



## **Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 4**

21.09.2020 kl 13.00-16.00

Videokoosolek Vidyo kaudu.

**Osalesid:** töörühma liikmed Pille Sillaste, Made Bambus, Svetlana Gromova, Katrin Elmet, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Mari Lõhmus, Aina Saarma, Kadri Sujja, Merike Värik ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, Pille Kilgi, Jana Lass, Marika Saar ja Anna Vesper

**Puudusid:** sekretariaadi liige Ivi Normet (ette teatatud)

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. Ravijuhendi töörühma liikme muudatus, töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid.**

Ravijuhendi töörühma senise liikme Liina Kivi asemel jätkab Eesti Õdede Liidu esindajana töörühmas Aina Saarma.

Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides. Koosolekul osaleb 11 töörühma liiget, kvorum otsuste tegemiseks on koos.

#### **2. Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali arutelu jätk**

*Kas palliatiivset ravi vajaval patsiendil kasutada järgmiste erakorraliste seisundite lahendamisel farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist: astsiit (jätk)?*

Eelmisel koosolekul arutati astsiidi punktsiooni järgselt albumiini ülekande vajalikkust. Sekretariaat vaatas üle täiendava tõendusmaterjali ning selgus, et kindlat tõendust albumiini või teiste plasmaasendajate kasutamise kasu ega ka kahju kohta ei ole, andmed pärinevad 2019.a. avaldatud Cochrane'i süstemaatilistest ülevaatest. Kaasatud uuringud on olnud väikesemahulised, madala kvaliteediga, tulemused heterogeensed. Töörühm arutas, et tõendusmaterjali alusel ning arvestades patsiendi võimalikke eelistusi ja kulusid tervishoiusüsteemile, sõnastatakse nõrk negatiivne soovitus.

#### **Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitus:**

1. Albumiini ja teiste plasmaasendajate kasutamine punktsioonijärgse arteriaalse hüpotensiooni korrigeerimisel ei ole põhjendatud. - nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste

Töörühm on üle vaadanud eelmisel koosolekul sõnastatud soovitused ning soovitakse täpsustada soovitus 8 sõnastust - täpsustada, et deksametasooni säilitusannus peab olema minimaalne toimiv annus, kuid mitte vähem kui 4 mg.

**Soovitus 8 (muudetud sõnastuses).** Kui patsiendil on ajumetastaasid või primaarne ajukasvaja, on näidustatud deksametasooni kasutamine.

- a) kui ei ole veel tekkinud intrakraniaalse rõhu tõusule iseloomulikke kliinilist pilti, kasutada deksametasooni 4 -8 mg ööpäevas;
- b) kui on tekkinud intrakraniaalse rõhu tõusule iseloomulik kliiniline pilt, kasutada deksametasooni 16 mg ööpäevas (1-2 annusena, eelistatult hommikul ja lõunal). Sümptomite taandumisel vähendada annust kuni minimaalse toimiva annuseni (mitte vähem kui 4 mg ööpäevas.). - *tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*

### **3. Algoritmide ülevaatamine**

Vaadati üle 24.08. koosoleku järgselt parandatud algoritmid.

#### ***Intrakraniaalse rõhu tõusu käsitlus***

- selgemalt tuua alguses välja, et on kaks võimalust – kliiniline pilt esineb või puudub („IKR tõusu ei sedasta“ võtta maha);
- krampide võimalike põhjuste juures panna kokku toidulisandid ja ravimtaimed;
- üldiste võtete all tuua esimeseks „kaitse lisavigastuste eest“;
- „lühikesed iselahenevad krambid“ asendada „lühikesed partsiaalsed krambid“ ning krampide korral bensodiasepiinide kasutamine sõnastada leebemalt;
- täpsustada midasolaami, lorasepaami ja diasepaami annused;
- täpsustada deksametasooni annused ja annuste vähendamine (viia kooskõlla muudetud soovitus sõnastusega)

#### ***Astsiidi käsitlus***

- kirjutada täpsemalt astsiidi võimalikud põhjused ning vastavalt sellele erinev käsitlus – diureetikumide kasutamine, põhjuslik ravi, paratsentees (suur astsiidi kogus, vajalik kiire leevendus);
- kehakaalu tuleks jälgida iga nädal, neerufunktsiooni ja elektrolüüte hinnata iga kahe nädala järel;
- parandada K väärtuste juures nool ( $K > 5,5$  mmo/l)

#### ***Maliigse pleuraefusiooni käsitlus***

- tuua algoritmi ülaosas eraldi välja eksudaat ja transudaat koos võimalike põhjustega;
- kui patsiendi sümptomid punktsiooni järgselt ei leevendunud ja üldseisund on halb, näidustatud mitteinvasiivne sümptomaatiline ravi – selle juurde viide õhupuuduse ravi algoritmile;
- kui patsient on jälgimisel, võivad tal ühel hetkel siiski tekkida sümptomid – lisada vastav nool
- kiire taastätumise juures peaks olema märgitud vajadusel erialaspetsialisti konsultatsioon

#### ***Maliigse seljaaju kompressiooni käsitlus***

- täpsustada, et patsient tuleb täiendavateks uuringuteks ja raviplaani koostamiseks suunata EMOsse, spetsiifilisi uuringuid (MRT, KT) ei ole vajalik algoritmis välja tuua;
- rõhutada, et kiiritusravi või kirurgiline dekompressioon vajalik 48 tunni jooksul;
- parandada mõlemas käsitluse kassis deksametasooni annused, annuste vähendamine

## Ülemise õõnesveeni kompressioon

- lisada kaebused ja kliiniline pilt;
- sekkumised eristada vastavalt, kas tegemist healoomulise või pahaloolumulise obstruktsiooniga;
- lisada mittefarmakoloogilised võtted.

## Verejooksu käsitus

- lisada algoritmi verejooksu võimalikud põhjused;
- kui patsient saab haigusspetsiifilist ravi, peaks võimalusel kõrvaldama verejooksu põhjuse, täpsustada algoritmis;
- lisada nooled sekkumiste juurde;
- traneksaamhappe kasutamise võimalused täpsustada (annused, lahustamine). Esmavalik peab olema suukaudne manustamine;
- parandada viimases kastis sõnastus, nt massiivne hemorraagia on letaalne või prognoositav massiivne verejooks viib surmale. Lisaks võtta ära kiire manustamise selgitus ja samuti märge patsiendi hirmu kohta.

Verejooksu käsitluse algoritmist on maha võetud lause: patsienti ja tema lähedasi peab informeerima raske tüsistuse tekkimise võimalustest, et kaasata neid raviotsuste tegemisse ja õpetada võtteid esmaseks toimetulekuks. See peab olema ravijuhendis toodud juba erakorraliste seisundite käsitlemist puudutavas sissejuhatavas osas.

Sekretariaat teeb parandused algoritmides ning need saadetakse töörühmale uuesti üle vaatamiseks. Algoritmide viimased parandused tehakse elektrooniliselt, koosolekul neid rohkem ei arutata. Algoritmide saadetakse üle vaatamiseks ka dr K.Põllule.

## 4. Kliinilise küsimuse 3 tõendusmaterjali arutelu.

*Kas elulõpuravis parandab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi elukvaliteeti või mitte: vereülekanne?*

Vereülekanne tegemise kasude/kahjude kohta elulõpuravis RCTsid ei leidunud. 2012.aasta Cochrane'i sellel teemal tehtud süstemaatilisse ülevaatesse kaasati 12 jälgimisuuringut. Kokkuvõttes leiti, et pole teada, milline on vereülekanne kasu kaugele arenenud kasvaja patsientidel. Ka paaris hilisemas uuringus on leitud väga vähene efekt. Töörühm arutas, et kliinilises praktikas on nähtud efekti väsimuse vähenemisenähtena aneemiaga patsientidel, kellele on tehtud vereülekanne. Kindlasti ei peaks vereülekanne olema kasutusel regulaarse ravimeetodina kõikidele aneemiaga patsientidel, kuid kokkuleppel patsiendiga, kelle üldseisund on stabiilne, võib vereülekanne soovitada. Kindlasti ei peaks vereülekanne tegema terminaalises seisundis patsiendile, sekkumine võib olla isegi kahjulik, sest on patsiendile koormav ning ka kulude mõttes mitteotstarbekas sekkumine. Terminaalises seisundis patsiendil ei ole vajalik hinnata aneemia esinemist.

## Töörühm sõnastas ja kinnitas järgmised soovitused:

2. Väljendunud aneemia sümptomite puhul võib patsientidel, kelle üldseisundi staatus on ECOG 1-2, vereülekanne parandada lühiajaliselt elukvaliteeti. Kui vereülekanne ei vähenda vaevusi, seda mitte korrata. – nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste

3. Terminaalses seisundis patsiendile ei ole vereülekanne näidustatud, ka mitte subjektiivsete vaevuste leevendamiseks. – *praktiline soovitus*

### **5. Kliinilise küsimuse 4 tõendusmaterjali arutelu**

*Kas terminaalses seisundis patsiendi käsitluses leevendab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi vaevusi (neelamishäired, häälekas hingamine, deliirium, suuprobleemid) ja suurendab lähedaste rahulolu olukorraga või mitte: diagnostilised uuringud?*

2016.a avaldatud süstemaatilises ülevaatest selgus, et elulõpuravis tehakse mittevajalikke diagnostilisi uuringuid 25-49% patsientidest (vereanalüüsid, pildidiagnostika). Teemakohaseid RCTsid ei leidunud otseselt terminaalses seisundis patsientidele tehtavate uuringute kohta, seda ilmselt eetilistel põhjustel. Töörühm arutas, et kõikide diagnostiliste uuringute ära jätmist ei peaks elulõpuravis soovitama. Uuringute tegemine võib olla vajalik näiteks infektsioonide põhjuste selgitamiseks, sümptomaatilise ravi tõhustamiseks, muutmiseks. Reeglipärane uuringute tegemine ei ole siiski vajalik. Terminaalses seisundis patsiendi vaevuste leevendamist diagnostiliste uuringute tulemused ei mõjuta, tegemist on kiiresti muutuva seisundiga, uuringute tulemused ei pruugi õigeaegselt jõuda. Seega on tegemist ebaeetilise sekkumisega, millest ei ole patsiendile kasu, vaid pigem kahju (liigutamise, analüüside võtmine, valu tegemine, ebamugavuse põhjustamine). Samuti on nendele patsientidele analüüside, uuringute tegemine ebaefektiivne. Vaatamata asjaolule, et teemakohane tõendusmaterjal puudub, soovib töörühm sõnastada soovitus, mis aitavad praktikutel sellistes situatsioonides toime tulla ja otsuseid vastu võtta.

Järgmisel koosolekul vaadatakse üle kõikide elulõpu ravi ja terminaalses seisundis patsiendi ravi käsitlevad soovitus, ühlustatakse sõnastus.

#### ***Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitus:***

4. Elulõpuravi saavatel patsientidel võib kaaluda uuringute tegemist, kui tulemused on vajalikud täiendavate sümptomaatilise ravi võimaluste selgitamiseks. – *praktiline soovitus*

5. Terminaalses seisundis patsiendile ei ole uuringute tegemine näidustatud, sest on ebaeetiline ja ebaefektiivne. – *praktiline soovitus*

### **6. Muud küsimused**

Ravijuhendi retsensendid on ravijuhendi nõukoja poolt Maivi Parv, perearstide esindajana Katrin Siirak ning spetsialistina Merike Toomik.

Järgmistel koosolekutel arutatakse palliatiivse ravi korraldust ja meeskonnatööd puudutavaid küsimusi. Töörühm on varasemalt arutanud, et nende küsimuste arutelu juurde tuleb kaasata väline ekspert, eelistatult mitte regionaal- või keskhaiglast. Sama soovituse andis ka ravijuhendite nõukoda. Ettepanek osaleda eksperdina tehakse Agnes Aartile.

Järgmised koosolekud toimuvad videokoosolekutena: 26.10., 16.11.