

**TÄISKASVANUTE UNEHÄIRETE ESMANE DIAGNOSTIKA JA RAVI
TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI TÖÖKOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 2**

Kuupäev	10. jaanuar 2017
Koht	Eesti Haigekassa, Lastekodu 48 I korruse saal
Algus	kl 12.05
Lõpp	kl 16.45
Osalejad	Töörühma liikmed: Erve Sõõru, Tuuliki Hion, Marli Veldi, Tiina Siilak, Merike Porosaar, Andrus Helenurm, Triin Jagomägi, Ivika Leik Sekretariaadi liikmed: Katrin Sonn, Kaire Pakkonen, Moonika Viigimäe, Anneli Truhanov (EHK koordinaator)
Puuduvad liikmed	Töörühmast puudusid: Jüri Kaik, Hepp Nigol Sekretariaadist puudusid: Maarika Liik, Kaiu Prikk, Maarja Kaarlõp, Kristiina Lepik,
Juhatas	Erve Sõõru
Protokollis	Anneli Truhanov
Päevakord	1. Ravijuhendi käsitusala küsimuste koostamine
Ülevaade toimunud aruteludest	<p>Koosoleku eelselt olid käsitusala dokumenti täiendanud Moonika Viigimäe ja Tuuliki Hion. EHK koordinaator rõhutas, et ravijuhendi käsitusala peab piirduma u 20 küsimusega, selleks, et mõistlikust juhendi koostamise ajalimiidist kinni pidada. Ühel koosolekul jõuab töörühm läbi arutada maksimaalselt 2-3 küsimust.</p> <p>Ravijuhend peaks andma suunised unehäirete õigeks kodeerimiseks. Töörühm vaatas AMF klassifikaatorit, et struktureerida juhendit. Ravijuhend peab hiljem sisaldama ka RHK-10 klassifikatsiooni, et anda suunised õigeks kodeerimiseks. Katrin Sonni ettepanek oli käsitusala küsimused eristada klassifikaatori järgi. Sõelumine ei ole korrektne termin ravijuhendis kasutamiseks, peab olema sõeltestimine. Sõeltestimine ja diagnoosimine oleksid üldised ja ravi häirespetsiifiline.</p> <p>Sõeltestimist puudutavad küsimused: kas on mõistlik kõiki täiskasvanud patsiente sõeltestida hakata? Ravijuhendist peaks tulema suunised, keda on vaja sõeltestida ja keda mitte, milliste kaebuste korral on vaja sõeltestimisele mõelda. Moonika Viigimäe poolt sõnastatud PICO formaadis küsimus: „Kas unehäirete suhtes tuleb sõeltestida kõiki täiskasvanud patsiente (alates 18. eluaastast) vs sõeltestida riskigrupi patsiente (nt päevane unisus, väsimus) vs muu?“ Täiendada seda küsimust järgmiselt „Millised on unehäirete riskigrupid, kliinilised tunnused, kaebused?“. Kõiki patsiente, kes perearsti poole pöörduvad, ei jõua sõeltestida, on vaja teada sümptoome, mis äratavad kahtlust unehäire võimaliku olemasolu kohta. Teaduskirjandusest peaks riskigrupid ja kahtlust äratavad sümptoomid välja tulema.</p> <p>Sõeltestide valiku küsimus „Kas unehäirete sõeltestimiseks esmatasandil kasutada:“ järgneb loetelu testidest (STOP Bang skoori, Berliini küsimustikku või Epworthi unisuse skaalat või unepäevikut või rahutute jalgade sündroomi küsimustikku või väsimuse või unetuse küsimustikku või muud), mille kohta on vaja koguda tõendusmaterjali, mis on teostatavad esmatasandil. Iga valdkonna jaoks on oma küsimustikud olemas. Tõendusmaterjalist andmete põhjal tehakse soovitus, millist testi millise häire tuvastamiseks kasutada.</p> <p>Töörühm arutles skaalade ja küsimustike valideerimise küsimust, et millised on nõuded selleks ja kas neid on vaja tõlkida vaid eesti keelde või ka vene keelde.</p>

Kindlasti on vaja patsiente küsitleda tervisliku seisundi ja elustiili osas – kas see on anamnees või ennetus või ikkagi sõeltestimise alla kuuluv osa, vajab veel mõtlemist. Unepäevik võtab elustiili suures osas kokku.

Töörühm saab koostada näidise unepäevikust, mis sisaldab vajalikku teavet. Ravijuhendis saab anda praktilise soovitus, mida oleks vaja elustiili osas küsida, kui selle kohta head tõenduspõhisust ei leia.

Esmatasandil ei saa diagnostika ja ravi üksikasjadesse põhjalikult minna, sest see on unekeskuste spetsiifika. Ravijuhend peab andma suunised, mida saab esmatasand teha ja millal edasi suunata eriarstile. Koostati üldine küsimus, millega selgitatakse välja millised diagnostilised meetodid mingi unehäire jaoks kasutatakse ning milliseid neist oleks võimalik esmatasandil teostada:

Kas unehäirete kahtlusel tuleb diagnoosi täpsustamiseks kasutada diagnostilisi uuringuid vs mitte, milliseid on teostatavad esmatasandil:

- Polüsomnograafia (PSG) (ambulatoorselt/statsionaarselt)
- Hingamise polügraafiline uuring (ambulatoorselt/statsionaarselt)
- Polügraafiline uuring (hingamine+liigutused)
- Koguöö digitaliseeritud pulssoksümeetriline uuring
- Limiteeritud uneuuring
- Aktigraafia
- Aktimeetria
- Unelatentsuse test (MSLT)
- Ärkvel püsivuse test (MWT)
- Osleri test
- Spirograafia
- EKG
- Röntgen (kops, paranasaalid, kolju külgülesvõtte jt)
- Kompuutertomograafia (paranasaalid jt)
- Muud

Soovituste koostamise järgselt on vaja koostada unehäirete spetsiifiliselt tabel, mis uuringut mille korral kasutada ja mis tasandil seda tehakse.

Laboratoorsete analüüside osa ei ole nii võrd häirespetsiifiline, seega saab selle kohta koostada üldise küsimuse:

Kas unehäire kahtlusega patsientidele tuleb diagnoosi täpsustamiseks esmatasandil teostada mõni järgnevatest laboratoorsetest analüüsides vs. mitte, millised:

- kliinilise vere analüüs, CRV, laktaat, Na, K, kreatiniin, urea, glükoos, TSH, FT4, D vitamiin, ferritiin, raud seerumis, folaat, B12.

Edasi otsustas töörühm käsitlusala küsimusi koostada häirespetsiifiliselt.

Unetus:

- a. Milliseid mittefarmakoloogilise ravi või nende kombinatsioonide meetodeid kasutada unetuse ravis?

Mittefarmakoloogilise ravi all ei käsitleta alternatiivravi ja taimset ravi, töörühm leppis kokku, et neid ravijuhendis ei käsitleta.

b. Kas unetusega patsientide ravimisel kasutada esmaseks mittefarmakoloogilist (kognitiivkäitumisteraapia, teadvelolekuteraapia (*mindfulness*) jt) vs farmakoloogilist ravi vs mittefarmakoloogilist ravi koos farmakoloogilise raviga?

Ravijuhendi mõistetes tuleb välja tuua mittefarmakoloogiliste meetodite seletused.

c. Kas kõiki unetusega patsiente tuleb nõustada eluviisi muutmise (uneharjumused, toitumiskäitumine, kehaline aktiivsus, suitsetamine, alkoholi tarvitamine) osas vs mitte?

Unetusega patsiendi esmasel kokkupuutel tuleb kindlasti nõustada eluviisi ja unehügieeni kohta, enne kui alustatakse ravi.

d. Missuguseid ravimite klasse kasutada unetuse ravis?

Antidepressantide kasutamine unetuse ravis on off-label. Unetuse ravi valikul tuleb kindlasti ohutust käsitleda, toodi välja näide fenobarbitaalide kasutamine vanuritel. Töörühm leidis, et küsimuses endas ei ole mõtet ravimite klasse spetsiifilisemalt välja tuua, sest vb jääb midagi välja. Selle alusel saab teha suunised, mida eelistama peab esmavalikus.

e. Missugune on farmakoteraapia optimaalne kestvus?

Probleemiks on siin see, et uinuteid unustatakse „peale“ mitmeks aastaks. Annuseid ei osata langetada ja ravi lõpetada.

f. Kuidas lõpetada unetuse farmakoloogiline ravi?

Kogu farmakoloogilise ravi teostamiseks on vaja koostada raviplaan, milliste annustega alustatakse, kuidas annuseid vähendatakse, mis on üldse optimaalsed annused, võõrutusnähud jne. Selle kohta on kindlasti vähe uuringuid ja see vajab töörühma praktilisi soovitusi.

g. Kas unetuse farmakoteraapias on eelistatud monoterapiat vs kombinatsioonravi?

h. Missugune on farmakoloogilise vs mittefarmakoloogilise ravi osatähtsus kroonilise unetuse ravis?

i. Mis juhtudel suunata ravile halvasti alluva unetusega patsient edasistele uuringutele.

Töörühm arutles selle üle, et ravijuhendiga tuleb anda suunised, kui kaua ravi kestma peab, millal hakatakse kaaluma muid variante ja millal tuleb kaaluda edasi suunamist. Uneapnoe ei pruugi unetuse tagant välja paistma. Unetut ei saa jätta vaid ravimeid tarvitama, vaid peab edasi uurima, mis on unetuse põhjus.

Uneaegsed hingamishäired:

Siin on eripäraks see, et farmakoloogiline ravi praktiliselt puudub. Võime küsimusi selle kohta küsida, aga arvestama peab, et midagi suurt siit tulla ei saa.

1. Missugused kliinilised tunnused ja sümptomid viitavad unaegsele hingamishäirele?

Siin saab eristada öiseid ja päevaseid tunnuseid.

Siin on oluline kokku koguda just tunnused, mis unaegsele hingamishäirele viitavad. Aga see ei ole diagnostika selles mõttes nagu eelpool käsitletud üldine diagnostika.

2. Kuidas täpsustada unaegse hingamishäire põhjuseid?

Töörühm otsustas, et polüsomnograafia kohta eraldi küsimust siia panema ei hakka. Suuremate häirete korral tehakse põhjalik uuring ja seda tehakse unekeskustes. Selle küsimuse all peaks vaatlema, kas on astma, on tegemist bariaatrilise patsiendiga, KOK patsient, kitsas suulagi, suured mandlid, ärevushäirega patsient jne. Sellest tuleks ka edasi suunamise ja patsiendi käsitluse vajadus.

3. Tõenduspõhised ravimeetodid unaegsete hingamishäirete ravis?

4. Mille põhjal valida unaegse hingamishäire ravi meetod?

Siin peaks välja tulema, kas raskusaste ja ravimeetod valitakse vaid apnoe-hüpopnoe indeksi järgi või ka muude näitajate alusel.

5. Kas unaegse hingamishäire patsientidel eelistada püsiva positiivrõhu ravi vs intraoraalset uneapnoe aparaati vs kirurgilist ravi vs ortodontilist ravi vs müofunktsionaalset teraapiat vs farmakoteraapiat vs muu?

	<p>Ravimeetod sõltub haiguse raskusastmest, patsiendi vanusest jne.</p> <p>6. Millistel juhtudel suunata uneaegse hingamishäire kahtlusega patsient polüsomnograafilisele uuringule? Polüsomnograafia uuringu küsimus on vajalik väga kergete hingamishäiretega patsientide üles leidmiseks, kellel varasemalt on uneapnoe ära diagnoositud, aga hingamishäire ei tule enne välja kui polüsomnograafia on tehtud.</p> <p>7. Kas ravisooatumuse tagamiseks positiivrõhu aparaadiga uneaegse hingamishäirega patsiendil on vajalik ravi alustamise perioodil rakendada patsiendiõpetust vs muu? Ravisooatumuse tagamine üha olulisem teema ja eriti oluline on see positiivrõhu aparaadiga ravi alustamisel.</p> <p>Liigunisus: Kindlasti on vaja mõistetes ära tuua liigunisuse definitsioon. Esmatasandile on oluline, et see ei ole ainult unepuudus, peab kindlasti mõtlema ainete, ravimite kasutamisele ja kõrvaltoimetele. Kuna narkolepsia muude osade alla ei lähe, siis tuleb siin viidata narkolepsia võimalusele, aga on selge, et esmatasand ei pea seda diagnoosima ja ravi määrama. Katapleksia läheb mõistete osasse.</p> <p>1. Kas liigunisusega patsienti peab skriinima psühhiaatrilise komorbiidsuse, sõltuvusainete kasutamise osas?</p> <p>Taustainfoks saab kirjutada kehalised häired, mis on seotud liigunisusega.</p> <p>2. Millised ravimiklassid võivad olla seotud päevase liigunisusega? 3. Missugustel liigunisusega patsientidel peaks määrama HLA allelele?</p> <p>See küsimus on oluline narkolepsia riski tuvastamiseks.</p> <p>4. Millal peaks liigunisusega patsiendi suunama spetsialiseeritud unekeskusesse? 5. Milliseid ravimite klasse kasutada liigunisuse leevendamiseks?</p> <p>Siin saab välja tuua millistel juhtudel stimulantravi määrata, aga ravi ei ole kindlasti vaja esmatasandil alustada.</p> <p>6. Milliste liigunisusega patsientide ravi jälgib esmatasand vs unekeskus?</p> <p>Uuringuid ei pea esmatasand tegema, aga ravi jälgimise peale võiks mõelda.</p> <p>7. Milliseid mittefarmakoloogilisi sekkumisi kasutada liigunisuse ravis?</p> <p>Käitumuslik osa selle häire juures on väga oluline.</p>
<p>Vastuvõetud otsused:</p>	<p>1. 01.02.2017 töörühma koosolek toimub Tartus, koosoleku asukoht täpsustub.</p> <p>2. Tuuliki Hion edastab parasomnia ja uneaegsete liigutushäirete käsitusala küsimused ning Katrin Sonn juba koostatud küsimuste tulemusnäitajad (igale küsimusele mitte üle 7) ja une-ärkveloleku rütmi häirete käsitusala küsimused 24. jaanuariks EHK koordinaatorile.</p> <p>3. EHK koordinaator edastab 25. jaanuaril käsitusala küsimused ja uue koosoleku teate töörühmale.</p>