

Venoosse haavandi käsitus

Töörühma ja sekretariaadi koosoleku protokoll nr 8

| | |
|------------------------------------|--|
| Kuupäev | 15.jaanuar 2016 |
| Koht | Lastekodu 48, Tallinn |
| Algus | kl 12.00 |
| Lõpp | kl 15.40 |
| Osalejad | <i>Töörühma liikmed:</i> Evo Kaha, Tiiu Kaha, Hepp Nigol, Tiiu Rehe, Kadi Tarasova, Heli Järve, Maire Karelson, Tiit Meren, Ülle Helena Meren, Malle Vahtra (EHK) <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Edgar Lipping, Bret Kuldsaar, Malle Avarsoo (EHK) <i>Täiendavalt osalesid:</i> Reet Vinkel, Anna Vesper |
| Puuduvad töörühma liikmed | Veronika Palmiste-Kallion |
| Juhataja | Evo Kaha |
| Protokollija | Reet Vinkel |
| Päevakord | <ol style="list-style-type: none">1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks.2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine3. Muud küsimused |
| Ülevaade toimunud arutelust | <p>1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja kvoorum. Konkureerivaid huviseid ravijuhendi käsitusala koostamisel ei ole deklareeritud. Koosolekul osaleb kümme töörühma liiget, kvoorum soovitude kinnitamiseks on koos.</p> <p>2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine/kinnitamine. <i>Kliinilise küsimuse 15 tõendusmaterjali arutelu (Venhaavand_K15_EvSu):</i> Kas kroonilise venoosse haavandiga patsientidel kasutada ravitulemuse parandamiseks nekrektoomia (<i>debridement</i>) meetodina kirurgilist nekrektoomiat vs mehaanilist nekrektoomiat vs autolüütilist nekrektoomiat vs biokirurgilist nekrektoomiat?</p> <p>Cochrane ülevaates (2015) leiti, et tõendusmaterjali kinnitamaks aktiivse nekrektoomia olulisust venoosse haavandi paranemisel on vähe. Uuringuid on vähe, uuringute valimid väikesed ning puuduvad metaanalüüsid.</p> <p>Teema on käsitletud kolmes kaasatud ravijuhendis, nende kokkuvõtlik soovitus on: Kirurgiline <i>nekrektoomia</i> on parim ja kui pole ligipääsu kirurgilisele nekrektoomiale (kui puudub spetsialist või ligipääs kirurgilisele debridemendile), võib kaaluda alternatiivseid nekrektoomia meetodeid (hüdrokirurgiline, UH, ensümaatiline, bioloogiline).</p> <p>Kulutõhususe analüüsi sellel teemal ei leidunud.</p> <p>Töörühm arutas, et nekrektoomia on teema, mis vajab ravijuhendis põhjalikku kajastamist, sest tekitab alati mitmeid küsimusi. Kindlasti tuleb lahti kirjutada erinevad nekrektoomia meetodid ning, milliste venoosete haavandite ja ka milliste</p> |

patsientide puhul rakendada kirurgilist nekrektoomia. Järgmisel koosolekul vaadata üle lisamaterjal ning otsustada soovitusel lõplik sõnastus.

Töörühma poolt sõnastatud, kuid kinnitamata soovitused (Venhaavand_K15_SoKo):

1. Nekrektoomia vajadusel on eelistatud kirurgiline nekrektoomia. → **tugev soovitus teha - KINNITAMATA**

Lisaks:

- Ravijuhendi selgitusse kirjutada, et kirurgiline nekrektoomia on esmane valik ning kui see pole võimalik (nt patsient ise ei soovi, pole võimalik teha narkoosi jne), siis muud variandid (vesi, ultraheli, mis vajavad samuti narkoosi, kompressioonravi jne)
- Järgmisel koosolekul arutada, kas ravijuhendis käsitleda haavandi nekrektoomia teostamist sõltuvalt venoosse haavandi faasist: nt kirurgiliseks nekrektoomiaks sobib hästi haava „must faas“, haavandi „kollases faasis“ kaaluda esmalt näiteks telemeditsiinilist konsultatsiooni spetsialistiga.
- Vaadata juurde materjale nekrektoomia kohta - Haavaraamatus (2011) näiteks on olemas vastav algoritm, samuti Euroopa Haavaravi Assotsiatsiooni konsensusdokumenti nekrektoomia kohta.
- Patsiendijuhendis välja tuua, et kirurgiline nekrektoomia on esmane valik, kui see pole võimalik, siis kasutatakse alternatiive. Igal juhul on patsiendil **kohustus** tegeleda haavahooldusega (enne ja) pärast kirurgilist nekrektoomiat vastavalt arsti suunistele (jätkab kompressioonraviga).

Kliinilise küsimuse 8 tõendusmaterjali arutelu (Venhaavand_K8_EvSu):

Kas kõikidel kroonilise venoosse haavandiga patsientidel rakendada parema ravitulemuse saavutamiseks kompressioonravi erinevaid võimalusi vs mitte rakendada?

- samasuguse tugevusega kompressioonravi
- mitteveniv elastne side vs veniv elastne side vs mitmekihiline (*multi-layer system*) vs vahelduv kompressioon (*intermittent pneumatic*)
- kompressioonravi kombinatsioon

Süsteemaatilises ülevaates on leitud, et kompressiooniga ravi on tulemuslikum (haavand paraneb paremini) kui ilma kompressioonita, multikomponentne kompressioon on parem kui ühekomponentne ja elastse komponendiga süsteemid on paremad kui elastse komponendita.

AWMA ravijuhendis on soovitus, et vastunäidustuste puudumisel kasutada kompressioonravi venoosse haavandi ravimiseks (Grade B). Lisaks kasutatud 2015.a. avaldatud ravijuhendis (MoCVD 2015) leiti samuti, et kompressioonravi on tulemuslikum kui standardravi ilma kompressioonita. MoCVD soovib kompressioonravi elaste või mitte-elaste või mõne muu kompressioonisüsteemiga venoosse haavandi esmaseks raviks ning soovib kaaluda interventsiooni võimalust (Class I, Level B)

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused (Venhaavand_K8_SoKo):

2. Kroonilise venoosse haavandiga patsientidel rakendada parema ravitulemuse

saamiseks meditsiinilist kompressioonravi – **tugev soovitus teha** - **KINNITATUD**

3. Turse reduktsiooni alustada elastsete sidemete või elastsete torusidemetega - **hea tava suunis - KINNITATUD**

Lisaks:

- Koostada haigekassa eelarve mõju analüüs, arvestusega, kui kõigile kroonilise venoosse haavandiga patsientidele määratakse kompressioonravi ning tooted oleksid meditsiiniseadmete loetelu alusel soodustusega.
- Ravijuhendi selgitusse lisada, mis on kirjanduse andmetel kompressioonravi eelistatud kasutusjärjekord, arvestades ka muid tegureid: patsiendi valu, enesetunnet, pika venivusega, väheveniv jne. (nt alustada vähevenivaga, kui patsiendile ei sobi valu tõttu, siis alustada pika venivusega).
- Ravijuhendi lisana koostada tabel kompressioonsukkade ISO sertifikaatidest(kood) ja 4-st kompressioonklassist, kus patsient võib kasutada näiteks 1. klassi ja 3. klassi sukkasid 6 kuud (ehk 2x aastas). Selle tabeli kohaselt ei saa ka perearst midagi valesti valida ning võiks olla ka abi apteekrile.
- Rakenduskava osana koostada juhend, kuidas arst, kes määrab kompressioonravi patsiendile, edastaks vastavad juhised ka apteekrile, milline oleks õige elastikside, ravisukk.
- Koostada ravijuhendi lisana algoritm kompressioonravi kasutamisest - algab turse redutseerimisest jne. Siit ka abi proviisoritele. Kas patsiendijuhendisse panna ka absoluutsed vastunäidustused?

Kliinilise küsimuse 16 tõendusmaterjali arutelu (Venhaavand_K16_EvSu):

Kas kõikidel kroonilise venoosse haavandiga patsientidel otsustada haavaravivahendite valik sõltuvalt haavandi faasist ja sügavusest vs mitte?

Süsteematisi ülevaateid, mis hõlmaksid haavandi faasi ja sügavust, ja eelistatavat vahendit ei ole tehtud.

1)Leitud on erinevad süsteematised ülevaated, kus on analüüsitud erinevate haavahooldusvahendite efektiivsust haavaravis.

2007 tehtud ülevaates leiti, et ükski haavaravivahend ei ole teistest oluliselt parem. Uurijad on leidnud, et kuna ükski vahend ei näidanud olulist paremust võrreldes teistega, peaks haavaravivahendite valimisel lähtuma mugavusest, võimalustest ning kulutõhususest. Kokkuvõtvalt ei leitud ka teistes ülevaadetes statistiliselt olulist erinevust haavandi paranemise osas. Cochrane 2013 aasta uuringus näidati, et hetkel ei ole tõenduspõhised uuringud suutnud näidata vahtplaastrite kasutamisel paremaid tulemusi kroonilise venoosse haavandi ravis võrreldes teiste haavaravitoodetega

Ravijuhendite on toodud soovitusel samuti lähtuda haavahooldusvahendi valikul haavandi faasist, sügavusest, patsiendi ja või personali eelistustest, kulukusest

2) Leidus süsteematisi ülevaateid haavaravivahendite valikutest sõltuvalt

haavandi eksudatsioonist ning faasist, need on nõrga kvaliteediga.

Töörühm arutas, et haavaravivahendite valik tuleb võimaluste piires ravijuhendis täpselt kirjeldada, aitamaks kasutajatel teha valikuid haavaravivahendite valikul. Kuivõrd ükski haavaravivahend ei ole uuringute põhjal teistest oluliselt efektiivsem, sõnastada soovitused haavaravivahendite valiku kohta sõltuvalt haavandi seisukorrast ja faasist. Järgmiseks koosolekuks koostada vastav tabel haavaravivahendite võimaliku valiku kohta ja seejärel lõplikult sõnastada ravijuhendi soovitused.

Töörühma poolt sõnastatud, kuid kinnitamata soovitused (Venhaavand_K16_SoKo):

4. Kroonilise venoosse haavandi ravis kasutatavate lokaalsete vahendite valikul tuleb arvestada haavandi faasi, eksudaadi hulka, infektsiooni olemasolu, patsiendi eelistusi, vahendite kulutõhusust - **soovitus pigem teha KINNITAMATA**

5. Lokaalsed vahendid peaksid eemaldama liigse eksudaadi, säilitama niiske keskkonna, kaitsma kontaminatsiooni eest, olema hüpoallergilised ja vähetraumeerivad. – **soovitus pigem teha KINNITAMATA**

6. Krooniliste haavandite puhul on:

- puhastumise staadiumis soovitatav kasutada hüdrogeele,
- granulatsioonifaasis vaht- või vähe-adhesiivseid haavahooldustooteid
- epitelisatsioonifaasis hüdrokolloid või madala adhesiivsusega haavaravivahendeid,
- õrnale nahale peaks kandma vähe-adhesiivsed haavaravivahendid;
- hemorraagilistele haavanditele alginaadid;
- halvalõhnalistele haavanditele aktiveeritud söe tooted,
- infitseeritud haavanditele kasutada antiseptikumi sisaldavat haavaravitooteid.

Haavaravitoote valikul peab veenduma, et on kontakt haavapõhjaga – **hea tava suunis – KINNITAMATA**

Lisaks:

- Ravijuhendi selgitusse selgitada erinevate haavaravivahendite omadused, mida arvestada; oluline, et on kontakt haavapõhjaga olemas
- Koostada tabel haavaravivahendite valikutest sõltuvalt haavandi eksudatsioonist ning faasist, (mis sobib millistele haavadele), mööndusega, et mesi jääb välja

Kliinilise küsimuse 20 tõendusmaterjali arutelu (Venhaavand_K20_EvSu):

Kas kroonilise venoosse haavandiga patsientide ravis on efektiivne kasutada telemeditsiinilist konsultatsiooni vs tavapärasest eriarsti konsultatsiooni ?

Süsteemaatilisi uuringuid ei ole tehtud ning ka ravijuhendites on väga vähe infot. Töörühm sõnastas esmase soovitus, kuid järgmiseks koosolekuks otsida juurde kirjandust (koduõendusteenuse osutamisel telemeditsiinilise konsultatsiooni kasutamine, kulutõhusus).

Töörühma poolt sõnastatud, kuid kinnitamata soovitused (Venhaavand_K20_SoKo):

7. Võimaluse korral võib telemeditsiinilist konsultatsiooni kasutada - hea tava suunis

Lisaks:

- Ravijuhendi mõistetes lahti seletada „telemeditsiiniline konsultatsioon“ (kas pilt haava seisundist, videokonsultatsioon jne)
- Otsida juurde materjali koduõendusalasest kirjandusest ning Põhjamaades tehtud kulutõhususe uuringutest.

Kliinilise küsimuse 19 tõendusmaterjali arutelu (Venhaavand_K19_EvSu):

Kas kroonilise venoosse haavandiga patsiendi ravitulemuse parandamiseks tuleb erialaspetsialistile edasisuunamine otsustada kindlate kriteeriumite alusel vs mitte?

- haavandi paranemise dünaamika (kroonilise haavandi mitteparanemine)
- ravi kestus.

Süsteemaatilisi ülevaateid selle teema kohta ei leidunud. Ravijuhendites on toodud kriteeriumine, et patsient tuleb suunata erialaspetsialist vastuvõtule, kui venoosse haavand ei ole raviga paranenud 3 kuud

Kuivõrd tegemist hea tava suunisega, mis Eesti tingimustes on oluline, kaaluda, millised peaksid olema kriteeriumid patsiendi edasi suunamiseks erialaspetsialistile. Koostatud esmane soovitus, järgmisel koosolekul vajadusel täiendada ja lõplikult sõnastada.

Töörühma poolt sõnastatud, kuid kinnitamata soovitused (Venhaavand_K19_SoKo):

8. Juhul kui kaasuvad haigused on kompenseeritud, kaaluda kroonilise venoosse haavandiga patsiendi suunamist eriarstile, kui:

- Haavandi adekvaatse konservatiivse raviga pole saavutatud positiivset dünaamikat 3 kuu jooksul
- Tugev valusündroom
- Ravile allumatu kroonilise haavandi infektsiooni ägenemine
- Antibiootikumresistentse mikroobide tekitatud äge infektsioon
- Venoosse patoloogia lahendamine
- Haavandi ümbruse dermatiit - hea tava suunis - **KINNITAMATA**

Lisaks:

- Ravijuhendi selgituste osas lahti seletada, mis on positiivne dünaamika

Kliinilise küsimuse nr. 3 täiendav arutelu

Kinnitatud soovitus on „Kõigil venoosse haavandiga patsientidel palpeerige

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>jalalaba pulsid, jalalaba pulsside puudumisel suunake patsient edasisteks uuringuteks eriarstiabisse“.</p> <p>Soovituse sõnastuses pöörati tähelepanu, et peaks siiski täpsustama, kelle juurde patsient suunata, kui ei ole võimalik palpeerida jalalaba pulsse. Tekkis täiendav arutelu töörühma liikme poolt, kas soovitus saaks laiendada? Ettepanek, lisada ka põlveõndlapulsid palpeerimiseks, sest jalalaba pulsid võivad puududa, mis omakorda võib viia selleni, et veresoontekirurgia osakondades suureneb töömaht. Ka töörühmas oli arutelul põlveõndla pulsi lisamise suhtes eriarvamusi. Kuna ravijuhendi käsitlusalas ei olnud vastavat sõnastust jalalabapulsside kohta, ei ole ka sekretariaat sellekohaseid materjale otsinud ega kajastanud. Jäi soovitus sekretariaadil vaadata üle kl. küs. 3 puudatav olemasolev tõendusmaterjal, kas on nendes põlveõndla pulsside kohta materjali/soovitusi.</p> <p>3. Muud küsimused</p> <ul style="list-style-type: none"> - Järgmise koosoleku ajaks pakutud 7. või 17. märts. kl 12-16 Tallinnas. Koosoleku aeg täpsustub Doodle keskkonna hääletusega. - Kliinilise küsimuse nr. 3 osas tekkis täiendav arutelu töörühma liikme poolt, kas töörühma poolt kinnitatud soovitus saaks laiendada? Kinnitatud soovitus on „Kõigil venoosse haavandiga patsientidel palpeerige jalalaba pulsid, jalalaba pulsside puudumisel suunake patsient edasisteks uuringuteks eriarstiabisse“. Ettepanek, lisada ka põlveõndlapulsid palpeerimiseks, sest jalalaba pulsid võivad puududa, mis omakorda võib viia selleni, et veresoontekirurgia osakondades suureneb töömaht. Ka töörühmas oli arutelul põlveõndla pulsi lisamise suhtes eriarvamusi, kuid jäi soovitus sekretariaadil vaadata üle kl. küs. 3 puudatav olemasolev tõendusmaterjal, kas on põlveõndla pulsside kohta materjali/soovitusi. - Sekretariaat alustab järgmiseks koosolekuks esialgse ravijuhendi kokku kirjutamisega, et töörühm saaks ka ravijuhendi soovitused koos kinnitada. Esialgse ravijuhendi versiooni peaks töörühmale esitama tutvumiseks veebruari lõpuks. Töörühm peab hindama, et kinnitatud soovitused oleksid loogilises järjestuses ning poleks omavahel vastuolus. - Rakenduskava koostamine |
| <p>Vastuvõetud otsused</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Konkureerivaid huvisid ravijuhendi käsitlusala koostamisel ei ole deklareeritud, koosolekul osaleb kümme töörühma liiget, kvoorum soovitude kinnitamiseks on koos. 2. Sõnastatud ja kinnitatud 2 ravijuhendi soovitus (kl. küs. 8), 5 soovitus esialgselt sõnastatud (kinnitamata). 3. Järgmiseks koosolekuks: <ul style="list-style-type: none"> - Sekretariaadil teha kliinilise küsimuse nr. 3 osas olemasoleva materjali läbivaatamine või täiendav materjaliotsing „põlveõndla pulsi“ suhtes. - koostada haigekassa eelarve mõju analüüs, arvestusega, kui kõigile kroonilise venoosse haavandiga patsientidele määratakse kompressioonravi ning tooted oleksid meditsiiniseadmete loetelu alusel soodustusega. - otsida juurde materjale nekrektoomia kohta (kliiniline küsimus 15) - Haavaraamatus (2011) näiteks on olemas vastav algoritm, samuti Euroopa |

| | |
|--|---|
| | <p>Haavaravi Assotsiatsiooni konsensusdokumenti nekrektoomia kohta.</p> <ul style="list-style-type: none">- - koostada tabel haavaravivahendite valikutest sõltuvalt haavandi eksudatsioonist ning faasist, (mis sobib millistele haavadele), mööndusega, et mesi jääb välja (kliiniline küsimus 16).- sekretariaadil teha kliinilise küsimuse 20 kohta täiendav kirjanduse otsing (telemeditsiinilise konsultatsiooni kasutamine koduõendus, kulutõhususe uuringud) <p>4. Uus töörühma koosolek lepitakse kokku Doodle ajaplaneerimise keskkonnas, arvestusega, et sekretariaat jõuab koostada esialgse ravijuhendi tööversiooni ja esitaks selle veebruari lõpuks k.a.</p> |
|--|---|