

Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu käsitlusjuhend

TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI KOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 10

Kuupäev	11.jaanuar 2016
Koht	N.Lunini 6, Tartu
Algus Lõpp	kl 12.00 kl 18.20
Osalejad	Töörühma liikmed: Pille Andresson, Pille Vaas, Liis Toome, Aune Siller, Heili Varendi, Ena Volmer, Tuuli Metsvaht, Birgit Suits, Jana Klementsov, Vivian Arusaar, Svetlana Mürsepp, Pille Teesalu, Triinu Kalle Sekretariaadi liikmed: Anette Aija, Valeria Angioni, Reet Moor, Anne Antson, Imbi Eelmäe, Maie Veinla, Liisa Perk, Annemai Jallai Kutsutud: Heli Paluste (SoM, Skype) Täiendavalt osalesid: Anna Vesper
Puuduvad töörühma liikmed	Kadi Ploom
Juhatas	Pille Andresson
Protokollis	Anna Vesper
Päevakord	1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks. 2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine/kinnitamine 3. Muud küsimused, järgmise koosoleku aja kokkuleppimine
Ülevaade toimunud aruteludest	1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks. Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. Koosolekul osaleb 13 töörühma liiget, kvoorum soovitude kinnitamiseks on koos. 2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine <i>Kliinilise küsimuse 28 tõendusmaterjali arutelu</i> Kas perekeskne neonataalne ravi võrreldes selle mittekasutamisega parandab enneaegsete vastsündinute ravitulemusi ja perede psühhosotsiaalset toimetulekut ning kiindumussuhte tekkimist lapsega vs mitte (sünnijärgne nahk-naha kontakt koos nCPAP ravi alustamisega, nahk-naha kontakt vaginaalse sünnituse ja keisrilõike korral (kestus), kanguruhooldus, NIDCAP, perepalat, analüüside ja uuringute sagedus, ajastamine ning valutustamine). Tõendusmaterjali kokkuvõtte koostamisel kasutati ühte ravijuhendit ning erinevate perekeskses neonataalses ravis kasutatavate sekkumiste mõju käsitlevaid uuringuid. Perekeskse ravi, nahk-naha kontakti ning kanguruhoolduse kasutamise kohta leidus enim hea kvaliteediga tõendusmaterjali (vt tõendusmaterjali kokkuvõtte). Haiglas tuleb luua tingimused perekeskseks raviks ja rakendada vastavaid meetodeid

kohe peale esmast lapse stabilisatsiooni, sellel on oluline positiivne mõju lapse tervisetulemitele. Töörühm arutas, et kindlasti peab sõnastama soovitus perekeskseks raviks tingimuste loomise kohta, seda on rõhutatud analüüsitud tõendusmaterjalis. Eraldi tuleb ravijuhendis selgitada mittefarmakoloogiliste võtete kasutamist analgeesiaks.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

1. Vastsündinu hoolitsus ja ravi peab olema individuaalselt kohandatud, arengut soodustav, peret kaasav, arvestav ning toetav. → **tugev soovitus teha**
2. Perele tagada optimaalsed tingimused perekeskseks raviks (limiteerimata juurdepääs lapse juurde, koostöö vanemate ja personali vahel, võimalusel perepalat, psühhosotsiaalne tugi). → **tugev soovitus teha**
3. Vaginaalse sünnituse ja keisrilõike järgselt alustada ema või isaga nahk-naha kontakti kohe peale esmast stabilisatsiooni kui lapse seisund võimaldab. → **tugev soovitus teha**
4. Soodustada nahk-naha kontakti kogu haiglaravi jooksul, CPAP-ravi ja invasiivne hingamistoetus ei ole vastunäidustuseks nahk-naha kontakti teostamiseks. → **tugev soovitus teha**
5. Nahk-naha kontakti teostada kestusega vähemalt 1 tund korraga. → **soovitus pigem teha**
6. Valulike vahelesegamiste arv tuleb minimeerida, tagada mittefarmakoloogiliste võtete kasutamine analgeesiaks. → **tugev soovitus teha**

Lisaks:

- Ravijuhendi rakenduskava osana koostada tegutsemisjuhised perekeskse ravi osutamiseks (mh peab personal arvestama kultuuriliste eripäradega), kirjalikud infomaterjalid.
- Ravijuhendis mõistetes lisada - pidev ja vahelduv känguruhooldus, varane-hilisem, perepalat (vanavanemate, õdede-vendade roll).
- Ravijuhendis soovitus selgituses erinevate programmide kasu/kahju (tugitoolile eelistada voodit, NIDCAP, üheperetubade/perepalati kasutamine). Tuua valutustamine ja analüüside, uuringute selgitus. Mittefarmakoloogilised võtted analgeesiaks täpsemalt kirjutada selgitustesse.

Kliinilise küsimuse 23 tõendusmaterjali arutelu

Kas enneaegsete vastsündinute parema ravitulemuse saavutamiseks on varase parenteraalse toitmise eelistamine parem võrreldes hilise parenteraalse toitmise alustamisega (vedeliku vajadus gestatsiooninäda ja elupäevade kaupa, süsivesikute, valkude ja rasvade pakkumine parenteraalsel toitmisel kilogrammi kehakaalu kohta)?

Tõendusmaterjali kokkuvõtte koostamisel on kasutatud kolme ravijuhendit ning nelja metaanalüüsi (uuringutesse olid kaasatud keskmise ja madala kvaliteediga RCTd, ka üsna vanu uuringuid).

Suhteliselt vähe on avaldatud ja teostatud arvestatava tugevusega randomiseeritud kontrolluuringuid enneaegse vastsündinute varase ja hilise parenteraalse toitmise võrdlusest.

Töörühm arutas, et tugevaid soovitusi parenteraalse toitmise alustamise kohta ei saa sõnastada, kuid kindlasti on täpsed soovitused enneaegse vastsündinu paremate ravitulemuste saavutamiseks vajalikud.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

7. Enneaegsel vastsündinul, keda ei ole võimalik toita piisavas mahus enteraalset, tuleks alustada parenteraalse toitmisega esimesel elupäeval, soovitavalt esimestest elutundidest. → **soovitus pigem teha**

8. Glükoosi infusiooni tuleks alustada 4-8 mg/kg/min (5,8-11,5 g/kg/päevas) ja edasiselt juhinduda vere glükoositaseme monitooringust. → **soovitus pigem teha**

9. Insuliini kasutamine hüperglükeemia ennetamiseks ei ole näidustatud. → **tugev soovitus mitte teha**

10. AH lahuste manustamine peaks algama sünnijärgselt võimalikult kiiresti ja mitte hiljem kui 24 tunni vanuses. Ohutu on alustada AH pakkumisega 2-2,5 g/kg/päevas, suurendades järgnevatel päevadel kiiresti valgupakkumist kuni 3,5 g/kg/päevas. → **soovitus pigem teha**

11. Lipiidide manustamisega tuleks alustada esimesel elupäeval. Soovitavaks algannuseks 1,0 g/kg/päevas, edasiselt suurendada lipiidide pakkumist taluvuse korral annuseni 3,0 g/kg/päevas. → **soovitus pigem teha**

12. Enamusel enneaegsetel lastel niisutatud kuvöösitingimustes tuleks alustada intravenoosse vedelikupakkumisega 70-80 ml/kg/päevas, ent väga ebaküpsed enneaegsed vastsündinud võivad vajada rohkem vedelikku. → **soovitus pigem teha**

13. Vedelikupakkumist tuleks kohandada individuaalselt, arvestades seerumi naatriumikontsentratsiooni ja kaalulangust. → **soovitus pigem teha**

14. Esimestel elupäevadel tuleks naatriumpakkumist piirata, alustades sellega pärast diureesi vallandumist, hoolikat vedelikubilansi ja elektrolüütide taseme jälgimist. → **soovitus pigem teha**

Lisaks:

- ravijuhendi lisasse tuua tabel parenteraalse toitmise kohta.

Kliinilise küsimuse 1 täiendatud tõendusmaterjali arutelu

Kas ähvardava enneaegse sünnituse antenataalse diagnostika meetodid võimaldavad võrreldes diagnostika mitte kasutamise, prognoosida enneaegset sünnitust ja rakendada interventsiooni raseduse prolungeerimiseks (digitaalne palpatsioon võrreldes ultraheliuuringul emakakaela pikkuse määramine, digitaalne palpatsioon võrreldes kompleksne uuring, ultraheliuuringul emakakaela pikkuse määramine võrreldes kompleksne uuring (fibronektiintest, profülaktilised külvid, digitaalne palpatsioon, ultraheliga emakakaela pikkus)?

Kliinilise küsimuse tõendusmaterjali on arutatud 27.08.2015 toimunud töörühma koosolekul. Sõnastati üks soovitus, mida ei kinnitatud. Töörühm otsustas oodata NICE enneaegse sünnituse ravijuhendi valmimist (2015. aasta lõpus), mis koondas uuema tõendusmaterjali antud teemal. Lisandunud tõendusmaterjali põhjal sõnastatud soovitused.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

15. Ähvardava enneaegse sünnituse korral antenataalse diagnostikana eelistada transvaginaalset ultraheli-uuringut emakakaela pikkuse hindamiseks, kaaluda võib emakakaela digitaalset palpatsiooni. → **soovitus pigem teha**

16. Raseduse kestuse korral <34+6 GN, kui transvaginaalsel ultraheli-uuringul on emakakaela pikkus < 15 mm, rakendada tokolüütilist ravi ja loote kopsude ettevalmistust GKS-ga. → **soovitus pigem teha**

17. Kahtlusel enneaegsele lootevee puhkemisele, kui lootevee eritumine ei visualiseeru, kaaluda tupevooluse insulini-like growth factor binding protein-1 (ILGFBP1) testi või placentaalset alpha-microglobulin-1 testi teostamist. → **soovitus pigem teha**

Lisaks:

- ravijuhendis kirjutada lahti testide lühendid

Kliinilise küsimuse 26 tõendusmaterjali arutelu

Kas enneaegsetel vastsündinutel tuleb ravitulemi parandamiseks ennetada hemodünaamiliselt oluliselt avatud arterioosjuha erinevate ravivõtetega (vedeliku piiramine, diureetikumravi, varane enteraalne toitmine, mitteinvasiivne ventilatsioon, profülaktiline NSAID) võrreldes mitte sekkumisega? Millal oleks optimaalne aeg teha esimene EHHO-kg-uuring?

Tõendusmaterjali kokkuvõtte koostamisel kasutatud kahte ravijuhendit, viite metaanalüüsi ja muid asjakohaseid materjali, mis käsitlesid enneaegsetel vastsündinutel hemodünaamiliselt olulise PDA ennetamist. Tõendusmaterjali põhjal sõnastas töörühm vastavad soovitused. EHHO-kardiograafilise uuringu teostamise optimaalse ajastamise kohta ei leidunud head tõendusmaterjali. Töörühm arutas, et soovitused on vajalikud ning need sõnastati töörühma konsensusel alusel.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

18. Erakordselt enneaegsel vastsündinul (<28 GN) kaaluda varajast eesmärgistatud ravi vastavalt ehhoKG leiule. → **soovitus pigem teha**

19. Profülaktiline NSAID ravi ei ole rutiinselt näidustatud. → **tugev soovitus mitte teha**

20. Diureesi forsseerimine (furosemiidi, teofülliniga) ei ole PDA ennetamise eesmärgil näidustatud. → **tugev soovitus mitte teha**

21. Vedeliku piiramine alla füsioloogilise vedeliku vajaduse ei ole DAPi ennetamise eesmärgil näidustatud. → **hea tava suunis**

22. Mitteinvasiivsel hingamistoetusel olevale enneaegsele vastsündinule kaaluda DAPi ennetamise eesmärgil varast surfaktantravi. → **soovitus pigem teha**

23. Optimaalne aeg EHHO-kardiograafiliseks uuringuks enneaegsetel

vastsündinutel < 28 GN on vanuses kuni 72 elutundi. → **hea tava suunis**

24. Enneaegsetel vastsündinutel > 28 GN sündinud lastele teostada EHHO-kardiograafiline uuring vastavalt kliinilisele näidustusele. → **hea tava suunis**

Lisaks:

- ravijuhendis soovitusse lisada hemodünaamiliselt olulise DAPi kriteeriumid, (tabel), millal ravida

Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali arutelu

Kas kõik ähvardava enneaegse sünnitusega rasedad tuleb ema tervise seisundi parandamiseks ning vastsündinu parema ravitulemi saavutamiseks tsentraliseerida vastavate ravivõimalustega ja piisava enneaegsete vastsündinute arvuga keskustesse võrreldes mittetsentraliseerimisega?

Tõendusmaterjali kokkuvõtte arutelul osaleb Heli Paluste (Skype teel). Kliinilise küsimuse teemal on antud soovitus kolmes kaasatud ravijuhendis ning lisaks on analüüsitud retrospektiivsete kohortuuringute ja nende põhjal koostatud süstemaatiliste ülevaadete tulemusi. Uuringute tulemuste põhjal soovitatakse enneaegse sünnituse korral emade ja vastsündinute tulemi parandamiseks suunata kõrge riskiga rasedaid spetsialiseeritud keskustesse, kus on kättesaadav kõrgema etapi neonataalne intensiivravi, kuigi tõendus põhisis antud teema kohta on piiratud.

Töörühm arutas, et antud küsimuse puhul tuleb arvestada, et eetilistel põhjendustel ei ole sellel teemal võimalik teostada randomiseeritud kontrolluuringuid ning samas tuleb soovitude sõnastamisel arvestada kohalikke olusid ning tervishoiukorraldust. Kindlasti tuleb tsentraliseerida kõrgema etapi keskusse ähvardava enneaegse sünnitusega rasedad. Samas peab olemas personalil selged suunised, millal tuleb rase edasi suunata, seetõttu on sõnastatud vastava hea tava suunis.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitus:

25. Ähvardava enneaegse sünnitusega rasedad tuleb lapse ravitulemi parandamiseks tsentraliseerida vastavate ravivõimalustega kõrgema etapi keskustesse. → **tugev soovitus teha**

26. Ähvardava enneaegse sünnituse korral eelistada üsasisest transporti:

- Üldhaiglast enne 36+6 gestatsiooninädalat, kui puudub lastearsti ööpäevaringne valve, vastav aparatuur ja personali pädevus enneaegse vastsündinu abistamiseks piirkondliku haigla tasemega sünnitusabikeskusesse.
- Maakonna kesonhaiglast enne 34+0 gestatsiooninädalat piirkondliku haigla tasemega sünnitusabikeskusesse.
- Tallinna kesonhaiglast enne 30+0 gestatsiooninädalat piirkondliku haigla tasemega sünnitusabikeskusesse. → **hea tava suunis**

Lisaks:

- ravijuhendis soovitusse selgituses lahti kirjutada, millal ei ole transporti võimalik teostada (ebastabiilne ema seisund, loote

ebastabiilne seisund, mis võib halveneda kiiresti, kui sünnitaja on avanemisperioodi aktiivses faasis (emakakael on lamenenud ja avatud 4 cm ja rohkem, esinevad regulaarsed emakakontraktsioonid).

Kliinilise küsimuse 3 täiendatud tõendusmaterjali arutelu

Kas ähvardava enneaegse sünnituse korral, kui laps on gestatsioonivanuselt eluvõimelisuse piiril (22+0...23+6), tuleb vastsündinu ravitulemi parandamiseks rakendada perinataalset proaktiivset ravi (transport keskusesse, kopsude ettevalmistus, keisrilõige lapsepoolsel näidustusel, neuroproteksioon, tokolüüs, antibiootikumravi) võrreldes proaktiivse ravi mitterakendamisega?

Kliinilist küsimust arutatud 9.12.2015 toimunud töörühma koosolekul, sõnastatud ja kinnitatud koos ravijuhendi soovitusel. Käesolevaks koosolekuks täpsustas sekretariaat tõendusmaterjali, mis käsitles keisrilõike teostamist ähvardava enneaegse sünnituse korral erinevate gestatsiooninädalate arvestuses (vt lisatud tõendusmaterjali tabel). Töörühm sõnastas kaks soovitusel. Lisaks otsustati mitte selle küsimuse juures sõnastada antibakteriaalse ravi soovitusel, kuivõrd seda käsitleb eraldi kliinilise küsimus.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitusel:

27. Ähvardava enneaegse sünnituse korral 22+0 kuni 22+6 gestatsiooninädalat lootepoolsel näidustusel keisrilõiget mitte teostada. → **tugev soovitus mitte teha**

28. Ähvardava enneaegse sünnituse korral 23+0 kuni 23+6 gestatsiooninädalat lootepoolsel näidustusel keisrilõiget pigem mitte teostada. → **soovitus pigem mitte teha**

Kliinilise küsimuse 8 täiendatud tõendusmaterjali arutelu

Kas kõikide enneaegsete sünnituste korral tuleb sünnitusviisi valikul arvestada ema terviseseisundi ning vastsündinu ravitulemi parandamiseks järgmisi tegureid võrreldes mitteamistamisega: mitmikrasedus (sh sõltuvalt esimese loote seisust); vaginaalne sünnitus võrreldes keisrilõige sõltuvalt gestatsioonivanusest (22-23-24, 25-26, 27-28, 29-31); lootesel: vaagnaotsseis võrreldes peaseis?

Kliinilist küsimust arutatud 22.10.2015 toimunud koosolekul, sõnastati esmased soovitusel, kuid töörühmal jäi palju eriarvamusi. Kvaliteetset tõendusmaterjali antud küsimuse kohta on vähe, rõhutatakse, et sünnitusviisi valikul tuleb lähtuda erinevatest näidustustest. Töörühm arutas, et ravijuhendis on vajalik sõnastada soovitusel sünnitusviisi valiku kohta mitmikrasedus ja tuharseisu korral. Töörühm otsustas sõnastada konsensuslikud soovitusel.

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitusel:

29. Enneaegsus ainupõhjuseks ei ole keisrilõike näidustus. → **soovitus pigem mitte teha**

30. Enneaegse sünnituse korral sünnitusviisi valikul lähtuda individuaalselt sünnitusabialastest, loote- ja emapoolseltest näidustustest. → **soovitus pigem teha**

	<p>31. Enneaegse sünnituse korral >24+0 GN, kui loode on tuharseisus, võib kaaluda keisrilõiget → hea tava suunis</p> <p>32. Enneaegse kaksiksünnituse korral, kui esimene kaksik on peaseisus, on soovitatav vaginaalne sünnitus. → hea tava suunis</p> <p>33. Enam kui kahe loote korral on soovitatav keisrilõige. → hea tava suunis</p> <p>Lisaks:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ravijuhendis soovitusel selgituses täpsustada, et kõikidele juhtumitele tuleb läheneda individuaalselt, arvestades esiteks riske, seejärel lähtuda ka perekesksusest ja vanemate eelistustest. <p>Kliinilise küsimuse 27 tõendusmaterjali arutelu</p> <p>Kas kõikidel infektsiooni riskiteguritega enneaegsetel vastündinutel kasutada ravitulemi parandamiseks profülaktilist antibakteriaalset ravi võrreldes mitte kasutamisega (penitsilliin+gentamütsiin võrreldes ampitsilliin+gentamütsiin; kestus/lõpetamise näidustused – kas/millal on ohutu lõpetada negatiivsete külvide korral ja põletikunäitajate puudumisel; antibakteriaalse ravi kestus koorionamnioniidiga rasedusest sündinud enneaegsel)?</p> <p>Töörühma poolt sõnastatud esialgsed soovitusel, mis vaadatakse veel üle ja kinnitatakse elektrooniliselt.</p> <p>Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitusel:</p> <p>34. Infektsiooni riskiteguritega enneaegsetel vastündinutel kasutada ravitulemi parandamiseks profülaktilist antibakteriaalset ravi. → soovitus pigem teha KINNITAMATA</p> <p>35. Empiirilise antibakteriaalse ravi esmavalikuks on penitsilliini ja gentamütsiini kombinatsioon, kui kohalik mikrobioloogiline seire ei ole tuvastanud resistentsust, mis nõuab erineva antibiootikumi kasutamist. → tugev soovitus teha KINNITAMATA</p> <p>36. Antibakteriaalne ravi tuleb lõpetada, kui puudub kliiniliselt infektsioonile viitav leid ja bakteriaalsed külvid on negatiivsed. - tugev soovitus teha KINNITAMATA</p> <p>Lisaks:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ravijuhendis soovitusel selgitusse lisada tabelina infektsiooni riskitegurid („punased lipud“) <p>3. Järgmise koosolekuaegade kokku leppimine</p> <p>Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosoleku kokku leppimine toimub Doodle keskkonnas, orienteeruv aeg märtsi II pool.</p>
Vastuvõetud otsused	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kvoorum soovitusel kinnitamiseks on koos, koosolekul osaleb 13 töörühma liiget. 2. Koosolekul sõnastatud 36 soovitusel, neist 33 kinnitatud. 3. Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub orienteeruvalt märtsi II pooles. 4. Sekretariaat koostab järgmiseks koosolekuks ravijuhendi tööversiooni, kus on toodud soovitusel selgitused ja täiendavad materjalid vastavalt koosolekutel kokku lepitud punktidele.