



## **Ravijuhendi „Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus“ töörühma koosolek nr 1**

24.05.2022 kell 13.00–17.00

MS Teams

Osalesid töörühma liikmed: Kadri Tellin (juht), Merike Luman, Mai Rosenberg, Evelin Seppet, Ruth Kalda, Galina Zemtsovskaja, Ly Anton, Mart Roosimaa, Pille Soon, Varje Mantsik, Jaanika Alak

Osalesid sekretariaadi liikmed: Liisi Leis, Helen Kannela, Julia Piel

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul osalesid kõik töörühma liikmed, seega oli kvoorum koos ja töörühm otsustusvõimeline.

### **Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte**

#### **1. Tutvustusring, huvide deklaratsioonid**

Töörühma liikmed tutvustasid end ning andsid ülevaate varasemast ravijuhendite koostamise kogemusest.

Huvide deklaratsioonide põhjal ei olnud töörühma ja sekretariaadi liikmetel huvide konflikti.

#### **2. Töörühma koolitus**

Püsisekretariaadi esindaja tegi ülevaate ravijuhendite koostamisel kasutatavast meetodikast.

#### **3. Järgmised koosolekud**

Lepiti kokku, et järgmine koosolek toimub 14.06 kl 13-17 Tartus koos veebiülekanedega.

#### **4. Käsitlusala arutelu**

Töörühm vaatas läbi algse ravijuhendi käsitlusala küsimused ning otsustas, millised küsimused avada ning millised küsimused oleks vaja juurde teha. Järgnevalt on esitatud küsimused, mille avamist töörühm kaalus, mis avati ning mis juurde tehti.

**Algse RJ küsimus nr 1:** Kas kroonilise neeruhaiguse suhtes tuleb sõeluda kõiki täiskasvanud patsiente (alates 18. eluaastast) vs sõeluda riskigrupi patsiente (vanus üle 50 eluaasta, neeruhaigus pereanamneesis, adipoosus, suitsetaja, suhkurtõbi, kõrgvererõhktõbi, südame- ja veresoonkonnahaigus)?

Arutati, kas regulaarse NSAID kasutajate sõelumise/jälgimise osas on uut tõendatust või peaks mõnda riskirühma kohta veel tõendust vaatama? Töörühm leidis, et tõenäoliselt ei ole NSAIDide kohta uuemat tõendust lisandunud ning uusi riskirühmasid ei pea küsimusse lisama, seega seda küsimust ei avatud. Töörühmas oli arutelu, et oleks vaja küsimust teada saamiseks, kas nn tervetel täiskasvanutel oleks vaja teha sõeluuringu käigus uriinianalüüs. Toodi välja, et algse ravijuhendi koostamisel leiti tõenduse põhjal, et alla 55aastaste inimeste sõelumine ei ole

kulutõhus. Arutati, et selle teema peaks esitada täiskasvanu tervise jälgimise juhendi töörühmale. Püsisekretariaadi esindaja K. Kallavus teeb seda töörühma järgmisel koosolekul (07.06.2022).

**Algse RJ küsimuse nr 3 põhjal antud soovitus nr 8:** Esmadiagnoositud kroonilise neeruhaigusega patsientidele määrake diagnoosi kinnitamiseks korduvad laboratoorsed uuringud: kreatiniin plasmas ja eGFR ühe nädala ning seejärel kolme kuu möödudes.

Tõstatati küsimus, kas peaks soovitus sõnastuse üle vaatama. Kui on juba esmadiagnoositud, siis miks analüüsi korrata? Pigem on see vajalik KNH diagnoosi kinnitamiseks. Algse ravijuhendi koostamisel arutati samuti selle soovitus sõnastuse üle, aga paremat sõnastust ei leitud. Enamik töörühma liikmetest ei näe sellises sõnastuses probleemi. Samas, kui nagunii kõigi soovitude sõnastused üle käiakse ja ühtlustatakse, siis saab selle soovitus sõnastuse peale eraldi pikemalt mõelda.

Tehti ettepanek lisada üks patsiendi suunamise soovitus. Nimelt, et neerude uudismoodustistega patsiendid suunata uroloogile. Probleem on selles, et kui patsiendil avastatakse neerus moodustis (mitte tsüst), siis suunatakse ta nefroloogile, kuigi võiks saata uroloogile. Ravijuhendis on patsiendi suunamise peatükk, kuhu alla selle praktilise soovitus lisada saab.

**Algse RJ küsimuse nr 5:** Kas kõigil kroonilise neeruhaiguse riskigrupi või kroonilise neeruhaigusega patsientidel kasutada glomerulaarfiltratsiooni täpsemaks määramiseks arvutusliku filtratsiooni kiiruse (eGFR) määramist vs muidmeetodeid (kreatiniini kliirensi määramist, tsüstatiin C määramist)?

Töörühm soovis võtta lahti küsimuse tsüstatiin C määramise osas. Teatud patsientidel võiks seda teha. Algse ravijuhendi koostamisel seda arutati, aga leiti, et esmatasandile ei saa tsüstatiin C määramist kohustuslikuks panna. Samas on aeg edasi liikunud ja nüüd võiks seda kaaluda.

UUS KÜSIMUS: Kas kõigil kroonilise neeruhaiguse riskigrupi või kroonilise neeruhaigusega patsientidel teha ainult kreatiniinil põhinevat eGFR või koos tsüstatiin C-l põhinev eGFRga?

Standard on kreatiniinil põhinev eGFR. Küsimusega tahetakse teada, millistel patsientidel peaks tegema lisaks ka tsüstatiin C ja sellel põhinev eGFR.

**Algse RJ küsimus nr 10:** Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb ravitulemuste parandamiseks hoida kõrgvererõhktõve raviga vererõhuväärtused teatud optimaalsel tasemel vs mitte?

Töörühm otsustas selle küsimuse avada, sest välja on antud uued rahvusvahelised ravijuhendid ja soovitus. Kõlas arvamus, et peaks käsitlema ka hüpertensiooni nefrodoksisilisust.

**Algse RJ küsimus nr 11:** Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb ravitulemuste parandamiseks saavutada kindlad veresuhkru ja glükohemoglobiini väärtused vs mitte?

Töörühm otsustas selle küsimuse avada. Töörühm soovib teada, mis on uuema tõenduse valguses optimaalsed glükohemoglobiini (HbA1c) väärtused kroonilise neeruhaiguse progresseerumise pidurdamiseks.

**Algse RJ küsimus nr 12:** Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidele tuleb ravitulemuste parandamiseks teostada sekundaarse hüperurikeemia ravi vs mitte?

Töörühm otsustas selle küsimuse avada. Teada on, et hüperurikeemia sekkumise kohta on lisandunud uuemat tõendusmaterjali.

### **Ravimite küsimused.**

Arutati, kuidas sisse tuua nefroproteksiooni ravimid, st millise peatüki alla seda käsitleda. Otsustati, et kõik ravimeid puudutavad soovitusel koondatakse ravimite peatüki alla ning selle peatüki alla tehakse omakorda alapeatükid, nt nefroproteksiooni ravimid võiks olla ühe alapeatüki all. Seega rühmitakse ravimid erinevate küsimuste alla.

**Algse RJ küsimus nr 14:** Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidel järgmiste ravimite kasutamise ja annustamise otsustamisel tuleb arvestada neerufunktsiooni (kreatiniin, eGFR) väärtusi vs mitte:

- metformiin
- NSAIDd
- AKEId, ARBd
- spironolaktoon
- digoksiin
- aminoglükosiidid
- statiinid

Töörühm otsustas seda küsimust mitte avada, kuid teha teatud ravimite kohta uued küsimused.

Veritsuseriski teemana käsitlemiseks koostati küsimus, mis sisaldab NOACi ja varfariini. Aspiriini jäeti välja, sest selle kohta ei ole tõenäoliselt uuemat tõendust, kuigi aspiriini teadusuuringutes võib olla võrdlusena kasutatud. Aspiriini kohta on alguses juhendis soovitus antud ja seda ei muudeta. Tahetakse teada, millist ravimit eelistada.

**UUS KÜSIMUS:** Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidel kasutada NOACi või varfariini parema ravitulemuse saamiseks?

Arutati, kas on statiinide kohta uuemat tõendust tulnud. Otsustati, et peaks statiinide küsimuse laiemalt ette võtma, st vaadata teisi düslipideemia ravimeid, ja uuema tõenduse läbi vaatama. Tahetakse teada annustamise kohta. Düslipideemia ravijuhend aastast 2019, millele saab viidata. Soovitused 41 ja 42 peab üle vaatama, sh korrigeerima soovitus 42 tingmärgid, mis on soovituste loetelus ja teksti sees olevas soovitusel erinevad.

**UUS KÜSIMUS:** Kas kõigil kroonilise neeruhaigusega patsientidel kasutada PCSK9 inhibiitor + statiinid või esetimiib + statiinid või ... või ainult statiinid parema ravitulemuse saamiseks?

**UUS KÜSIMUS:** Kas kõigil kroonilise neeruhaigusega patsientidel sõltuvalt neerufunktsioonist ja proteinuuriast kasutada kroonilise neeruhaiguse progresseerumise pidurdamiseks järgnevaid ravimeid:

- AKEId, ARBd
- Spironolaktoon, teised mineraalkortikoidide retseptorite antagonistid
- SGLT2i
- GLP-1 agonistid

Arutati, kas **avada algse RJ küsimus nr 15**: Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel on kontrastainega teostatavate uuringute planeerimisel/teostamisel kaasnevate riskide vähendamiseks vajalik arvestada neerufunktsiooni (kreatiniin, eGFR) väärtusi vs mitte?

Algses juhendis oli sõnastatud tugev negatiivne soovitus gadoliiniumisisaldusega kontrastaine vältimiseks. Töörühm otsustas küsimust mitte avada.

Arutati, kas avada **algse RJ küsimus nr 16**: Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb aneemia diagnoosimiseks teostada kindlad laboratoorsed uuringud (hemogramm, transferrini saturatsioon, ferritiin) ja samasuguse sagedusega vs mitte?

Töörühma arutas, kas minna tõendust otsima aneemia kohta. Soovitakse anda soovitus, milliseid täpsustavaid uuringuid teha, kui aneemia on diagnoositud. Nefroloogi vastuvõtule tulevad aneemiaga inimesed, kellel ei ole suukaudset ravi alustatud.

Algses ravijuhendi tekstis on järgmine lõik: „KNH-ga ja aneemiaga patsientidel (sõltumata KNH raskusastmest) peab aneemia diagnoosimine sisaldama hemogrammi, retikulotsüütide arvu, seerumi ferritiini taseme, seerumi transferrini küllastatuse ning vitamiin B12 ja folaadi taseme määramist. (3, 8, 74, 75)“. Töörühm arutas, et selline praktiline soovitus oleks asjakohane. Viidatud on ravijuhenditele.

Arutati, kas avada **algse RJ küsimus nr 17**: Kas kõikidele kroonilise neeruhaigusega patsientidele on ravitulemuste parandamiseks näidustatud D-vitamiini kasutamine vs mitte?

Töörühm otsustas, et seda küsimust ei võta lahti.

Arutati, kas avada **algse RJ küsimus nr 20**: Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb ravitulemuste parandamiseks ravimeetodi valikul (konservatiivne ravi, neeruasendusravi) hinnata patsiendi seisundit ja soovi (informeeritud otsus) vs mitte?

Küsimuse kohta käib soovitus nr 52. Arutati, kas peaks üle vaadata küll just selles mõttes, et kas eakatel ja eeskätt neil, kl eGFR on üsna stabiilne või väga aeglaselt langev, on ikka vajalik suunata nefroloogile, kui eGFR on 30. Samas on ravijuhendis olemas soovitus 49, kus peaks kõik KNHga patsiendid nefroloogi konsultatsioonile saatma, kui eGFR on alla 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (G4–G5). Toodi välja, patsientide käsitus on väga individuaalne ning võiks kasutada e-konsultatsiooni võimalust. Töörühm otsustas, et ei võta seda küsimust lahti.

Soovituste sõnastuse ümbervaatamisel lisatakse e-konsultatsiooni võimalus. E-konsultatsioon lisada THK küsimuste hulka.

## 5. Edasine töö

Töörühmale saadetakse käsitusala mustand esimesel võimalusel ning palutakse veebis seda vajadusel korrigeerida.

Järgmine koosolek toimub 14.06 kell 13.00-17.00 veebis. Kui on huvilisi, saab koguneda ka Tartus Biomeedikumis.