavulaanhape raviks sobida, seega oli soovituses oluline lisada sõna „kaaluge“.

Töörühm lisas pneumoonia atüüpiliste tekitajate kohta soovituse:

*Praktiline soovitus: ärge kasutage Chlamydophila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae ja Legionella spp seroloogilisi uuringuid ja ninaneelukaabet kopsupõletiku diagnostikas, vaid kasutage rögast NAATi.*

Töörühm lisas soovituse tsüstiidi diagnostika kohta:

*Praktiline soovitus: tsüstiidi kahtlusega lastel, diabeedi, anatoomiliste urotrakti iseärasuste, neeru/põiekivide ja immuunpuudulikkusega patsientidel ning võimalike ravimresistentsete haigustekitajatega patsientidel (hiljuti hospitaliseeritud ja/või antibiootikumravi saanud patsiendid, aasta jooksul esinenud ravimresistentseid mikroobe nagu ESBL, CRE, VRE) tehke tsüstiidi diagnoosimiseks uriini ribatest ja keskjoa uriini külv.*

Töörühm ei jõudnud üle vaadata püelonefriidi kohta käivaid praktilisi soovitusi.

**4. Tervishoiukorralduslike küsimuste soovitused**

Töörühma koosolekuga liitus kell 16 uroloogia eriala arst-resident dr Aleksandra Rautio, kes tegi ülevaate tüsistunud/tüsistumata UTIst ja andis oma soovitused tsüstiidi/püelonefriidiga patsiendi suunamise kohta uroloogi vastuvõtule.

Dr Rautio kokkuvõte:

*Mis on tüsistumata ja tüsistunud UTI? Mis on korduv UTI?*

Mõisted:

• Tüsistumata UTI - äge, sporaadiline või korduv alumise (tsüstiit) või ülemise (püelonefriit) urotrakti infektsioon mitterasedal naisel või anatoomiliste iseärasusteta urotraktiga ja kaasuvate haigusteta naisel.

• Tüsistunud (komplitseeritud) UTI - kõik UTI-d, mis ei kuulu tüsistumata UTI-de mõiste alla. Kitsamas mõttes on see UTI patsiendil, kelle puhul on kõrgem risk, et haigus kulgeb raskelt/ tülikalt, näiteks: mehed, rasedad, urotrakti obstruktsiooniga või anatoomiliste/ füsioloogiliste iseärasustega (nt kasvaja, kivi, arenguanomaaliaga jm), püsikateetriga, neeruhaigustega, kaasuvate immuunkompromiteerivate haigustega (nt diabeet) patsiendid.

• Korduv UTI - tüsistumata või tüsistunud UTI korduvad episoodid, sagedusega vähemalt 3 episoodi aastas või 2 episoodi viimase 6 kuu jooksul.

• CA-UTI - UTI, mis tekkis patsiendil, kelle urotrakt on hetkel kateteriseeritud või kateeter oli eemaldatud viimase 48 tunni jooksul.

• Urosepsis - eluohtlik organpuudulikkus, mida tekitas urotraktist või meessuguelunditelt lähtunud infektsioon.

• Asümptomaatiline bakteruuria - bakteriaalne kasv uriinis sümptomiteta inimesel

*Millal peaks tsüstiidi/püelonefriidi patsiendi saatma uroloogi vastuvõtule?*

• Naised üksiku korduva UTI episoodiga võiksid olla käsitletud esmases etapis. Suunata uroloogile kui vaatamata infektsiooni ravile ja paika pandud profülaktikale (k.a. AB profülaktikale) esinevad korduvad infektsioonid või on teada riskifaktori olemasolu või füsioloogilist eripära.

Võimalikud riskifaktorid:

* urotrakti operatsioon või trauma anamneesis
* kõhu- või vaagna piirkonna pahaloomuline kasvaja anamneesis
* on teada urotrakti funktsiooni (nt. kusepõie-kusejuha refluks) või anatoomia eripärasid (nt. tsüstotseele, neeru arengulised eripärad) või neerukivitõbi
* uuringutel diagnoositud kusepõie või neerukivi
* obstruktsiooni sümptomid urineerimisel (peab pressima, surve jääb nõrgaks)
* uriinikülvis korduvalt ureaasi-tootev bakter (Proteus, Yersinia, Klebsiella, enterobakter)
* fistulile/uurisele viitavad sümptomid (äkki tekkinud pidamatus, pneumatuuria)
* immuunpuudulikkus
* puudub soovitud tulemus profülaktikameetmetele vaatamata

Mehed – meeste urotrakti infektsioonid on esialgselt kõrgema tüsistuste riskidega ja kuuluvad „tüsistunud infektsioonide“ mõiste alla. Esmane alumise urotrakti infektsioon mehel võiks siiski alustada raviga esmatasandil (perearstilt). Suunata uroloogile kui:

* puudub vastus esmasele ravile,
* on kahtlus ülemise urotrakti infektsioonile (püelonefriidile)
* esineb korduvaid urotrakti infektsioone
* urotrakti operatsioon või trauma anamneesis
* kõhu- või vaagna piirkonna pahaloomuline kasvaja anamneesis
* on teada urotrakti funktsiooni (nt. neurogeenne kusepõis, kusepõie-kusejuha refluks) või anatoomia eripärasid (neeru arengulised eripärad) või neerukivitõbi
* uuringutel diagnoositud kusepõie või neerukivi
* esineb takistus kusepõie tühjendamisel
* immuunpuudulikkusega patsient

Urotrakti kasvaja kahtluse korral suunata läbi e-konsultatsiooni!

*Kas on veel mõned punktid, mida arvestada tsüstiidi või püelonefriidiga patsiendi edasi saatmisel?*

Ägeda tüsistunud UTI-ga (nt tugeva valuga, palavikuga, septilises seisundis, jääkainete tõusuga) patsient suunata EMOsse. Äge orhiit ega püelonefriit ei tohi jääda ootama plaanilist uroloogi vastuvõttu, tegemist on ägeda seisundiga!

Liisa Saare teeb soovituste mustandi ja töörühm arutab neid elektroonselt või järgmisel koosolekul.

Kopsupõletikuga patsiendi konsulteerimise osas täpsustas töörühm soovitust:

*7. Konsulteerige kopsupõletikuga täiskasvanud patsienti eriarstiga, kui:*

* *halvasti esmavaliku ravile alluv kopsupõletik*
* *korduv kopsupõletik samas lokalisatsioonis*

Töörühm arutab teisi tervishoiukorraldusliku küsimuse soovitusi elektroonselt või järgmisel koosolekul.

**5.Edasised plaanid ja järgmised koosolekud**

Liisa Saare saadab töörühmale elektroonsed ülesanded.

Järgmine koosolek toimub 21.08.2023 kell 14.00 Tartus ja veebis.

Protokoll on koostatud 11.06.2023