

”PERIOPERATIIVSE ÄGEDA VALU KÄSITLUS”
PROTOKOLL nr.6

Kuupäev	22.september 2014
Koht	Mäo konverentsikeskus
Algus Lõpp	16.15 – 18.45
Osalejad	<p><i>Töörühma liikmed:</i> Boris Gabovitš, Juri Karjagin, Helen Valk, Kaja-Triin Laisaar, Svetlana Ussova, Merle Paliale, Sergei Kagalo, Maria Rebo, Erki Laidmäe, Gabor Szirko</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> Pille Sillaste, Veronika Palmiste-Kallion, Mari-Liis Ilmoja,</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 (K10, K3,) Järgmise koosoleku aeg ja käsitletavat teemasid
	<p>1. Huvide deklaratsioonid ja kvoorum (13 töörühma liiget peab olema kohal 10 töörühma liiget)</p> <p>Huvide deklaratsioonidesse ei olnud täiendavat infot.</p> <p>Koosoleku kvoorum on koos.</p>
	<p>2. Tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine</p> <p>Kliiniline küsimus 10 Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis regionaalanalgeesia (epiduraal-analgeesia, närviblokaadid) vs parenteraalne ja enteraalne analgeesia on tulemuslikum?</p> <p>Epiduraalanalgeesia vs i/v PCA või i/v boolus</p> <p>Regionaalblokaadid vs i/v PCA või i/v boolus</p> <p>Epiduraalanalgeesia vs LIA</p> <p>TAP vs i/v PCA</p> <p>Paravertebraalne blokaad vs i/v PCA või i/v boolus</p> <p>Regionaalblokaadid vs epiduraalanalgeesia</p> <p>Paravertebraalne blokaad vs epiduraalanalgeesia</p> <p>TAP vs epiduraalanalgeesia</p> <p><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>Ravimeid omavahel ei võrdle. Üldse ei tulnud uuringuid suukaudselt võetavate valuvaigistite kohta.</p>

Näiteks võib proovida: ala- ja ülakõhu kirurgia, torakaal- ja ortopeediline kirurgia.

Kliiniline küsimus 3 Kas patsiendi valu regulaarne hindamine ja dokumenteerimine vs mittehindamine alates preoperatiivsest perioodist parandab perioperatiivse ägeda valu ravi tulemust?
Tulemusnäitajad: *valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga*

Puuduvad süstemaatilised ülevaated, mis vastaksid kliinilistele küsimustele. Valu tugevus peaks olema üks eluline näitaja. Sekkumisel ei ole kõrvaltoimeid. Juriidilisest ja töökorralduslikust aspektist on oluline patsiendi valu regulaarne hindamine ja dokumenteerimine.

Tugev positiivne soovitus: Hinnake ja dokumenteerige patsiendi valutugevust regulaarselt, analoogselt viie elulise näitajaga.

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

- Mõisted pre-emptive: valuvaigistite manustamine enne operatsiooni või nahalõiget
- Mõiste preventatiivne: *haarab kõiki valuvaigistavaid meetodeid ja ravimeid ajahetkedel perioperatiivses perioodis, kui nende mõju kestab kauem kui antu meetodi või ravimi puhul eeldatav (>5,5 poolestusaega)*
- Mõlema eesmärk on vähendada valuvaigistite vajadust.
- Ennetava valuravi intraoperatiivsega manustamisega võrreldes ei ole kliiniliselt olulist eelist ägeda postoperatiivse valu tugevuse vähendamisel.

Tugev positiivne soovitus: Alustage patsiendi valuravi õigeaegselt, et tagada operatsioonijärgne tõhus valutustamine (VAS < 3).

Praktiline soovitus: mis selgitab, millest lähtuda (kasutades soodsaimat varianti).

Koostada soovitus, kas peab tegema ennetavalt valuvaigistit või piisab operatsiooniajal manustatavast valuvaigistist. Millal?

Kliiniline küsimus nr 5 Kas valuravi alustamine vs mittealustamine preoperatiivses perioodis mõjutab kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosust?

Tulemusnäitajad: *valu tugevus (erinevatel ajahetkedel, nt 6.,12. kuul)*

Lisariski ei kaasne patsiendile kui alustada manustamist preoperatiivselt. Tugevate preoperatiivsete valude korral on võimalikult varajane adekvaatne valuravi ülioluline haige hetkeseisundi paranemiseks.

	<p>Soovituse sõnastus (nõrk positiivne): Kaaluda epiduraalanalgeesia kasutamist torakotoomiate korral.</p> <p>Vaadata juurde epiduraalanesteesia (regionaalanesteesia) kasutamine vs mittekasutamine amputatsioonide puhul?</p> <p>Kliiniline küsimus 13: Regionaalanalgeesia üksi vs regionaalanalgeesia kombineerituna mittesteroidsete põletikuvastaste ainetega.</p> <p>Tugev positiivne: Tugeva ja mõõduka valu puhul kasutada postoperatiivselt kombineeritud farmakoloogilist valuravi.</p> <p><i>Praktiline soovitus:</i> Tugeva valu korral kaaluda toetavate ravimite kasutamist (vt tabel).</p> <p>Sekretariaat otsib paratsetamoli kohta materjali, et täpsustada soovitus. Tabelis märgitud toetavate ravimite (adjuvantide) kasutamine.</p>
	<p>3. Järgmiste koosolekute aeg ja käsitletavad teemad</p> <p>Järgmised koosolekud toimuvad:</p> <p>14.oktoober kl 16-20 Paides (B.Gabovitš ei osale, K-T.Laisaar juhib)</p> <p>24.november kl 16-20 Paides</p> <p>6.oktoober saata materjalid töörühmale.</p>
<p>Protokollis Ulla Raid</p>	<p>Koosolekut juhatas Boris Gabovitš</p>