

KÜSIMUS

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

SIHTRÜHM:

parema ravitulemuse saamiseks

SEKKUMINE:

bakteriaalse pneumoonia diagnoosiga täiskasvanutel esmaseks raviks penitsilliini

VÕRDLUS:

amoksitsilliini või amoksitsilliin-klavulaanhapet või klaritromütsiini või asitromütsiini või doksütsükliini

PEAMISED

TULEMUSNÄITAJAD:

Kliiniline paranemine; tsefalosporiin vs penitsilliin (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA2019 ; Kõrvaltoimete esinemine; tsefalosporiin vs penitsilliin (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA 2019 ; Tõsiste kõrvaltoimete esinemine; tsefalosporiin vs penitsilliin (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA 2019 ; Bakterioloogiline vastus; tsefalosporiin vs penitsilliin (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA 2019 ; Patogeeni eemaldamine/likvideerimine; tsefalosporiin vs penitsilliin (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA 2019 ; Kliiniline paranemine; makroliid vs B-laktaam (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA2019 ; Bakterioloogiline vastus; makroliid vs B-laktaam (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA2019 ; Patogeeni eemaldamine/likvideerimine; makroliid vs B-laktaam (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA2019 ; Radioloogiline vastus; makroliid vs B-laktaam (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA2019 ; Kliiniline paranemine; makroliid vs doksütsükliin (ambulatoorne); täiskasvanud; IDSA2019 ; Kliiniline paranemine; protokoll analüüsi järgi; 14. päev; Amoksitsilliin vs fenoksüpenitsilliin; NICE2019 ; Kliiniline paranemine; ravikavatsuse analüüsi järgi; 14. päev; Amoksitsilliin vs fenoksüpenitsilliin; NICE2019 ; Täielik kliiniline paranemine; ravikavatsuse analüüsi järgi; 14. päev; Amoksitsilliin vs fenoksüpenitsilliin; NICE2019 ; Kliiniline paranemine; ravikavatsuse analüüsi järgi; 30. päev; Amoksitsilliin vs fenoksüpenitsilliin; NICE2019 ; Radioloogiline paranemine; ravikavatsuse analüüsi järgi; 30. päev; Amoksitsilliin vs fenoksüpenitsilliin; NICE2019 ; Radioloogiline paranemine; ravikavatsuse analüüsi järgi; 30. päev; Amoksitsilliin vs fenoksüpenitsilliin; NICE2019 ; Paranemismäär/Cure rate; klaritromütsiin vs amoksitsilliin; NICE2019 ; Kliiniline vastus; protokoll analüüsi järgi; 14. – 21. päev; asitromütsiin vs klaritromütsiin; NICE2019 ; Bakterioloogiline paranemine; asitromütsiin vs klaritromütsiin; NICE2019 ; Kõrvaltoimed; asitromütsiin vs klaritromütsiin; NICE2019 ; Kliiniline õnnestumine/clinical success; ravi lõppemine 8. – 12. päeval; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Bakterioloogiline vastus; ravi lõppemine 8. – 12. päeval; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Kliiniline õnnestumine/clinical success; järelviit 22. - 26. päeval; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Bakterioloogiline vastus; 22. - 26. päeval; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad vähemalt ühest kõrvaltoimest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad ravimiga seotud kõrvaltoimest kõrvaltoimest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad tõsisest kõrvaltoimest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad kõrvaltoimest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad iiveldusest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad oksendamisest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ; Inimeste arv, kes teatavad kõhulahtisusest; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; NICE2019 ;

KONTEKST:

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?

VAATENURK:

TAUST:

HUVIDE KONFLIKT:

HINNANG

Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none">○ Ei○ Pigem ei○ Pigem jah● jah○ Varieerub○ Ei oska öelda	<p>Töörühm soovib selgitada, millist antibiootikumi peaks bakteriaalse pneumoonia puhul kasutama esmavalikuna arvestades pneumoonia tavapäraseid tekitajaid ning tekitajate resistentsusprofiili Eestis.</p> <p><i>Tulemusnäitajad: kliiniline paranemine, palaviku taandumine, ravi ebaõnnestumine, kõrvaltoimete esinemine, tüsistuste esinemine.</i></p> <p>Käesoleva juhendi koostamiseks vaadati läbi 2 ravijuhendit: <i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE) "Pneumonia (community acquired): antimicrobial prescribing"</i> (6) ja <i>Infectious Diseases Society of America (IDSA) „Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia“</i> (7) ravijuhendid.</p> <p>NICE juhend soovitab:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mitte-raske (CURB65 skoor 0-1) pneumoonia korral esmavalikuks amoksitsilliin (500mg 3x päevas 5 päeva). Kui esineb penitsilliini allergia ja/või kahtlus atüüpilisele pneumooniale, siis soovitatud doksütsükliini (200 mg esimesel päeval, seejärel 100 mg 1x päevas 4 päeva jooksul, kokku 5-päevane kuur), klaritromütsiini (500mg 2x päevas 5 päeva) või raseduse korral erütromütsiini (500mg 4x päevas 5 päeva).• Mõõduka raskuse korral (CURB65 skoor 2) amoksitsilliin (500mg 3x päevas 5 päeva). Kui kahtlus on atüüpilisele tekitajale, siis lisada juurde ka klaritromütsiini (500mg 2x päevas 5 päeva) või raseduse korral erütromütsiini (500mg 4x päevas 5 päeva). Alternatiiviks penitsilliini allergia korral doksütsükliini (200 mg esimesel päeval, seejärel 100 mg 1x päevas 4 päeva jooksul, kokku 5-päevane kuur), klaritromütsiini (500mg 2x päevas 5 päeva).• Raske pneumoonia (CURB65 skoor 3-5) korral esmavalikuks amoksitsilliin+klavulaanhape (500/125mg 3x päevas oralselt või 1,2 g 3x päevas intravenoosselt 5 päeva), millele lisaks klaritromütsiini (500mg 2x	

päevas 5 päeva) või raseduse korral **erütromütsiini** (500mg 4x päevas 5 päeva). Kui esineb raske pneumoonia ja penitsilliiniallergia soovitatud **levofloksatsiini** (500mg 2x päevas 5 päeva oralselt või intravenoosselt).

NICE juhend viitas 2 RCT-le (8), (9) ja ühele süstemaatilisele ülevaatele (RCT) (10).

- (10) sisaldas 11 RCT-d kokku 3352 patsiendiga, millest üks hindas lapsi vanuses 12-16, ning ülejäänud 10 uuringut 18+ vanuses inimesi. Kliinilistest tulemitest hinnati paranemismäära ja kõrvaltoimeid.
- (8) uuringus osales 267 patsienti vanuses 14-67 kerge kuni mõõduka kodutekkelise pneumooniaga. Omavahel võrreldi asitromütsiini ja amoksitsilliin/klavulaanhapet. Pealmiseks tulemiks, mida hinnati oli kliiniline vastus ravi lõppedes (kui enam antibiootikumi vaja polnud).
- (9) uuringus osales 43 patsienti vanuses 18-75, kellel oli diagnoositud kodutekkeline pneumoonia ning keda raviti ambulatoorselt. Võrreldi fenoksümetüülpenitsilliini ja amoksitsilliini. Pealmised ravitulemid, mida hinnati olid: Kliiniline paranemine 14. päeval (palaviku puudumine, köha taandumine/paranemine, üldise enesetunde paranemine ja räginate taandumine või vähenemine).

IDSA juhend soovitab:

- Tervetel täiskasvanutel, kellel puuduvad kaasuvad haigused või antibiootikumiresistentsete patogeenide riskifaktorid soovitatakse **amoksitsilliini** 1g 3x päevas või **doksütsükliini** 100mg 2x päevas või makroliidi (**asitromütsiin** 500mg esimesel päeval, seejärel 250mg 1x päevas või **klaritromütsiin** 500mg 2x päevas)
- Täiskasvanutele, kellel on kaasuvad haigused, nagu krooniline südame-, kopsu-, maksa- või neeruhaigus; suhkurtõbi; alkoholism; pahaloomuline kasvaja; või asplenia soovitatakse amoksitsilliin/klavulaanhapet 500/125mg 3x päevas või amoksitsilliin/klavulaanhapet 875/125mg 2x päevas või 2000/125mg 2x päevas ning lisada juurde makroliid (**asitromütsiin** 500mg esimesel päeval, seejärel 250mg kord päevas või **klaritromütsiin** 500mg 2x päevas) või **doksütsükliin** 100mg 2x päevas

IDSA juhend viitas 5 RCT-le ((3), (4), (5), (1), (2)).

- (3) uuringus võrreldi cefuroxime axetil (2. põlvkonna tsefalosporiin) 500mg 2x päevas vs amoksitsilliin/klavulaanhape 500mg 3x päevas, kus osales 162 patsienti vanuses 12 ja vanemad. Diagnoos kinnitatud kliinilise pildi ja röntgen uuringu alusel. Verest ja rögest määratud ka tekitajad. Kliinilistest tulemitest hinnatud paranemismäära, bakterioloogilist vastust ja

	<p>kõrvaltoimeid.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (4) uuringus võrreldi cefditoren 200mg, 400mg 2x päevas vs amoksitsilliin/klavulaanhape 875/125 mg 2x päevas. Uuringus osales 802 patsienti vanuses 12-93. Pneumoonia diagnoositud kliiniliste sümptomite ja röntgen uuringu alusel. Verest ja rögest määratud ka tekitajad. Hinnati kliinilist vastust/paranemismäära, mikrobioloogilist vastust ja kõrvaltoimeid. • (5) uuringus võrreldi klaritromütsiini 500mg 2x päevas vs amoksitsilliin/klavulaanhape 875/125 mg 2x päevas. Uuringus osales 327 patsienti vanuses 12-85. Diagnoos kinnitatud kliinilise pildi ja röntgen uuringu alusel. Verest ja rögest määratud ka tekitajad. Kliinilistest tulemitest hinnatud paranemismäära, bakterioloogilist vastust ja kõrvaltoimeid. • (1) uuringus võrreldi roxithromütsiini 300mg 1x päevas vs tsefiksiim 400mg 1x päevas. Uuringus osales 60 patsienti vanuses 18-60. Pneumoonia diagnoositud kliiniliste sümptomite ja röntgen uuringu alusel. Verest ja rögest määratud ka tekitajad. Hinnati kliinilist vastust/paranemismäära, mikrobioloogilist vastust ja kõrvaltoimeid. • (2) uuringus võrreldi erütromütsiini <i>acistrate</i> 800mg 1x päevas vs doksütsükliin 100 mg 1x päevas. Uuringus osales 297 patsienti hingamisteedeinfektsiooniga, kellel 25l oli diagnoositud pneumoonia. Hinnati kliinilist vastust/paranemismäära. <p>Tehtud lisaotsing, mille käigus leitud üks metanalüüs, kuid kus PICO küsimuses välja toodud antibiootikume omavahel ei võrreldud.</p> <p>Kokkuvõttes sisestatud GRADE tabelisse NICE 2019 ja IDSA 2019 juhend. Juhendites hinnatud paranemismäära, mikrobioloogilist vastust ja kõrvaltoimete esinemist. Omavahel võrreldud amoksitsilliin vs (fenoksümetüül)penitsilliin; klaritromütsiin vs amoksitsilliin; asitromütsiin vs klaritromütsiin; asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape; tsefalosporiin vs penitsilliin; makroliid vs B-laktaam; makroliid vs doksütsükliin.</p>	
--	--	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Väike	Amoksitsilliin vs fenoksümetüülpenitsilliin – (9)	H. influenzae

- keskmine
- Suur
- Varieerub
- Ei oska öelda

- (9) RCT-s ei leitud olulist erinevust amoksitsilliini (suukaudne 1g 3x päevas 10 päeva) ja fenoksümetüülpenitsilliiniga (suukaudne 1,6 mlj TÜ 3x päevas 10 päeva) ravitud täiskasvanute **kliinilise paranemise** osas 14. päeval (N 36; 100% vs 90,9%; RR 1,12 (95% CI 0,90-1,4)); mõõduka kvaliteediga tõendus.
- Kuid amoksitsilliin oli 14. päeval ravikavatsuse analüüsis kliinilise paranemise osas oluliselt tõhusam kui fenoksümetüülpenitsilliin. (N 39; RR 1,40 (95% CI 1-1,96)); mõõduka kvaliteediga tõendus. Ravikavatsus (NNT) 4 [2-21]
- Amoksitsilliin (sama annus ja kestus) ei erinenud 14. päeval oluliselt fenoksümetüülpenitsilliinist (sama annus ja kestus) samas populatsioonis täieliku kliinilise taandumise osas (infektsiooni või kõrvalnähtudega seotud ägedate sümptomite täielik taandumine) 14. päeval ravikavatsuse analüüsil. (N 39; 48% vs 21,4% RR 2,24 (95% CI 0,76-1,96)); madala kvaliteediga tõendus.
- Amoksitsilliin oli 30. päeval oluliselt efektiivsem kui fenoksümetüülpenitsilliin (N 39; 92,0% vs 57,1%; RR 1,61 (95% CI (1,01-2,57), NNT 3 [2-15]; mõõduka kvaliteediga tõendid.
- Amoksitsilliini ja fenoksümetüülpenitsilliini vahel ei ilmnenud olulist erinevust radioloogilises vastuses ravikavatsuse analüüsis 30. päeval (N 35; 83,3% vs 54,5%; RR 1,53 (95% CI 0,87-2,70); keskmise kvaliteediga tõendus.

Klaritromütsiin vs amoksitsilliin – (10)

- Süstemaatilises ülevaates (10) leiti, et klaritromütsiin (suukaudne, 250 mg 2x päevas 14 päeva) ei erinenud amoksitsilliinist (suukaudne, 500 mg 4x päevas 14 päeva), kliinilise paranemise osas. (0% vs 0%. RRI ei saa hinnata); madala kvaliteediga tõendus.

Asitromütsiin vs klaritromütsiin – (10)

- Süstemaatilises ülevaates (10) leiti, et asitromütsiin (suukaudne, ühekordne annus 2 g) ei erinenud oluliselt klaritromütsiinist (suukaudne, 500 mg üks kord päevas 7 päeva jooksul) kliinilise paranemise 14.-21. päeval (N 411; 92,6% vs 94,7%; RR 0,98 (95% CI 0,93-1,03); kõrge kvaliteediga tõendus.
- Lisaks ei erinenud antibiootikumid ka bakterioloogilise vastuse korral (N 303; 91,8% vs 90,5%; RR 1,01 (95% CI 0,95-1,09) kõrge kvaliteediga tõendus.

	<p>Asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape – (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 RCTs (8) leiti, et asitromütsiin (suukaudne, 1 g 1x päevas 3 päeva) ei erinenud oluliselt amoksitsilliin/klavulaanhapest (suukaudne, 875/125mg 2x päevas 7 päeva) täiskasvanutes kliinilise õnnestumise korral (sümptomite täielik taandumine või vähenemine, nii et puudus vajadus edasisele antibiootikumravile) 8.-12. päeval (N 267; 92,6% vs 93,1%; RR 0,99 (95% CI 0,93-1,06); kõrge kvaliteediga tõendus. Sama tulemus kehtis ka 22.-26. päeval. • Lisaks ei erinenud antibiootikumid bakterioloogilise vastuse osas 8.-12. ega 22.-26. päeval, ning sama kehtis ka radioloogilise vastuse osas 22.–26. päeval. Kõrge kvaliteediga tõendus. <p>Tsefalosporiin vs penitsilliin – (3), (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 RCTd (3, 4) võrdlesid tsefalosporiini ja penitsilliini, kus ei esinenud erinevust kliinilise paranemise osas (N 465; 81,5% vs 80,6%; RR 1 (95% CI 0,93-1,07); mõõduka kvaliteediga tõendus. • Lisaks ei erinenud tulemused ka bakterioloogilise vastuse (mõlemad uuringud) ja patogeeni eemaldamise (4) korral. <p>Makroliid vs B-laktaam – (1)(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 RCTd (1, 5) võrdlesid makroliidi ja B-laktaami (vastavalt: roxithromycin vs cefixime ning klaritromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape), kus ei esinenud erinevust kliinilise paranemise (N 313; 93,5% vs 91,2%; RR 1,03 (95% CI 0,97-1,10)), bakterioloogilise vastuse (N 219; 80,8% vs 83,5%; RR 0,97 (95% CI 0,88-1,06)), patogeeni eemaldamise (N 248; 91,2% vs 93,3%; RR 0,98 (95% CI 0,91-1,05)) ega radioloogilise vastuse korral (N 244; 94,9% vs 89,7%; RR 1,06 (95% CI 0,98-1,14)). <p>Makroliid vs doksütsükliin. – (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 RCTs uuriti (2) erütromütsiini vs doksütsükliin. Kliinilise paranemise määras ei esinenud statistiliselt olulist erinevust (N 24; 81,8% vs 92,3%; RR 0,89 (95%CI 0,64-1,22)). 	
--	---	--

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

OTSUS

TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL

TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> ○ Suur ○ keskmine ● Väike ○ Tühine ○ Varieerub ○ Ei oska öelda 	<p>Asitromütsiin vs amoksitsilliin/klavulaanhape – (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCTs (8) leiti, et antibiootikumide vahel ei esinenud erinevust vähemalt ühest kõrvalnähtust teatanud inimeste arvus (N 268; 25,0% vs 16,7; RR 1,50 (95% CI 0,93-2,42) • Ei erinenud ka tõsiste kõrvalnähtude esinemine (N 268; 2,2% vs 2,3%; RR 0,97 (95% CI 0,20-4,72); madala kvaliteediga tõendus. • Lisaks ei erinenud liveldust, oksendamist või kõhulahtisust teatanud inimeste arv. • Asitromütsiini saanud inimestel erines oluliselt rohkem kõhuvalusid võrreldes amoksitsilliin/klavulaanhape grupis (N 268; 9,6% vs 1,5%; RR 6,31 (95% CI 1,45 vs 27,42); madala kvaliteediga tõendus. <p>Asitromütsiin vs klaritromütsiin – (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Süstemaatilises ülevaates (10) leiti, et asitromütsiini ja klaritromütsiini kõrvalnähtude arvus ei esinenud olulist erinevust (N 499; 26,3% vs 24,6%; RR 1,07 (95% CI 0,79-1,44); keskmise kvaliteediga tõendus. <p>Tsefalosporiin vs penitsilliin – (3, 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 RCTd (3, 4) võrdlesid kõrvaltoimete esinemist, kus ei esinenud statistiliselt olulist erinevust. (N 698; 27,5% vs 31,9%; RR 0,88 (95% CI 0,71-1,10) mõõduka kvaliteediga tõendus. <p>Makroliid vs B-laktaam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrvaltoimete esinemist uuringutes ei hinnatud. <p>Makroliid vs doksütsükliin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrvaltoimete esinemist uuringutes ei hinnatud. 	
---	---	--

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

OTSUS

TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL

TÄIENDAVALD KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Väga madal <input type="radio"/> madal <input checked="" type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> väga <input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad 	<p>Kasutatud tõendusmaterjali tõendatuse aste on madalast kuni kõrgeini.</p> <p>Kokkuvõttes on tõendatuse aste mõõdukas.</p>	
--	--	--

Väärtushinnangud

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

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<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>Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.</p>	

Mõjude tasakaal

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

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 checked="" type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.</p>	

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 	<p>Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.</p>	
--	--	--

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD 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 	<p>Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.</p>	

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD 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 	<p>Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.</p>	

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	Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali 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	Sellel teemal eraldi tõendusmaterjali ei otsitud.	

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

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	OTSUS						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda

	OTSUS						
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. C R Salvarazza, H Mingrone, H Fachinelli, S Kijanczuk. Comparison of roxithromycin with cefixime in the treatment of adults with community-acquired pneumonia. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*; 1998.
2. B Wiesner, G Wilen-Rosenqvist, L Lehtonen. Twice daily dosing of erythromycin acistrate in the treatment of acute bronchitis and pneumonia. *Arzneimittel-Forschung*; 1993.
3. F Higuera, H Hidalgo, J Feris, G Giguere, J J Collins. Comparison of oral cefuroxime axetil and oral amoxicillin/clavulanate in the treatment of community-acquired pneumonia. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*; 1996.
4. Charles M Fogarty, Marcia Cyganowski, William A Palo, Richard C Hom, William A Craig. A comparison of cefditoren pivoxil and amoxicillin/ clavulanate in the treatment of community-acquired pneumonia: a multicenter, prospective, randomized, investigator-blinded, parallel-group study. *Clinical Therapeutics*; 2002.
5. Pablo Bonvehi, Katherine Weber, Todd Busman, Dee Shortridge, Gerard Notario. Comparison of Clarithromycin and Amoxicillin/Clavulanic Acid for Community-Acquired Pneumonia in an Era of Drug-Resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Clinical Drug Investigation*; 2003.
6. Excellence, National, Institute, for, Health, and, Care. Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing. NICE guideline; 2019.
7. Metlay J, Waterer G, Long A. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 2019.
8. R Paris, M Confalonieri, R Dal Negro, G P Ligia, L Mos, T Todisco, V Rastelli, G Perna, M Cepparulo. Efficacy and safety of azithromycin 1 g once daily for 3 days in the treatment of community-acquired pneumonia: an open-label randomised comparison with amoxicillin-clavulanate 875/125 mg twice daily for 7 days. *Antimicrobial Chemotherapy*; 2008.
9. Carl Llor, Almudena Pérez, Eugenia Carandell, Anna García-Sangenís, Javier Rezola, Marian Llorent, Salvador Gestoso, Francesc Bobé, Miguel Román-Rodríguez, Josep M Cots, Silvia Hernández, Jordi Corté, Marc Miravittle, Rosa Morros. Efficacy of high doses of penicillin versus amoxicillin in the treatment of uncomplicated community acquired pneumonia in adults. A non-inferiority controlled clinical trial. *Atención Primaria*; 2017.
10. Smita Pakhale, Sunita Mulpuru, Theo J M Verheij, Michael M Kochen, Gernot G U Rohde, Lise M Bjerre. Antibiotics for community-acquired pneumonia in adult outpatients. *Cochrane Database of Systematic Review*; 2014.