

KÜSIMUS

Kas kasutada kõigil bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga lastel esmaseks raviks amoksitsilliini või penitsilliini või makroliidi (klaritromütsiini või asitromütsiini) parema ravitulemuse saamiseks?

SIHTRÜHM:	parema ravitulemuse saamiseks
SEKKUMINE:	kõigil bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga lastel esmaseks raviks amoksitsilliini
VÕRDLUS:	penitsilliini või makroliidi (klaritromütsiini või asitromütsiini)
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Kliiniline paranemine - amoksitsilliin vs klaritromütsiin; Kliiniline paranemine (abihingamislihaste kasutamine 3. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (auskultatsioonil räginate leid 3. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (5. päeval) - amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (radioloogilise leiu lahenemine 7. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (auskultatsioonil räginate leid 7. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (abihingamislihaste kasutamine 7. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (auskultatsioonil räginate leid 14. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Kliiniline paranemine (14. päeval) - amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin; Palaviku taandumine (3. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Palaviku taandumine (7. päeval) - asitromütsiin vs amoksitsilliin; Ravi ebaõnnestumine - amoksitsilliin vs prokaiinpenitsilliin; Ravi ebaõnnestumine 48 h - amoksitsilliin vs penitsilliin; Ravi ebaõnnestumine 48 h - amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin; Ravi ebaõnnestumine 5. päeval - amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin; Ravi ebaõnnestumine 5. päeval - amoksitsilliin vs penitsilliin; Ravi ebaõnnestumine 5. päeval - amoksitsilliin; Ravi ebaõnnestumine 14. päeval - amoksitsilliin vs penitsilliin; Ravi ebaõnnestumine - amoksitsilliin vs klaritromütsiin; Ravi ebaõnnestumine (hospitaliseerimine) - amoksitsilliin vs makroliid (asitromütsiin/klaritromütsiin/erütromütsiin); Ravi ebaõnnestumine (AB-ravi vahetus) - amoksitsilliin vs makroliid (asitromütsiin/klaritromütsiin/erütromütsiin); Ravi ebaõnnestumine (14. päeval) - amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin; Tüsistused (intensiivravi, pleuradreen, surm) - amoksitsilliin vs makroliid (asitromütsiin/klaritromütsiin/erütromütsiin); Tüsistused (surmajuhud) - amoksitsilliin vs penitsilliin; Tüsistused (surmajuhud) - amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin; Kõrvaltoimete esinemine - amoksitsilliin;
KONTEKST:	9. Kas kõigil bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga lastel tuleb kasutada esmaseks raviks fenoksümetüülpenitsilliini või amoksitsilliini või makroliidi (klaritromütsiini või asitromütsiini) parema ravitulemuse saamiseks?
VAATENURK:	
TAUST:	
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem		
Kas probleem on prioriteetne?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah	Töörühm esitas kliinilise küsimuse nr 9: Kas kõigil bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga lastel tuleb kasutada esmaseks raviks fenoksümetüülpenitsilliini või amoksitsilliini või	

- jah
- Varieerub
- Ei oska öelda

makroliidi (klaritromütsiini või asitromütsiini) parema ravitulemuse saamiseks?

Töörühm soovib välja selgitada, millist antibiootikumi peaks bakteriaalse pneumoonia puhul lastel kasutama esmavalikuna arvestades pneumoonia tavapäraseid tekitajaid ning tekitajate resistentsusprofiili Eestis. Töörühm ei pea vajalikuks uurida muude antibiootikumide kohta, kuna nimetatute näol on tegemist teadaolevalt efektiivsete antibiootikumidega.

Tulemusnäitajad: kliiniline paranemine, palaviku taandumine, ravi ebaõnnestumine, kõrvaltoimete esinemine, tüsistuste esinemine.

Käesoleva juhendi koostamiseks vaadati läbi üks ravijuhend: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ravijuhend "Pneumonia (community acquired): antimicrobial prescribing"*.

NICE juhend soovitab:

- **mitte raske pneumooniaga lastel alates 1 kuu vanusest** esmavalikuna alustada antibakteriaalset ravi amoksitsilliiniga. Kui on kahtlus atüüpilistele tekitajatele või esineb penitsilliiniallergia, siis soovitab NICE juhend alustada antibakteriaalset ravi klaritromütsiiniga, alates 8 a vanusest on alternatiiviks ka erütromütsiin ning al 12 a vanusest doksütsükliin.
- **Raske pneumoonia** (hingamisraskus, SpO2 alla 90%, südame löögisageduse tõus, tähkimine, väga väljendunud rindkere retraktsioonid, laps ei suuda juua/rinda võtta, letargia, teadvushäire) korral soovitab NICE juhend alustada antibakteriaalset ravi amoksitsilliin-klavulaanhappega ning atüüpiliste tekitajate kahtlusel lisada klaritromütsiin või erütromütsiin.

NICE juhend tugineb oma analüüsis **ühele Cochrane süstemaatilisele ülevaatele: (3)**, kus antud küsimusele vastamiseks koostati GRADE tabel, mis võeti üle. Antud süstemaatilises ülevaates olid töörühma huvitanud antibakteriaalse ravi valikute osas andmed vaid raske pneumooniaga laste kohta.

(3) ülevaatesse hõlmatud uuringutesse kaasati **1 kuu kuni 18-aastased raske või väga raske pneumooniaga lapsed**. Seejuures raske pneumoonia defineeriti kliiniliste tunnuste või hospitaliseerimise vajaduse alusel. Kodutekkene pneumoonia defineeriti kui väljaspool haigla keskkonda kujunev pneumoonia vastavalt WHO definitsioonile; radioloogiliselt kinnitatud pneumoonia; kliinilised sümptomid, mis viitavad pneumooniale ning millega kaasneb pneumooniale viitav leid objektiivsel läbivaatusel. Hõlmatud uuringutest jäeti välja kaasuvate haigustega (neerupuudulikkus, kongenitaalne südamehaigus, immuunpuudulikkus) lapsed ning mõnel juhul ka lapsed, kelle puhul kahtlustati resistentseid tekitajaid.

GRADE tabelisse kanti täiendavaid tulemusnäitajaid kahest (3) ülevaates sisaldunud uuringust: (4) ja (5).

Peale NICE juhendis leiduva tõendusmaterjali tehti lisa tõendusmaterjali süstemaatiline otsing kliinilise küsimuse kohta. Leiti **üks retrospektiivne jälgimisuuring (6) ning üks randomiseeritud juhtkontrolluuring (RCT) (1)**, mille tulemused kanti GRADE tabelisse.

(6) **jälgimisuuringusse** kaasati **1-18-aastased lapsed**, kellel oli **ambulaatoorselt** diagnoositud pneumoonia ning kes said seetõttu antibakteriaalset ravi. Uuringust jäeti välja kaasuvate haigustega (nt tsüstiline fibroos, immuunpuudulikkus, pahaloomulised haigused, sirprakuline aneemia) lapsed ning lapsed, kes olid enne käesolevat haigestumist 30 päeva vältel haiglaravil olnud või saanud eelneva 14 päeva jooksul antibakteriaalset ravi. Ravi efektiivsust hinnati hospitaliseerimise vajaduse, ravi vahetuse vajaduse ning tüsistuste ilmnemisel alusel.

(1) **pimendamata RCT** viidi läbi Keenia haiglates. Uuringusse kaasati **2-59 kuu vanused raske pneumooniaga lapsed**. Seejuures kaasati uuringusse ka antud populatsioonis tavapäraste kaasuvate haigustega (malaaria, kõhulahtisus, alatoitumus, febrilised krambid, aneemia, vilistav hingamine, mis esialgse raviga ei

	<p>lahenenud) lapsed, kuid jäeti välja hiljuti antibakteriaalset ravi saanud lapsed.</p> <p>Täiendava sirveotsingu tulemusena leiti üks prospektiivne jälgimisuuring (2), kuhu kaasati 2-59 kuu vanused amoksitsilliini saavad mitte raske pneumooniaga hospitaliseeritud lapsed. Uuringust jäeti välja väga raske pneumooniaga (tsentraalne tsüanoos, epileptilised hood, teadvushäire, tähkimine, võimetus juua), kaasuvate haigustega, raske alatoitumuse, viimase 7 päeva vältel haiglaravil olnud, viimase 48 h jooksul antibakteriaalset ravi saanud ja muude kaasuvate infektsioonidega lapsed.</p> <p>Kokkuvõttes sisestati GRADE tabelisse <u>NICE ravijuhendi tõendusmaterjal</u>, mis hindas erinevate antibiootikumide mõju kliinilisele paranemisele, ravi ebaõnnestumisele ja tüsistuste esinemisele. Lisaks sisestati GRADE tabelisse ühe <u>retrospektiivse jälgimisuuringu (6)</u>, tulemused, mis hindas erinevate antibiootikumide mõju ravi ebaõnnestumisele ja tüsistuste esinemisele; <u>ühe randomiseeritud juht-kontrolluuringu (1)</u> tulemused, kus tulemusnäitajateks olid kliiniline paranemine, ravi ebaõnnestumine ja surmajuhtude esinemine ning <u>ühe prospektiivse jälgimisuuringu (2)</u> tulemused, kus hinnati kliinilist paranemist ja kõrvaltoimete esinemist.</p>	
--	---	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tühine ○ Väike ● keskmine ○ Suur ○ Varieerub ○ Ei oska öelda 	<p>Cochrane süstemaatilises ülevaates (3) hinnati erinevate antibakteriaalse ravi valikute mõju kliinilisele paranemisele. Tulemusnäitajateks olid tahhüpnöe taandumine, radioloogilise leiu taandumine ja palaviku taandumine.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Amoksitsilliin vs klaritromütsiin <p>Cochrane süstemaatilisse ülevaatesse hõlmatud ühes RCT-s ei leitud olulist erinevust amoksitsilliini (intravenoosselt 75 mg/kg/die) ja klaritromütsiiniga (intravenoosselt 15 mg/kg/die) ravitud hospitaliseeritud laste kliinilise paranemise osas (N 82; 97,6% vs 97,5%; RR 1,0 (95% CI 0,93-1,7)); väga madala kvaliteediga tõendus.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Asitromütsiin vs amoksitsilliin <p>Cochrane süstemaatilisse ülevaatesse hõlmatud ühes RCT-s (4) ei leitud statistiliselt olulist erinevust asitromütsiini (suukaudselt 10 mg/kg/die 3 päeva) ja amoksitsilliini (suukaudselt 75 mg/kg/die 7 päeva) saanud laste radioloogilise leiu (N 47; 82,6% vs 62,5%; OR 2,85 (95% CI 0,73-11,09)), ega palaviku taandumise osas 7. päeval (N 47; 100% vs 100%); madala kvaliteediga tõendus.</p> <p>(4) RCT-s leiti, et amoksitsilliini grupis (N 24) olid 3. päeval palavikuvabad 87,5% ja asitromütsiini grupis (N 23) 91,3% patsientidest; madala kvaliteediga tõendus</p> <p>Amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin</p> <p>(1) RCT-s ei leitud 14. päeval kliinilise paranemise osas erinevusi võrdlusgruppide vahel (N 526): amoksitsilliin (suukaudselt 80–90 mg/kg/die) 89,7% vs bensüülpenitsilliin (intravenoosselt 200 000 IU/kg/die) 88,6%; väga madala kvaliteediga tõendus.</p> <p>Amoksitsilliin</p> <p>(2) prospektiivses jälgimisuuringus (N 179) paranes täielikult 5. päevaks 70,9% amoksitsilliini (suukaudselt 50 mg/kg/die) lastest ning 28,1% laste seisund oli paranenud, kuid mitte täielikult; väga madala kvaliteediga tõendus.</p>	
--	---	--

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> keskmine <input checked="" type="radio"/> Väike <input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Cochrane süstemaatilises ülevaates (3) hinnati erinevate antibakteriaalse ravi valikute korral ravi ebaõnnestumist ja tüsistuste esinemist. Tulemusnäitajateks olid hingamispuudulikkuse nähtude esinemine, auskultatoorse leiu püsimine, üldseisundi häire, palavike püsimine, surmajuhud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoksitsilliin vs penitsilliin <p>Cochrane süstemaatilisse ülevaatesse hõlmatud ühes RCT-s (5) ei leitud olulist erinevust ravi ebaõnnestumise osas amoksitsilliini ja prokaiinpenitsilliini saanud 6</p>	

kuu kuni 18 a vanustel lastel (N 154; 4,4% vs 5,8%; RR 0,75 (95% CI 0,17-3,25)); madala kvaliteediga tõendus.

Cochrane süstemaatilisse ülevaatesse hõlmatud 2 RCT-s ei leitud olulist erinevust 3-59 kuu vanustel lastel **ravi ebaõnnestumise** osas amoksitsilliini (45 mg/kg/die või 24 mg/kg/die või üle 12 a 1500 mg/die) ja penitsilliini (intramuskulaarselt 200 000 IU/kg või intravenoosselt 100 mg/kg/die) grupi vahel **48 h** (1 RCT; N 1702; 19,5% vs 19,1%; RR 1,02 (95% CI 0,84-1,24)); **5. päeval** (2 RCT-d; N 1905; 20% vs 20,1%; RR 1,0 (95% CI 0,83-1,19)); ega **14. päeval** (1 RCT; N 1702; 27% vs 26,2%; RR 1,03 (95% CI 0,88-1,21)); keskmise kvaliteediga tõendus. Samuti ei esinenud olulisi erinevusi nende gruppide vahel **surmajuhtude esinemise** osas (2 RCT-d; N 1905; 0% vs 0,7%; RR 0,07 (95% CI 0-1,18)); madala kvaliteediga tõendus.

- **Amoksitsilliin vs klaritromütsiin**

Cochrane süstemaatilisse ülevaatesse hõlmatud ühes RCT-s ei leitud olulist erinevust amoksitsilliini (intravenoosselt 75 mg/kg/die) ja klaritromütsiini (intravenoosselt 15 mg/kg/die) saanud hospitaliseeritud laste **ravi ebaõnnestumise** osas (N 82; 2,4% vs 2,5%; RR 0,95 (95% CI 0,06-15,74)); väga madala kvaliteediga tõendus.

- **Amoksitsilliin vs asitromütsiin**

Cochrane süstemaatilisse ülevaatesse hõlmatud ühes RCT-s (4) ei esinenud **3. päeval abihingamislihaste** kasutamises võrdlusgruppide vahel erinevusi (N 47; 4,2% vs 4,3%); **7. päevaks** oli kõikidel lastel antud leid taandunud; madala kvaliteediga tõendus.

Auskultatsioonil räginate leid püsis 3. päeval amoksitsilliini grupis (N 24) 83.3% ja asitromütsiini grupis (N 23) 87%; **7. päeval** oli see leid 16.7% vs 13.0%; **14. päeval** 0% vs 4,3%; madala kvaliteediga tõendus.

Amoksitsilliin vs bensüülpenitsilliin

(1) RCT-s ei leitud olulisi erinevusi **ravi ebaõnnestumise** (tulemusnäitajateks seisundi kliiniline halvenemine, sümptomite püsimine, ravi vahetus, diagnoosi

muutumine) osas amokitsilliini ja bensüülpenitsilliini saanud laste vahel **48 h** (N 526; 7,7% vs 8%; riskide vahe -0,3% (95% CI -5 kuni 4,5%)), **5. päeval** (N 526; 11,4% vs 11%; riskide vahe 0,4% (95% CI -5 kuni 5,8%)) ega **14. päeval** (N 494; 13,5% vs 16,8%; riskide vahe -3,3% (95% CI -10 kuni 3,0%)); väga madala kvaliteediga tõendus.

Amokitsilliini grupis (N 263) esines 1 (0,4%) ja penitsilliini grupis (N 263) 3 (1,1%) **surmajuhtu**; väga madala kvaliteediga tõendus. Surmajuhtude põhjusteks olid äge kõhulahtisus, kongestiivne südamepuudulikkus, kroonilise neerupuudulikkuse tüsistused ning ravimtaimede mürgistus.

Amokitsilliin vs makroliid (asitromütsiin/klaritromütsiin/erütromütsiin)

(6) retrospektiivse jälgimisuuringus hinnati ravi ebaõnnestumist ning tüsistuste esinemist ja tulemusnäitajateks olid hospitaliseerimine, ravi vahetus, intensiivravi vajadus, pleuradreeni vajadus, surmajuhtude esinemine.

Antud uuringus leiti, et makroliididega ravi saanud lastel oli 2-7 päeva pärast esmast visiiti mõnevõrra väiksem risk **hospitaliseerimiseks**: amokitsilliini grupis (N 65872) 0,6% vs makroliidi grupis (N 108917) 0,4% (OR 0,64 (95% CI 0,55-0,73)); väga madala kvaliteediga tõendus. Kahe võrdlusgrupi vahel ei esinenud olulisi erinevusi **ravi vahetuse** (2-7 päeva pärast esmast visiiti) vajaduse osas (N 174789; 4,4% vs 4,3%; OR 0,97 (CI 95% 0,92-1,02)). Samas esines erinevus **tüsistuste esinemise** osas: makroliididega ravi saanud lastel oli väiksem risk tüsistusteks (N 174789; 0,1% vs 0%; OR 0,56 (95% CI 0,33-0,96)); väga madala kvaliteediga tõendus.

Amokitsilliin

(2) prospektiivses jälgimisuuringus (N 179) esines **ravi ebaõnnestumist** (ravi vahetus kliinilise halvenemise, korduva oksendamise, püsivate sümptomite tõttu) amokitsilliini grupis **5. päeval** 3,1% patsientidest. **Kõrvaltoimeid** esines antud uuringugrupis (N 179) 7,3% (kõhulahtisus, oksendamine, kõhuvalu); seejuures 0,5% patsientidest lõpetas kõrvaltoimete tõttu ravi; väga madala kvaliteediga tõendus

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Väga madal<input checked="" type="radio"/> madal<input type="radio"/> keskmine<input type="radio"/> väga<input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad	<p>Kasutatud tõendusmaterjali tõendatuse aste on madalast kuni keskmiseni, mõne tulemusnäitaja osas ka väga madal.</p> <p>Kokkuvõttes on tõendatuse aste madal.</p>	

Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus<input type="radio"/> võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus<input checked="" type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub<input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus puudub	<p>Eraldi tõendusmaterjali otsingut patsientide väärtushinnangute ja eelistuste kohta kliinilisele küsimusele vastamisel ei tehtud.</p>	

Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõde viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> soosib võrdlust<input type="radio"/> pigem soosib võrdlust<input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust<input checked="" type="radio"/> pigem soosib sekkumist<input type="radio"/> soosib sekkumist<input type="radio"/> Varieerub<input type="radio"/> Ei oska öelda		

Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> suur kulu<input type="radio"/> keskmine kulu<input checked="" type="radio"/> mitteamarvestatav kulu ja sääst<input type="radio"/> keskmine sääst<input type="radio"/> suur sääst<input type="radio"/> Varieerub<input type="radio"/> Ei oska öelda	Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.	

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Väga madal<input type="radio"/> madal<input type="radio"/> keskmine<input type="radio"/> väga<input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad	Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.	

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
-------	---------------------------	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> soosib võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib võrdlust <input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad 	Kulutõhususe uuringuid eraldi ei otsitud.	
---	---	--

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust <input checked="" type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust <input type="radio"/> suurendab võrdsust <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	Patsientide võrdsete võimaluste kohta eraldi uuringuid ei otsitud.	

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input checked="" type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	Vastuvõetavust ei olnud käsitletud uuringutes hinnatud.	

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah 	Jah.	

<input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda		
--	--	--

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	OTSUS						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmine	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	keskmine kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise vastu <input type="radio"/>	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise poolt <input type="radio"/>	Tugev soovitus teha <input type="radio"/>
--	--	---	--	--

JÄRELDUSED

Soovitus

Põhjendus

Kaalutlused alamrühmade osas

Rakenduskaalutlused

Jälgimine ja hindamine

Edasiste/täpsustavate uuringute vajadus

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Agweyu A, Gathara D, Oliwa J, Muinga N, Edwards T, Allen E, Maleche-Obimbo E, English M. Oral amoxicillin versus benzyl penicillin for severe pneumonia among kenyan children: a pragmatic randomized controlled noninferiority trial. . *Clinical Infectious Diseases*; 2015.
2. Fontoura Maria-Socorro H , Araújo-Neto César A, Andrade Sandra CS, Brim Rosa V, Matutino Adriana R, Silva Carolina C, Santana Milena C, Nobre-Bastos Monalisa, Oliveira Felipe, Barreto Bruna B, Santos Pablo M, Noblat Lúcia, Cardoso Maria-Regina A, Nascimento-Carvalho Cristiana M. Clinical failure among children with nonsevere community-acquired pneumonia treated with amoxicillin,. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*; 2010.
3. Lodha R, Kabra SK, Pandey RM.. Antibiotics for community-acquired pneumonia in children.. *Cochrane Database Syst Rev.* ; 2013.
4. Kogan R, Martínez MA, Rubilar L, Payá E, Quevedo I, Puppo H, Girardi G, Castro-Rodríguez JA.. Comparative randomized trial of azithromycin versus erythromycin and amoxicillin for treatment of community-acquired pneumonia in children. . *Pediatric Pulmonology*; 2003.
5. Tsarouhas N, Shaw KN, Hodinka RL, Bell LM.. Effectiveness of intramuscular penicillin versus oral amoxicillin in the early treatment of outpatient pediatric pneumonia. . *Pediatric Emergency Care*; 1998.
6. Lipsett SC, Hall M, Ambroggio L, Hersh AL, Shah SS, Brogan TV, Gerber JS, Williams DJ, Grijalva CG, Blaschke AJ, Neuman MI.. Antibiotic Choice and Clinical Outcomes in Ambulatory Children with Community-Acquired Pneumonia. . *The Journal of Pediatrics*; 2021.