



Ravijuhendi „Perioperatiivne ägeda valu käsitus” töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 3

27.01.2022

Videokoosolek (Teamsi keskkonnas) kell 13.00–17.00

Osalesid töörühma juht Kaire Pakkonen ja liikmed, Juri Karjagin, Maria Rebo, Helen Valk, Aleksandr Koroljov, Veronika Palmiste-Kallion, Malle Avarsoo, Jana Lass ja sekretariaadi juht (ja ühtlasi ravijuhendite püsisekretariaadi esindaja) Kaja-Triin Laisaar

Ei osalenud töörühma liige Mari-Liis Ilmoja

Koosolekul osales 8 töörühma liiget 9st – sisuliste otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatasid K. Pakkonen ja K.-T. Laisaar, protokollis K.-T. Laisaar.

Koosoleku päevakord:

1. Huvide deklareerimine

Kõik koosolekul osalenud kinnitasid, et neil ei ole eelmisest koosolekust möödunud aja jooksul tekkinud uusi võimalikke huvide konflikte.

2. Käsitusala koostamise jätkamine

2.1 Sekretariaat ravijuhendi rakendumist hinnanud auditi tulemuste juurde tagasi minnes välja kaks auditi soovitusel lähtuvat probleemi/teemat, mille lahendamist võidakse ravijuhendi ajakohastamise käigus oodata:

(a) Kas on põhjust koostada arstidele ja õdedele nn valuravi kontrollnimekiri, mida kasutada paremaks perioperatiivse valu monitoorimiseks ja raviks?

Töörühm arutas, kellele täpsemalt selline asi vajalik oleks – enne operatsiooni (kus?), operatsioonisaalis, *recovery*-s, intensiivraviosakonnas ja/või tavaosakonnas. Toodi välja, et osas haiglates on oma süsteem juba loodud ning leiti, et midagi kõigile ühtmoodi ei ole ratsionaalne välja töötada.

(b) Kuidas tagada, et igal pool võetakse kasutusele võetaks samad valuskaalad? Töörühm leidis, et valuskaalade optimaalne valik on oluline. Samas oldi ebakindlad, et kes võtab ka nende väljavalitud skaalade tõlkimise ja kohandamise enda peale. Töörühma liikmetel vastav kogemus puudub. Samuti ei ole põhjust arvata, et selle töö võtavad enda peale erialaselt või tervishoiuasutused, kuna see töö nõuab ressursse (lisaks rahale ka oskusi). Töörühm jäi kindlaks varasemale otsusele välja selekteerida optimaalne valik skaaladest, mis seejärel tõlkida/kohanda (kui see veel tegemata).

2.2. Preoperatiivse perioodi soovitus nr 4 “Alustage patsiendi valuravi õigel ajal, lähtudes ravimvormist ja manustamisviisist, et tagada operatsioonijärgne tõhus valutustamine (valu tugevus ≤ 3 palli)” selgituses on teiste seas eraldi lõik ka gabapentiini kasutamise kohta. Samuti on **gabapentinoididest** juttu juhendi valu kombineeritud ravi ja lisaravimeid puudutavates osades. Töörühmale teadaolevalt viitab algse ravijuhendi valmimist möödunud aja jooksul lisandunud teaduslik tõendusmaterjal sellele, et gabapentinoidi lisamine opioidile preoperatiivselt ei paranda valuravi tulemust. Seetõttu soovib töörühm teada saada, kas juhul, kui perioperatiivses perioodis ägeda valu ravis opioidile lisaks kasutada gabapentinoidi, väheneb valu tugevus, opioidi vajadus ja seega ka opioidi kõrvaltoimete tekke tõenäosus või mitte. Töörühm otsustas esitada eraldi gabapentinoide puudutava kliinilise küsimuse.

Samas peeti vajalikuks kustutada gabapentinoide puudutav info soovitus nr 4 (mille aluseks olevat kliinilist küsimust täies mahus avada ei soovitud) selgitusest.

Lepiti kokku, et sekretariaat korrigeerib koosolekul arutatu põhjal käsitlusala, pakkudes mh välja kliinilise küsimuse sõnastuse. Edasine käsitlusala lihvimine, sh igale kliinilisele küsimusele kohaste tulemusnäitajate valimine algses ravijuhendis kasutatud tulemusnäitajate seast toimub elektroonselt, et jõuaks käsitlusala Ravijuhendite Nõukojale 8.02.2022 koosolekul kinnitamiseks esitada.

2.3. Algse ravijuhendi käsitlusala koostamise oli perioperatiivse valuravi käsitluses huvi pakkunud küsimus, kas **postoperatiivse kroonilise valu tekke tõenäosuse vähendamiseks** on kasu sellest, kui lisaks operatsiooniaegsele anesteesiale alustada preoperatiivselt regionaalset valuravi (nt epiduraalanalgeesia, paravertebraalne blokaad vm). Tõendusmaterjali leiti ja soovitusel anti regionaalse valuravi kasutamise kohta suure kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosusega operatsioonide – torakotoomia, mastektomia ja alajäseme amputatsioon korral (soovitus nr 6–8). Samas töörühmale teadaolevalt Eesti suuremates haiglates (nt TÜK, PERH, Pärnu haigla) käesoleval ajal suurema kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosusega operatsioonide korral anesteesiale lisaks preoperatiivset regionaalanalgeesiat ei kasutata, sest sellest ei nähta kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosuse vähendamisel kasu. Töörühma hinnangul toetab seda ka vahepealse aja jooksul täienenud teaduslik tõendusmaterjal.

Lepiti kokku, et sekretariaat korrigeerib koosolekul arutatu põhjal käsitlusala, pakkudes mh välja kliinilise küsimuse sõnastuse. Edasine käsitlusala lihvimine toimub elektroonselt, et jõuaks käsitlusala Ravijuhendite Nõukojale 8.02.2022 koosolekul kinnitamiseks esitada.

2.4. Algse soovitus nr 11-L „Alla 18-aastastele patsientidele ei ole **koksiibide** manustamine näidustatud (vt ravimi omaduste kokkuvõtet)” arutelul kerkis küsimus, kas oleks põhjust seda vanusepiiri langetada. Leiti, et kuigi eelkõige on põhjust lähtuda vastavate ravimite tooteomaduste kokkuvõtetest, tuleb lisaks läbi vaadata ka teemakohane teaduskirjandus, kuna värskete (ka kõrge tõendatuse astmega) uuringute tulemused ei tarvitse veel olla tooteomaduste kokkuvõtetesse jõudnud.

2.5. Intraoperatiivse perioodi soovitusi läbi vaadates oli töörühm juba varem jõudnud otsusele mitte avada algseid juhendi kliinilist küsimust nr 8_“ Kas patsiendil intraoperatiivse operatsioonihaava infiltratsiooni kasutamine (lokaalanestetikumiga) vs selle mittekasutamine mõjutab post-operatiivset ägedat valu?” ja seega muuta algset soovitust nr 14 „Kasutage kõikide

operatsioonide puhul valutustamiseks operatsioonihaava ühekordset infiltratsiooni lokaalanesteetikumiga või lokaalanesteetikumi püsiinfusiooni haavakateetri kaudu“. Samas võeti plaani läbi vaadata kõik algses juhendis perioperatiivse valu ravis kasutatavaid ravimeid puudutavad lisad (tabelid) ja need ajakohastada ning jäädi kindlaks eelmisel koosolekul tehtud otsusele esitada küsimus (et lõpuks anda praktiline soovitus) lokaalse infiltratsiooni tehnika kohta.

2.6. Algse ravijuhendi soovitude läbivaatuse käigus tuli veel välja, et soovitus nr 19 „Regionaalanalgeesia vastunäidustuste korral kasutage **intravenooset patsiendi kontrollitud opioidanalgeesiat (PCA)**“ asub intraoperatiivsete soovitude seas, kuid puudutab tegelikult postoperatiivset perioodi ning tuleb seetõttu soovitude loetelus õigesse kohta tõsta. Ühtlasi tõi töörühm välja, et tõenäoliselt on ravijuhendi ajakohastamisel kõigi soovitude (sh nende, mille aluseks olevaid kliinilisi küsimusi ajakohastamisel ei avata) sõnastuse ajakohastamisel ja ühtlustamisel põhjust selle soovitude sõnastust veidi enam korrigeerida. Nimelt tuleb kaaluda, kas täpsustada, et silmas on peetud intravenooset boolust.

2.7. Postoperatiivse perioodi soovitusi läbi vaadates leidis töörühm, et algses ravijuhendis on postoperatiivses perioodis antud **lisaravimeid** puudutav praktiline soovitus “Tugeva valu korral kaaluge lisaravimite kasutamist (vt lisaravimite tabelit lisa nr 2)”. Töörühm leidis, et lisaravimite kasutamise kohta ei ole algselt kogutud piisavalt teaduslikku tõendusmaterjali. Otsustati, et konkreetset lisaravimid (valuvaigistite kombinatsioonid) täpsustab töörühm küsimuse arutamise käigus, vajadusel ka alles pärast esmast tõendusmaterjaliga tutvumist.

2.8. Töörühm pani veel tähele, et algses ravijuhendis on antud soovitus valuravi alustamise kohta (pre- ja intraoperatiivses etapis), kuid ei ole öeldud, **mis saab varem alustatud valuravist postoperatiivses perioodis**. Töörühm leidis, et selleks ei ole vaja esitada uut kliinilist küsimust, vaid lisada postoperatiivse etapi soovitude loetelu algusesse juhendi üldise selguse mõttes praktiline soovitus, et postoperatiivses etapis jätkata varem alustatud valuravi (vastavalt vajadusele).

2.9. Jätkati algse ravijuhendi koostamisel esitatud kliinilise küsimuse nr 13 „Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum **kombineeritud farmakoloogilise valuravi** kasutamine vs monoteeraapia kasutamine?“ avamise vajaduse arutelu. Töörühm leidis, et vastav soovitus nr 26: „Kasutage postoperatiivselt kombineeritud farmakoloogilist valuravi tugeva (valu tugevus 8–10 palli) ja mõõduka (valu tugevus 5–7 palli) valu puhul“ ei ole põhjust ümber vaadata. Seda otsust toetab ka see, et kui algses juhendis oli kliinilise soovitusena nr 26 seotud lapsi puudutav praktiline soovitus nr 26-L, mis keskendus koksiibidele ja kodeiinile, siis ajakohastamisel oli juba niikuinii esitatud lastel koksiibide kasutamist puudutav kliiniline küsimus ning samuti küsimus lisaravimite näidustatusse kohta nii lastel kui täiskasvanutel.

Samuti oli soovitusena nr 26 seotud veel ka praktiline soovitus nr 27, mis puudutas lisaravimite kasutamist. Ka lisaravimite osas oli töörühma juhendi ajakohastamisel juba otsustanud, et nende kohta esitatakse eraldi kliiniline küsimus.

3. Käsitusala kinnitamine

Töörühm otsustas käsitusala koostamise lõpuni viia elektroonselt, et jõuda see valmis nädal enne Ravijuhendite Nõukoja koosolekut (8.02.2022). Nii jõuavad nõukoja liikmed sellega koosoleku eel tutvuda ning käsitusala on sobivusel võimalik koosolekul kinnitada. Seejärel on töörühmal ja sekretariaadil võimalik ravijuhendi koostamisega edasi liikuda – alustada teadusliku tõendusmaterjali jm info otsinguid.

4. Järgmise koosoleku aja kokkuleppimine

Järgmine koosolek toimub 17.03.2022.

Täiendus koosolekul käsitletule:

Töörühm ja sekretariaat viisid ajakohastatava juhendi käsitusala koostamise ühiste jõupingutustega kiirkorras elektroonselt lõpuni – töörühm kinnitas käsitusala 2.02.2022. Seejärel esitas sekretariaat selle Ravijuhendite Nõukojale kinnitamiseks ning nõukoda kinnitas käsitusala 8.02.2022.