

”PERIOPERATIIVSE ÄGEDA VALU KÄSITLUS”
PROTOKOLL nr.5

Kuupäev	18.august 2014
Koht	Mäo konverentsikeskus
Algus Lõpp	16.00 – 18.45
Osalejad	<p><i>Töörühma liikmed:</i> Boris Gabovitš, Pille Sillaste, Juri Karjagin, Helen Valk, Kaja-Triin Laisaar, Svetlana Ussova, Gabor Szirko, Merle Paliale, Mari-Liis Ilmoja,</p> <p><i>Sekretariaadi liikmed:</i> Kaire Pakkonen, Airin Treimann-Kiveste, Jana Lass, Kristiina Pool, Eve Härma, Kairi Marie Riigor</p> <p>Muud: Ulla Raid</p>
Puudujad	<p><i>Töörühma liikmed:</i> Veronika Palmiste-Kallion, Sergei Kagalo, Maria Rebo, Katrin Kose, Tiit Suuroja, Erki Laidmäe,</p> <p><i>Sekretariaadi liikmed:</i> Malle Avarsoo, Kadri Rõivassepp</p>
Juhatas	Boris Gabovitš
Protokollis	Ulla Raid
Päevakord	<ol style="list-style-type: none"> Huvide deklaratsioonide esitamine ja koosoleku kvoorum Tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine (K1, K2, K4 ja K6) Järgmise koosoleku aeg ja käsitletavad teemad
	<p>1. Huvide deklaratsioonid ja kvoorum (13 töörühma liiget peab olema kohal 9 töörühma liiget)</p> <p>Kõik kohalolnud esitavad täna oma huvide deklaratsioonid. Huvide deklaratsioonidesse ei olnud täiendavat infot.</p> <p>Koosoleku kvoorum on koos.</p> <p>Töörühma liikmete edasine osalemine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Katrin Kose – loobunud - Maksim Kunevitš - loobunud - Tiit Suuroja- loobunud
	<p>2. Tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine (K1, K2, K4, K6)</p> <p>2.1. Kliiniline küsimus 1-2</p> <p>Mõlema küsimuse otsingu tulemusena ühed ja samad uuringud. Tõendusmaterjal mõõdukalt kvaliteetne. Majanduslik mõju: multidistsiplinaarne meeskond, siis kes ja millal oma tööaega kasutab. Vastuvõtt, kabinet, patsient peab tulema vastuvõtule jne kulud. Lisaks kohustavad positiivset otsust langetama ka võlaõigusseadus (VÕS) ja patsiendi esindusühingu soovitus informeerida patsienti (teadev nõusolek)</p> <p>Kahest küsimusest teha üks soovitus.</p> <p>Soovituse ettepanek: tugev positiivne soovitus. (NB: ei mõjuta valu</p>

tugevust, mida peab selgituses avama).
 Kõiki protseduuri/operatsioonile minevaid patsiente/lähedasi peab informeerima eelseisva protseduuri/operatsiooni olemusest ja kulust ning valuravi võimalustest nii suuliselt kui ka kirjalikult.

Praktiline soovitus: Erakorralise operatsioonide korral informeerimine toimub sõltuvalt patsiendi seisundist.

Vajalik välja töötada patsiendi infomaterjal valu hindamise, valu ravimeetodite ja võimaluste osas.

2.2 Kliiniline küsimus nr 6 – Küsimuse täpsustamine: Kas patsiendile **perioperatiivne** NSAIDide manustamine vs mittemanustamine mõjutab perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust?

Nõrk positiivne: Selektiivseid cox-2 inhibiitoreid võib kasutada preoperatiivselt kuna nad ei suurenda perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust.

Nõrk negatiivne: Mitteselektiivseid NSAIDe ei ole soovitatav kasutada preoperatiivselt, kuna nad võivad suurendada perioperatiivse veritsuse tekkeriski.

Nõrk positiivne: Mitte-selektiivseid NSAIDe võib kasutada intra- ja postoperatiivselt, sest veritsuse tekkerisk on madal.

Praktiline soovitus: Suurenenud veritsusriskiga patsientidel tuleb mitteselektiivseid NSAIDe kasutada ettevaatusega.
 Intra-operatiivne manustamine - Mitte-selektiivsed NSAIDe tuleb manustada sobival ajal, kindlustades patsiendi valuvaba ärkamist.

2.3 Kliiniline küsimus nr 13 Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum kombineeritud farmakoloogilise valuravi kasutamine vs monoterapia kasutamine?

Tugev positiivne: Tugeva ja mõõduka valu puhul kasutada postoperatiivselt kombineeritud farmakoloogilist valuravi.

Praktiline soovitus: adjuvantide kohta koostada tabel.

Regionaalsete meetodite osas otsib sekretariaat lisamaterjali.

Koostada tabel erinevate operatsioonietappide, lõikusetüüpide ja ravimite kohta.

Ravimrühma nimetus	Lõikuse etapid			Soovitatav lõikusetüüp
	Preop	intraop	Postop	

2.4 Kliiniline küsimus nr 8: Kas patsiendil intraoperatiivse operatsioonihaava infiltratsiooni kasutamine (lokaalanesteetikumiga) vs selle mittekasutamine mõjutab postoperatiivset ägedat valu?

Tugev positiivne soovitus: Kõikide operatsioonide puhul kasutada operatsioonihaava ühekordset või püsiinfiltratsiooni.

Praktiline soovitus: ~~Efektiivsem on subfastsiaalne infiltratsioon ja manustamise aeg ei ole oluline.~~ → Hetkel eksitav praktiline soovitus. Juhendi valmimisel mõelda selle soovituse kasutamist/mittekasutamist.

2.5 **Kliiniline küsimus nr 4 ja 7** - Kas patsiendile ennetav (*preemptive, preventive*) valuvaigistite manustamine vs mittemanustamine mõjutab postoperatiivse ägeda valu tugevust?

- Mõisted preemptive ja preventive on erinevalt defineeritud erinevates ravijuhendites ja uuringutes – *mõiste defineerida*
- *Mõlema eesmärk on vähendada postoperatiivset valu ja valuvaigistite tarbimist*
- *Ravimitest ja lõikusetüüpidest koostada tabel, arvestades erinevaid lõikuse etappe ja tõendusmaterjali tugevust (prioriseerida). Kriitilisi tulemusnäitajad tuua välja. Doose ei too välja. Manustamisviis on oluline siinkohal.*

Küsimuse tõlgendus: Kas patsiendile enne koe kahjustust valuvaigisti manustamine vähendab postoperatiivse valu tugevust?

Ettepanek soovituseks (nõrk negatiivne): Ennetava valuravi intraoperatiivsega manustamisega võrreldes ei ole kliiniliselt olulist eelist ägeda postoperatiivse valu tugevuse vähendamisel.

Võrrelda ravimrühmasid kuluefektiivsuses.

Täpsustused ja juhtnöörid küsimustele:

Kliiniline küsimus 9. Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis mõjutab ravimite manustamise viis i/v vs i/m vs enteraalne (sh rektaalne) valuravi tulemust?

Süsteematilised ülevaated puuduvad. Vaadata RCT 10 aasta piires.

Kliiniline küsimus 10 Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis regionaalanalgeesia (epiduraal-analgeesia, närviblokaadid) vs parenteraalne ja enteraalne analgeesia on tulemuslikum?

Epiduraalanalgeesia vs i/v PCA või i/v boolus

Regionaalblokaadid vs i/v PCA või i/v boolus

Epiduraalanalgeesia vs LIA

TAP vs i/v PCA

Paravertebraalne blokaad vs i/v PCA või i/v boolus

Regionaalblokaadid vs epiduraalanalgeesia

	<p>Paravertebraalne blokaad vs epiduraalanalgeesia TAP vs epiduraalanalgeesia <i>Võrrelda suukaudset ja invasiivset (epiduraal vs PC, juhtanesteesia vs I/V, regionaalblokaadid vs epiduraal) moel manustatavat. Meetodi ohutus üheks tulemusnäitajaks.</i></p> <p>Mõiste intraoperatiivne etapp: naha lõikest kuni operatsioonihaava kinni õmblemiseni.</p>
	<p>3. Järgmiste koosolekute aeg ja käsitletavad teemad</p> <p>Järgmised koosolekud toimuvad: 22.september kl 16-20 Paides 14.oktoober kl 16-20 Paides (B.Gabovitš ei osale, K-T.Laisaar juhib) 24.november kl 16-20 Paides</p> <p>Sekretariaat valmistab ette järgmised kliinilised küsimused soovitude sõnastamiseks: 3, 4, 6, 5 kliinilised küsimused.</p>
<p>Protokollis Ulla Raid</p>	<p>Koosolekut juhatas Boris Gabovitš</p>