



Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 3

24.08.2020 kl 11.00-15.40

Videokoosolek Vidyo kaudu.

Osalesid: töörühma liikmed Pille Sillaste, Svetlana Gromova, Katrin Elmet, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Mari Lõhmus, Kadri Sujja, Merike Värik, erakorralise meditsiini konsultant Kristiina Põld ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, Pille Kilgi, Jana Lass, Ivi Normet, Marika Saar ja Anna Vesper

Puudusid: töörühma liikmed Made Bambus, Liina Kivi (ette teatatud)

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides. Koosolekul osaleb üheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. 15.06. koosolekul sõnastatud soovitude kinnitamine

Eelmisel koosolekul arutati kahe kliinilise küsimuse alaküsimuste tõendusmaterjali (intrakraniaalse rõhu tõusu käsitus, antibakteriaalne ravi elulõpuravis) ning sõnastati soovitud. Soovitusi ei saanud kinnitada kvoorum puudumise tõttu. Vaadatakse üle sõnastatud soovitud. Kõik koosolekul osalevad töörühma liikmed on nõus soovitude kinnitamisega.

3. Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali arutelu jätk

Kas palliatiivset ravi vajaval patsiendil kasutada järgmiste erakorraliste seisundite lahendamisel farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist: maliigne pleuraefusioon, astsiit?

Maliigse pleuraefusiooni tekkel võib olla mitmeid põhjusi ning ravi sõltub sümptomaatikast, tekkepõhjusest ning patsiendi eelistustest. Pleuraefusioon võib olla ka asümptomaatiline. Pleura punktsioon on kasutusel esmase sekkumisena. Kui punktsiooni järgselt sümptomid leevenduvad, tuleb patsienti jälgida ning edasine sekkumine sõltub patsiendi seisundist ja pleuravedeliku taastekke kiirusest. Uuringutes on leitud, et püsiv dreni paigaldamine on efektiivne, patsiendile vähem koormav. Samas on leitud, et pleurodees on efektiivsem meetod vedeliku taastekke ennetamiseks kui püsiv dreni paigaldamine. Õhupuuduse leevendamisel on meetodid sama efektiivsed. Pleurodeesi teostamine sõltub patsiendi üldseisundist.

Töörühm arutas, et palliatiivse ravi patsientidel tuleks esimese sekkumisena teha sümptomaatilise maliigse pleuraefusiooni korral pleura punktsioon. Edasised sekkumised sõltuvad paljuski patsiendi üldseisundist ja pleuravedeliku taastekke kiirusest. Kirjanduses soovitatakse pleurodeesi mitteõnnestumise korral kasutada püsirenaaži ning kasutusel on patsiendile vähem koormavana tunnelleritud püsireeni. Viimast Eestis hetkel ei kasutata. Eesti tingimustes tuleks hinnata tunnelleritud püsireeni asetamisega seotud kulusid ning samas arvestada koormust patsiendile. Ka mittemaliigse pleuraefusiooni korral peaks kaaluma püsirenaaži juhul, kui direetiline ravi ei ole andnud efekti. Puudub piisav tõendus põhjus tugevate soovitude sõnastamiseks. Siiski leiab töörühm, et pleuraefusiooni käsitlemise kohta on vajalik sõnastada kliinilise praktika jaoks soovitusel.

Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitusel:

1. Asümptomaatiline maliigne pleuraefusioon ei vaja sekkumist - *praktiline soovitus*
2. Sümptomaatilise maliigse pleuraefusiooni (kõrge valgusisaldusega) korral on näidustatud pleura punktsioon. - *praktiline soovitus*
3. Kui pleura punktsiooni järgselt sümptomid leevenduvad, sõltub edasine patsiendi käsitus pleuravedeliku taastekke kiirusest, patsiendi üldseisundist, vaevuste raskusest. - *praktiline soovitus*
4. Kui on aeglane pleuravedeliku taastekke (30 ja enam päeva), siis on vajalik korduv pleurapunktsioon - *praktiline soovitus*
5. Kui on kiire pleuravedeliku taastekke (alla 30 päeva) ja patsiendi üldseisund võimaldab, kaaluda talkpleurodeesi. Kui üldseisund ei võimalda talkpleurodeesi, on näidustatud püsirenaaž (võimalusel eelistada tunnelleritud) - *tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste*
6. Kui pleura punktsiooni järgselt sümptomid ei leevendu ja patsiendi üldseisund on ECOG 3-4, jätkata mitteinvasiivse vaevusi leevendava raviga. Kui patsiendi üldseisund on ECOG 1-2, kaaluda erialaspetsialisti konsultatsiooni. - *praktiline soovitus*
7. Kui diureetilise ravi maksimaalsete annuste foonil püsib mittemaliigne pleuraefusioon, kaaluda pleura püsirenaaži (võimalusel eelistada tunnelleritud) - *praktiline soovitus*

Astsiidil võib olla mitmeid tekkepõhjuseid (maksatsirroos, pahaloomulised kasvaja, südamepuudulikkus), esmane ravi on diureetikumidega (uuringu põhjal efektiivsed spironolaktoon, furosemiid nii monoterapias kui kombinatsioonis) ning vedeliku ja soola tarvitamise piiramine. Vajalik on regulaarne elektrolüütide, jääkainete jälgimine ja häirete korral diureetilise ravi katkestamine. Pahaloomulisest kasvajast tingitud astsiidi korral diureetiline ravi sageli ei aita, näidustatud astsiidi punktsioon. Kui punktsiooni on vajalik teha enam kui kaks korda kuus, on näidustatud püsireeni paigaldamine. Väikese uuringu tulemuste põhjal ei ole püsireeni paigaldamine keeruline, keskmiselt püsib dren paigal 117 päeva. Püsireeni korral infektsioonide oht, mis uuringu põhjal on edukalt ravitav.

Töörühm arutas, et astsiidi korral on esmaseks meetodiks diureetiline ravi, kui see efektita, on näidustatud punktsioon. Teemakohaseid uuringuid palliatiivse ravi patsientidel vähe, kuid püsireeni paigaldamine on soovitatav meetod arvestades patsiendi võimalikke eelistusi ja korduva tervishoiuasutusse pöördumisega seotud koormust. Seetõttu sõnastas töörühm soovitusel kaaluda kiire astsiidi taastekke korral püsirenaaži. Haiglates on kohati praktika astsiidi punktsiooni järgselt alati teostada albumiini ülekannet. Töörühma hinnangul ei ole kirjanduse

alusel selline sekkumine vajalik. Sekretariaat vaatab järgmiseks koosolekuks üle tõendusmaterjali.

Töörühm vaatas üle erakorraliste seisundite käsitlemise algoritmid ning tehti mitmeid muudatusettepanekuid. Muudetud algoritmid vaadatakse üle järgmisel koosolekul.

Töörühm sõnastas ja kinnitas järgmised soovitused:

8. Kui diureetilise ravi maksimaalsete annuste foonil astsiidist tingitud vaevused püsivad, on näidustatud punktsioon.
 - a. kui on aeglane astsiidi taasteke (30 ja enam päev), on vajalik korduv punktsioon.
 - b. kui on kiire astsiidi taasteke (alla 30 päeva), kaaluda püsirenaaži. - *praktiline soovitus*

Töörühm sõnastas esmase soovitus:

9. Albumiini ja teiste plasmaasendajate kasutamine punktsioonijärgse arteriaalse hüpotensiooni korrigeerimisel ei ole põhjendatud (ei ole tõendatud) - *täpsustamisel*

1. Muud küsimused

Töörühm arutas, et tulevikujuhiste teemat eraldi ravijuhendi raames ei arutata, sest tegemist eraldi arutelu vajava teemaga. Kindlasti rõhutatakse ravijuhendis, et patsiendiga tuleb arutada tema edasist raviplaani ning panna kirja tulevikujuhised. Kas selle kohta on vajalik sõnastada eraldi soovitus, arutatakse uuesti palliatiivse ravi korraldust käsitleva küsimuse juures.

Kõikidele Eestis koostatavatele ravijuhenditele kinnitatakse alates 2020. a teisest poolest kolm resident. Palliatiivse ravi juhendi teise osa retsensentidena on hetkel teada ravijuhendi nõukoja poolt Maivi Parv, perearstide esindajana Katrin Kurg. Lisaks on vajalik leida erialaspetsialist retsensent. Töörühma liikmete arutelu tulemusena tehakse ettepanek Ulvi Ragunile.

Järgmised koosolekud toimuvad videokoosolekutena: 21.09., 26.10., 16.11.