

Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastündinu käsitusjuhend

TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI KOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 5

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kuupäev | 11.mai 2015 |
| Koht | Tondi 51, Tallinn |
| Algus Lõpp | kl 15.00 kl 19.15 |
| Osalejad | Töörühma liikmed: Pille Andresson, Liis Toome, Birgit Suits, Jana Klementsova, Heili Varendi, Tuuli Metsvaht, Aune Siller, Svetlana Mürsepp, Pille Vaas, Kadi Ploom, Ena Volmer Sekretariaadi liikmed: Liisa Perk, Anne Antson, Annemai Noorkõiv, Anette Aija, Reet Moor, Valeria Angioni, Maie Veinla Täiendavalt osalesid: Anna Vesper |
| Puuduvad töörühma liikmed | Eelnevalt teatanud: Vivian Arusaar, Triinu Kalle, Pille Teesalu |
| Juhatas | Pille Andresson |
| Protokollis | Anna Vesper/Anette Aija |
| Päevakord | <ol style="list-style-type: none">1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks.2. 9.märtsi 2015 koosolekul töörühma poolt soovitud kliiniliste küsimuste lisamaterjali üle vaatamine ning sõnastatud soovitude kinnitamine3. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine/kinnitamine4. Muud küsimused, järgmise koosoleku aeg |
| Ülevaade toimunud aruteludest | <p>1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks. Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. Koosolekul osaleb 12 töörühma liiget, kvoorum on olemas.</p> <p>2. 9.märtsi 2015 koosolekul töörühma poolt soovitud lisamaterjali üle vaatamine ning sõnastatud soovitude kinnitamine. <i>Kliinilise küsimuse 4 lisatud tõendusmaterjali arutelu</i> Tõendusmaterjali kokkuvõtte (EvSu) täienduste esitamine. Raseduse kestuses 24+0-34+6 GN osas ei ole antenataalse kopsude ettevalmistuse kohta väga head tõendusmaterjali, kuid patsiendi kasu on suurem. Kui patsient tuleb maakonnahaiglast, peaks antenataalne kopsude ettevalmistus glükokortikoididega olema tehtud. Diabeedi korral glükokortikoidide kasutamise kohta tõendusmaterjali ei leitud. Diabeet ei ole vastunäidustus, patsiendid, kellel on diabeet ja on saanud antenataalselt kortikosteroidi, vajavad täpsemat jälgimist. Töörühma soovil vaadatakse järgmiseks koosolekuks üle ravijuhendid, nt 35+6 GN kohta on eraldi välja toodud reesusisensibilisatsioon ja diabeet RCOG juhendis. Töörühmas toimus arutelu, kas on vajalik määrata glükokortikoidide</p> |

korduva annustamise ülempiir. Ravijuhendis tuleb selgitustesse kindlasti kirjutada, miks on soovitudes toodud beetametasooni lisakuur 1-2 doosi ning rõhutada, et tegemist on ühekordse lisakuuriga.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitus:

1. Kõikide ähvardavate enneaegsete sünnituste korral raseduse kestuses 24+0 kuni 34+6 GN tuleb kasutada antenataalset kopsude ettevalmistust glükokortikoididega → **tugev soovitus teha KINNITATUD**

(Töörühma otsusel tugev soovitus hõlmab sh gestatsiooninädalaid 24+0 kuni 25+6 – võttes arvesse patsiendi võimalikku kasu.)

2. Ähvardava enneaegse sünnituse korral raseduse kestuses 22+0 kuni 23+6 GN kaaluda antenataalset kopsude ettevalmistust glükokortikoididega → **soovitus pigem teha KINNITATUD**

3. Antenataalseks kopsude ettevalmistuseks tuleb kasutada beetametasooni või deksametasooni → **tugev soovitus teha**
Raviannusena tuleb kasutada beetametasooni 12 mg i/m 2 doosi 24 h intervalliga või deksametasooni 6 mg i/m 4 doosi 12 h intervalliga → **tugev soovitus teha KINNITATUD**

4. Naistel, kes on saanud esialgse kortikosteroidide kuuri 7 või enam päeva varem, kuid kel endiselt esineb enneaegse sünnituse risk enne 34+6 GN, võib kaaluda ühekordse kortikosteroidide lisakuuri manustamist → **soovitus pigem teha KINNITATUD**

Lisaks:

- Järgmiseks koosolekuks sekretariaadi poolt vaadata üle kaasatud ravijuhendid, kuidas on esitatud diabeedi puhul kortikosteroidide manustamine
- Ravijuhendis lisada soovitus selgitusse, miks on soovitudes toodud beetametasooni lisakuur 1-2 doosi ning rõhutada, et tegemist on ühekordse lisakuuriga.

Kliinilise küsimuse 5 tõendusmaterjali arutelu

Lühiülevaate täiendatud tõendusmaterjalist.

Ravijuhendisse tuleb lisada tabel magneesiumi kontsentratsioonide kohta

Soovitused sõnastatud lühemalt ja selgemalt, kinnitatud.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitus:

5. Kõikide ähvardavate enneaegsete sünnituste korral (kuni 33+6 GN) tuleb naisele loote neuroproteksiooniks kasutada magneesiumsulfaati → **tugev soovitus teha. KINNITATUD**

6. Neuroprotektiivset ravi on soovitatav alustada, kui sünnitus toimub tõenäoliselt järgneva 24 tunni jooksul ja hiljemalt 4 tundi enne planeeritavat sünnitust → **soovitus pigem teha. KINNITATUD**

7. Raviannusena on soovitatav kasutada 4–6 g magneesiumsulfaati boolusena 20–30 min jooksul ja edasi 1g tunnis kuni sünnituseni,

maksimaalselt 24 tunni jooksul → **soovitus pigem teha. KINNITATUD**

8. Kui sünnitus ei toimu 24 tunni jooksul pärast ravi alustamist ja enneaegse sünnituse oht tekib raseduse ajal hilisemalt uuesti, võib magneesiumsulfaadi manustamist taas kaaluda → **praktiline soovitus. KINNITATUD**

Lisaks:

- ravijuhendisse lisada tabel kasutatavate magneesiumsulfaadi kontsentratsioonide kohta
- ravijuhendisse lisada mõiste selgitus – 24 tundi enne oodatavat sünnitust

Kliinilise küsimuse 19 soovitude kinnitamine.

Eelmisel koosolekul sõnastatud soovitude kinnitamine

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

9. Mitte kasutada profülaktilist surfaktantravi kõikidel enneaegsetel vastsündinutel → **tugev soovitus mitte teha. KINNITATUD**

10. Profülaktilist surfaktantravi tuleb kasutada erakordselt enneaegsel vastsündinul (22+0–27+6 GN), kes vajab esmase stabiliseerimise käigus intubatsiooni → **tugev soovitus teha. KINNITATUD**

Kliiniline küsimus 25 tõendusmaterjali arutelu.

Lühiülevaade tõendusmaterjali täiendustest. Otsitud lisamaterjali kofeiinravi kohta. Leitud üks artikkel, kus on võrreldud ajaintervalle 12 vs 6 tundi. Puuduvad andmed kofeiini manustamise kohta esmase stabiliseerimise käigus.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

11. Kofeiinravi tuleb kindlasti kasutada enneaegsetel vastsündinutel apnoede raviks ja võõrutamiseks kopsude invasiivsest hingamistoetusest → **tugev soovitus teha**

Kofeiinitsitraadi küllastusannus 20 mg/kg/ööpäevas i/v või p/o, säilitusannus 5-10 mg/kg/ööpäevas ühekordse annusena i/v või p/o.

→ **tugev soovitus teha. KINNITATUD**

12. Kofeiinravi kasutamist kaaluda enneaegsetel vastsündinutel, kes on mitteinvasiivsel hingamistoetusel või kellel on muu kõrge risk invasiivse hingamistoetuse vajaduse tekkeks → **soovitus pigem teha. KINNITATUD**

Mõistetesse lisada invasiivne, mitteinvasiivne hingamistoetus.

13. Periektstubatsiooni perioodis võib kasutada kofeiinitsitraadi suuremaid doose: küllastusannus kuni 80 mg/kg/ööpäevas i/v või p/o, säilitusannus 20 mg/kg/ööpäevas ühekordse annusena i/v või p/o. → **soovitus pigem teha. KINNITATUD**

Kofeiini kontsentratsiooni määramine rutiinselt ei ole vajalik, võib kaaluda juhtudel, kui esinevad viited toksilisusele või puudub raviefekt – lisada selgitustesse!

Lisaks:

- ravijuhendis soovitus selgitusse lisada, millal manustada kofeiinsitraati i/v või p/o
- ravijuhendis lisada mõistetesse mitteinvasiivne ja invasiivne hingamistoetus, periekstubatsioon, lühendid i/v, p/o

3. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine/kinnitamine

Kliiniliste küsimuste 6 ja 7 tõendusmaterjali arutelu

Ülevaade tõendusmaterjali kokkuvõtetest.

Kahe kliinilise küsimuse soovitusi vaadati koos, kas tõendusmaterjal on kooskõlas ning, kas neid saaks koos käsitleda.

Toimus arutelu, mille käigus tekkisid küsimused:

- kas panna kirja kindlad antibiootikumid või mitte;
- kas on vajalik PCR eraldi teenusena.
- kas mikrobioloogiliste külvide võtmine on vajalik, kuidas peaks toimuma vastuste edastamine

Soovitus selgituse osasse tuleb lisada, kust GBS võetakse, samuti, miks rutiinne mikrobioloogilise külvi võtmine ei ole vajalik.

Uriinikülvi tulemuste osas otsustada, vaadata tõendusmaterjalist, kas on välja toodud, mida teha tulemustega.

Töörühma poolt sõnastatud soovitused:

14. Ähvardava enneaegse sünnituse korral võtta naiselt uriinikülv → **praktiline soovitus** /esialgselt sõnastatud soovitus, kinnitamata/

15. Ähvardava enneaegse sünnituse ja käigus oleva enneaegse sünnituse puhul võtta GBS-analüüs → **tugev soovitus teha** /esialgselt sõnastatud soovitus, kinnitamata/

16. Rutiinne külvi võtmine emakakaelast ei ole vajalik → **praktiline soovitus** /esialgselt sõnastatud soovitus, kinnitamata/

17. Uurimata rasedal võtta kõik rasedusaegsed skriininganalüüsid → **tugev soovitus teha** /esialgselt sõnastatud soovitus, kinnitamata/

18. Enneaegse lootevee puhkemiseta, bakteriaalse infektsiooni kliiniliste tunnusteta ähvardava enneaegse sünnituse korral ei ole antibakteriaalne ravi näidustatud → **tugev soovitus mitte teha KINNITATUD**

Selgitustesse lisada kliinilise infektsiooni tunnused.

19. Enneaegse lootevee puhkemisega ähvardava enneaegse sünnituse korral tuleb alustada kitsa toimespektriga antibakteriaalset ravi (penitsilliin, erütromütsiin,) ning vältida laia toimespektriga antibiootikumide kasutamist → **tugev soovitus teha** /esialgselt sõnastatud soovitus, kinnitamata/ (vastuolu preparaadi valiku osas).

20. Koorionamnioniidi puhul alustada laia toimespektriga antibakteriaalset ravi, rasedust mitte prolungeerida → **tugev soovitus teha KINNITATUD**

21. Kõrgenenud nekrotiseeriva enterokoliidi riski tõttu vältida amoksitsilliin-klavulaanhappe kasutamist → **tugev soovitus mitte teha KINNITATUD**

22. Enneaegse sünnituse aegne *Streptococcus agalactiae* (GBS) profülaktiline antibakteriaalne ravi bensülpenitsilliiniga on näidustatud:

- positiivne GBSi väljakülv tupest
 - positiivne GBS-PCR sünnituse ajal
 - teadmata GBS-staatus
- **tugev soovitus teha KINNITATUD**

Lisaks:

Soovituste selgitusse:

- miks on uriinikülvi kohta sõnastatud praktiline soovitus, GBS analüüsi kohta tugev soovitus teha
- GBS külv võetakse tupe eesmisest kolmandikust ja külvi vastus kehtib maksimaalselt 5 nädalat;
- põhjused, emakakaela külvi ja koorionamnioniidi seos küsitav
- bakteriaalse vaginooosi ravispektid (ei käsitle juba ähvardava enneaegse sünnitusega, tegemist tavalise rasedusaegse skriininguga).
- infektsiooni tunnused. Infektsiooni tunnused: ema palavik $>38^{\circ}\text{C}$ (esineb 95-100% juhtudest); ema tahhükardia >100 bpm (esineb 50-80% juhtudest); loote tahhükardia >160 bpm (esineb 40-70% juhtudest); emaka hellus/valulikkus, lõhnav tupevoolus, leukotsütoos $>15 \times 10^9/\text{L}$; CRP tõus. Koorionamnioniidi diagnostikas tuleb alati kasutada mitu parameetrit kombinatsioonis. Ära kinnita või lükka ümber koorionamnioniidi diagnoosi tuginedes ainult üksikutele parameetritele nagu CRP, WBC, KTG (NICE 2015).
- Otsida lisaks tõendusmaterjali, uurimata raseda skriininganalüüside tegemise põhjenduste kohta.

Kliinilise küsimuse 12 tõendusmaterjali arutelu

Ülevaade tõendusmaterjali kokkuvõttest.

Töörühma poolt sõnastatud ning kinnitatud soovitused:

23. Nabaväädi klemmimisega oodata 30–120 sekundit → **tugev soovitus teha KINNITATUD**
24. Nabaväädi hilisemat klemmimist mitte kasutada vastsündinutel, kes vajavad kiiret vahele sekkumist, eelistada elupäästvaid tegevusi → **tugev soovitus mitte teha KINNITATUD**
25. Alternatiivina nabaväädi hilisemale klemmimisele kaaluda enneaegsel vastsündinul nabaväädi lüpsmist 3-4 korda → **soovitus pigem teha KINNITATUD**

Lisaks:

Soovituse selgitusse lisada:

- Miks hilisem nabaväädi klemmimine on hea on, ravitulemi suhtes
- Miks nabaväädi hiline klemmimine ei ole oksütotsiini vastunäidustus
- Mis on nabaväädi lüpsmine, nabaväädi lüpsmise tehnika.

Kliinilise küsimuse 16 tõendusmaterjali arutelu

Kliinilise küsimuse alaküsimuse tõendusmaterjali arutelu: konventsionaalne – automatiseeritud.

Madal vs kõrge saturatsioonipiir – sõnastada ka regionaalse

| | |
|---------------------|---|
| | <p>saturatsiooni piirid</p> <p>Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitus:</p> <p>26. Automaatse FiO₂-SpO₂ korrigeerimise aparatuuri kasutamine ei ole rutiinselt näidustatud, kuna käesolevalt on tõendusmaterjal ebapiisav.</p> <p>Lisaks:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soovituse selgitusse automaatse vs õe poolt juhitud erinevus jms. <p>4. Järgmise koosolekuaegade kokku leppimine</p> <p>Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub 29. juunil Kesk-Eestis (täpne toimumiskoht selgub).</p> <p>Sekretariaat edastab töörühmale järgmiste küsimuste tõendusmaterjalide kokkuvõtted 19. juuniks.</p> <p>Järgmistel koosolekutel toimub kliiniliste küsimuste nr 10, 11, 14, 15, 16, 20, 21 tõendusmaterjali arutelu.</p> |
| Vastuvõetud otsused | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kvoorum soovituste sõnastamiseks on olemas, koosolekul osaleb 12 töörühma liiget. 2. Sõnastatud 26 ravijuhendi soovitus, millest kinnitatud 20 soovitus. 3. Ülejäänud sõnastatud soovituste kinnitamine toimub järgmisel koosolekul. 4. Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimu 29. juunil Kesk-Eestis. 5. Sekretariaat edastab töörühmale kliiniliste küsimuste lisamaterjali ning järgmiste kliiniliste küsimuste tõendusmaterjalide kokkuvõtted 19. juuniks. 6. Lisatav tõendusmaterjal 29.juuni koosolekuks: <ul style="list-style-type: none"> - sekretariaadi poolt vaadata üle kaasatud ravijuhendid, kuidas on esitatud diabeedi puhul kortikosteroidide manustamine - otsida lisaks tõendusmaterjali, uurimata raseda skriininganalüüside tegemise põhjenduste kohta (kliinilised küsimused 6 ja 7). 7. Järgmistel koosolekutel toimub kliiniliste küsimuste nr 10, 11, 14, 15, 16, 20, 21 tõendusmaterjali arutelu. |