

KÜSIMUS

Kas kasutada IWGDF/IDSA rahvusvahelise tööühma jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteemi infektsiooni raskusastme hindamiseks või mitte kõigil jalahaavandi infektsiooniga diabeetikutel, et saada parem ravitulemus?

SIHTRÜHM:	kõigil jalahaavandi infektsiooniga diabeetikutel, et saada parem ravitulemus
SEKKUMINE:	IWGDF/IDSA rahvusvahelise tööühma jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteemi infektsiooni raskusastme hindamiseks
VÕRDLUS:	mitte
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Haavandi paranemine; Haavandi paranemise aeg; Amputatsioon; Suremus
KONTEKST:	
VAATENURK:	
TAUST:	Risk oma eluea jooksul diabeetilise jalahaavandi tekkeks on 19%-34% diabeediga patsientidest, infektsioon areneb neist veel omakorda 50-60%-I. 5 aasta suremus diabeetilise jalahaavandiga patsiendil on umbes 2,5 korda kõrgem diabeediga patsiendist, kellel jalahaavandit väljakujunenud ei ole (Edmons et al., 2021). On andmeid, et hinnanguliselt sureb 10% patsientidest ühe aasta jooksul pärast diabeetilise jalahaavandi diagnoosi (Meloni et al., 2020). Diabeetilise jalahaavandi korral vajab eri tasemelt alajäseme amputatsiooni umbes 20% patsientidest ja on arvatud, et iga 20 sekundi järel teostatakse maailmas diabeedi tüsistuste tõttu alajäseme amputatsioon (Armstrong et al., 2017). Diabeetilise jalahaavandi infektsioon eeldab sagedast tervishoiuteenuse kasutust, igapäevast haavahooldust, antimikroobset ravi, kirurgilisi protseduure ja suuri tervishoiukulusid. Infitseerunud diabeetiline jalahaavand on kõige sagedasem diabeedi tüsistus, mis vajab haiglaravi ja võib viia jäseme amputeerimiseni (Peters et al., 2001, Lavery et al., 2007). Süstemaatiline, tõenduspõhine lähenemine jalahaavandi infektsiooniga diabeetikute puhul parandab tõenäoliselt tulemusi, eriti raskete infektsioonide ravi, ning aitab vältida tüsistusi, nagu eluohtlikud infektsioonid ja jäseme kaotus.
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ Ei ○ Pigem ei ○ Pigem jah ● jah ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Risk oma eluea jooksul diabeetilise jalahaavandi tekkeks on 19%-34% diabeediga patsientidest, infektsioon areneb neist veel omakorda 50-60%-I . 5 aasta suremus diabeetilise jalahaavandiga patsiendil on umbes 2,5 korda kõrgem diabeediga patsiendist, kellel jalahaavandit väljakujunenud ei ole (1). On andmeid, et hinnanguliselt sureb 10% patsientidest ühe aasta jooksul pärast diabeetilise jalahaavandi diagnoosi (2).	Süstemaatiline, tõenduspõhine lähenemine jalahaavandi infektsiooniga diabeetikute puhul

	Diabeetilise jalahaavandi korral vajab eri tasemelt alajäseme amputatsiooni umbes 20% patsientidest ja on arvatud, et iga 20 sekundi järel teostatakse maailmas diabeedi tüsistuste tõttu alajäseme amputatsioon (Armstrong et al., 2017). Diabeetilise jalahaavandi infektsioon eeldab sagedast tervishoiuteenuse kasutust, igapäevast haavahooldust, antimikroobset ravi, kirurgilisi protseduure ja suuri tervishoiukulusid. Infitseerunud diabeetiline jalahaavand on kõige sagedasem diabeedi tüsistus, mis vajab haiglaravi ja võib viia jäseme amputeerimiseni (3, 4). Süstemaatiline, tõendus põhine lähenemine jalahaavandi infektsiooniga diabeetikute puhul parandab tõenäoliselt tulemusi, eriti raskete infektsioonide ravi, ning aitab vältida tüsistusi, nagu eluohtlikud infektsioonid ja jäseme kaotus. Antud kliinilise küsimusega soovitakse teada, kas IDSA/IWGDF rahvusvahelise tööühma jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteemi kasutamine võiks anda paremaid ravitulemusi. Tulemusnäitajad: haavandi paranemine, haavandi paranemise aeg, amputatsioon, suremus, patsiendi rahulolu. Mida ütleavad senised ravijuhendid? 1) Guidelines on the classification of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF update 2023) (Monteiro-Soares et al., 2023) Diabeedi ja infitseerunud jalahaavandiga patsiendi klassifitseerimiseks tuleks kasutada IDSA/IWGDF klassifikatsioonisüsteemi (tugev soovitus, madal tõendatuse aste). Täpsustusena on lisatud, et antud süsteem on kasutatav juhul, kui ei kaasne muud kaasuvat komplitseerivat probleemi, nt. perifeersete arterite haigust. Samuti ei sobi klassifikatsioonisüsteem igasuguse muu jalainfektsiooni klassifitseerimiseks. Edasised soovitused on ravijuhendis küll välja toodud eraldi, kuid annavad aimdust, miks võiks olla vajalik eelnev infektsiooni raskusastme määratlemine: • kaaluda hospitaliseerimist raske infektsiooni või mõõduka infektsiooni puhul, kui viimasega kaasneb hulgi kaasuvaid haiguseid (tugev soovitus, madal tõendatuse aste) • mitte kasutada lokaalset/süsteemset ravi kliiniliselt mitteinfitseerunud haavandi puhul (praktiline soovitus) • antibakteriaalse ravi puhul tuleks muu hulgas lähtuda ka infektsiooni raskusastmest (praktiline soovitus) - võimalik vältida liigset antibakteriaalse ravi kasutamist • kiire kirurgi konsultatsioon raske infektsiooni või mõõduka komplitseerunud (gangreen, nekrotiseeriv infektsioon, süvainfektsioon) infektsiooni puhul (praktiline soovitus) • kaalu varast kirurgilist sekkumist koos antibakteriaalse raviga mõõduka ja raske infektsiooni korral nekroosi eemaldamiseks (tingimuslik, madal tõendatuse aste). 2) NICE guideline: Diabetic foot problems: prevention and management Ei paku välja oma klassifikatsioonisüsteemi, küll aga soovitab diabeetilise jalahaavandi raskusastme hindamiseks kasutada standardiseeritud klassifikatsioonisüsteemi (nt SINBAD). (2015. a. uuenduse soovitus)	parandab tõenäoliselt tulemusi, eriti raskete infektsioonide ravi, ning aitab vältida tüsistusi, nagu eluohtlikud infektsioonid ja jäseme kaotus. Samas on klassifikatsioon kasutatav, kui ei kaasne muid komplitseerivaid probleeme ja see tuleks eraldi välja tuua.
--	---	--

	Antibakteriaalse ravi määramisel soovitab lähtuda diabeetilise jalahaavandi infektsiooni raskusastmest - kerge, mõõdukas, raske. (2019. a. uuenduse soovitus) Ei anna soovitust kasutada IDSA/IWGDFi klassifikatsioonisüsteemi, kuid vastavad astmed on oma sisult sarnased IDSA/IWGDF klassifikatsioonisüsteemiga. 3) Australian guidelines for diabetes-related foot disease. Infection Guidelines. (2021) Baseerub IWGDF juhendil ning hinnati Austraalia konteksti sobivaks. Soovitus hinnata diabeetilise jalahaavandi infektsiooni raskusastet IWGDF klassifikatsioonisüsteemi alusel (tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste).	
--	---	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ Tühine ○ Väike ● keskmine ○ Suur ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Üksikuuringute näol oli tegu retro-või prospektiivsete jälgimisuuringutega, mille tõendatuse aste osutus kokkuvõttes kõigi puhul väga madalaks. Tulemusnäitajate aspektist võetuna: <u>1) Haavandi paranemine (7,63)</u> Antud tulemusnäitajat käsitlevate uuringute alusel võib kokkuvõtvalt öelda, et aastase jälgimisperioodi vältel ei täheldatud statistiliselt olulist seost diabeetilise jalahaavandi infektsiooni raskusastme ja haavandi paranemise osas mõõduka (grade 3) ja raske (grade 4) infektsiooniastme puhul. (5, 6) Kuigi läbivalt kõik uuringud osteomüeliiti ei käsitlenud ja mõne puhul oli see ka välistuskriteeriumiks, siis Lavery et al (2020) uuringus ei leitud statistiliselt olulist seost ka osteomüeliidi ja pehmekeega piirduva infektsiooni puhul. Statistiliselt olulist seost kirjeldati ühes uuringus, kus toimusid järelkontrollid kord kuus ja seda 3 kuu vältel. (7) Samas oli selle uuringu valim väga väike ja hõlmas ka patsiente, kellel haavandit ei esinenud (seega on ka statistika sellest mõjutatud). 3 kuu järelkontrollis oli näiteks paranenud kergetest infektsioonidest 93% patsientidest, mõõdukatest 83% ja rasketest 72% patsientidest (p = 0,02). <u>2) Haavandi paranemise aeg (7,13)</u> Haavandi paranemise aega hindas süstemaatilises ülevaates kolm üksikuuringut, millest kõigi jälgimisperiood oli 12 kuud. Statistiliselt olulist seost kirjeldas üks jälgimisuuring. (8) Uuringusse kaasati patsiente kerge kuni raske infektsiooniastmega ning leiti, et infektsiooni raskusastme tõustes oli paranemise mediaanaeg oluliselt pikem - 42 päeva grade 2 infektsiooni puhul ja 140 päeva grade 4 infektsiooni korral. p < 0,001. Ülejäänud kaks uuringut on tegelikult sama uuringu erinevad artiklid, Lavery uuringus on lisaks osteomüeliidi diagnoosiga patsiendid. Need kaasasid patsiente mõõduka (grade 3) ja raske (grade 4) raskusastmega infektsiooniga. (5, 6) Antud gruppide vahel ei leitud statistiliselt olulist seost infektsiooni raskusastme ja haavandi paranemise aja suhtes. Vastavalt p = 0,74. <u>3) Amputatsioon (7,6)</u> Amputatsioonide sagedust käsitlevatest uuringutest 4/6 (4, 7, 9, 5) leidis statistiliselt olulise seose infektsiooni raskusastme ja amputatsioonide teostamise vahel. Kokkuvõtvalt võib öelda, et antud nelja uuringu alusel tõusis märgatavalt amputatsioonide	

	hulk seoses infektsiooni raskusega, mis oli määratud antud süsteemi alusel. Muu hulgas täheldas Lavery et al 2007. a. uuring ka olulist seost infektsiooni raskusastme ja amputatsioonitaseme osas - raskem infektsioon viis sageli ka kõrgema taseme amputatsioonini ($p < 0,001$). Kaks uuringut ei kirjeldanud olulist seost antud meetodil määratud infektsiooni raskusastme ja amputatsioonide esinemise tõenäosuse vahel. (10, 5) <u>4) Suremus (6,0)</u> Kahest üksikuuringust ühel kirjeldati statistiliselt olulist seost infektsiooni raskusastme ja suremuse vahel (7) - $p = 0,04$. Samas on antud uuringu valim äärmiselt väike, kaasab ka ilma haavandita patsiente ja tõendatus siiski väga madal. Rigor et al, 2020. a. uuring ei leidnud ühegi klassifikatsioonisüsteemi puhul seost suremusega. Kokkuvõtvalt on antud tõendusmaterjal vähene ja puudulik antud tulemusnäitaja osas. <u>5) Patsiendi rahulolu (5,0)</u> Tõendusmaterjali otsingu käigus ei leidnud antud tulemusnäitajat käsitlevaid uuringuid ega süstemaatilisi ülevaateid. Eelpoolmainitud tulemusnäitajaid võib kaudselt kasutada, eeldades, et patsiendi jaoks on siiski oluline jala funktsionaalsuse säilitamine. Ilmselt siiski ei mängi patsiendi jaoks rolli, kuidas või mis klassifikatsioonimeetodeid selle saavutamiseks kasutatakse.	
--	--	--

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ Suur ○ keskmine ○ Väike ● Tühine ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	IDSA/IWGDFi jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteem soovib infektsiooni raskusastmele lisada "O", kui on tegu ka kaasneva osteomüeliidiga. Kuivõrd osteomüeliidiga haige käsitus on sageli erinev, ei olnud kaasatud üksikuuringud sageli seda eraldiseisvana uurinud ja osades uuringutes on osteomüeliit olnud ka välistuskriteeriumiks. Seega jääb küsimuseks, kuivõrd antud tulemusnäitajate osas selle lisamine midagi muudaks ja kui palju muudaks ta ka kliinilises praktikas, eelkõige esmatasandi käsitluses. Soovimatut mõju muus ulatuses ei ole.	

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatusest?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
-----------	---------------------------	--------------------------

● Väga madal ○ madal ○ keskmine ○ väga ○ kaasatud uuringud puuduvad	Tõendusmaterjal pärineb IWGDFi uuendatud ravijuhendi tarbeks läbiviidud süstemaatilisel ülevaatel. (11) IDSA/IWGDFi klassifikatsioonisüsteemi hindamiseks kaasati antud süstemaatilisse ülevaatesse 13 üksikuuringut, millest "Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhendi" kitsama, 6. küsimuse, tulemusnäitajatega sobis 8. [märkus - Ryan et al (2019) ja Lavery et al (2020) hõlmavad sisuliselt sama kohorti] Tõendusmaterjal oli väga madala astme tõendatusega. Läbiviidud üksikuuringud olid läbivalt väikese valimiga, kavandilt retro-või prospektiivsed jälgimisuuringud. Mitme üksikuuringu puhul oli valimisse kaasatud antud ravijuhendi koostamise raames mitte huvipakkuvaid patsiente või oli uuritud vaid statsionaari tingimustes (või ka vaid ambulatoorselt) ravitud patsiente, jättes nii välja suure osa võimalikest uuritavatest. Samuti olid üksikuuringute tulemused üsna suure heterogeensusega, va amputatsiooni osas.	
---	--	--

Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ oluline ebakindlus või varieeruvus ○ võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus ○ oluline ebakindlus või varieeruvus ○ oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub ● oluline ebakindlus või varieeruvus puudub	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutes seda ei uuritud, eraldi vastavaid uuringuid ei otsitud. Aga võib arvata, et haavandi paranemine ja amputatsiooni vältimine on patsientidele väga olulised.	

Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõrge viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ soosib võrdlust ○ pigem soosib võrdlust ○ ei soosi sekkumist ega võrdlust ○ pigem soosib sekkumist ● soosib sekkumist ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Üldjoontes puudus üksikuuringutes võrdlussekkumine (teine klassifikatsioonisüsteem või süsteemi puudumine). Selle ravijuhendi kliiniline küsimus ei sedasta klassifikatsioonisüsteemist tulenevalt edasisi ravivõtteid/suunitlusi perearstile. Küll aga baseerub klassifikatsioon suuresti objektiivsel leiul, baasvereanalüüsidel ja röntgenülesvõttel, mis kõik võiksid olla suhteliselt lihtsasti kättesaadavad ka esmatasandil. Klassifikatsioonisüsteem kajastab oma sisu aspekte, mida infektsiooni puhul kliinilises praktikas niigi hinnatakse ja seeläbi hinnatakse patsienti võimalike riskide ja haiglaravi vajaduse suhtes. Samas - tulemusnäitaja, mille osas oli sekkumine (antud juhul klassifikatsioonisüsteemi kasutamine) kõige märgatavamalt seoses, oli amputatsioon. Kuivõrd selle näol on tegu patsienti nii emotsionaalselt kui füüsiliselt invaliidistava sekkumisega (kui peame silmas suuri amputatsioone), on pigem tervitatav, kui klassifikatsioonisüsteemi kasutamine viib patsiendi õigeaegsemalt (eri)arstiabiini.	Patsiendile ei tehta täiendavaid menetlusi/protseduure jms, mida muidu niikuinii ei tehtaks.

	Võib järeldada, et klassifikatsioonisüsteemi kasutamine kaalub üle selle mittekasutamise.	
--	---	--

Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
- o suur kulu - o keskmine kulu - o mitteamendatav kulu ja sääst • keskmine sääst - o suur sääst - o Varieerub - o Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud. Ressursse võtavad klassifikatsiooni kasutamiseks vajalikud uuringud, mida tõenäoliselt tehtakse ka ilma klassifikatsiooni kasutamata. Samas kui klassifikatsiooni kasutamise tulemusena on ravi kiirem ja adekvaatsem, siis sellega võib kaasuda kulude vähenemine (aitab hinnata antimikroobse ravi ja hospitaliseerimise vajadust).	

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
- o Väga madal - o madal - o keskmine - o väga • kaasatud uuringud puuduvad	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutes ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	-------------------------

☐ soosib võrdlust ☐ pigem soosib võrdlust ☐ ei soosi sekkumist ega võrdlust ☐ pigem soosib sekkumist ☒ soosib sekkumist ☐ Varieerub ☐ kaasatud uuringud puuduvad	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda eraldi uuritud. Klassifikatsioonisüsteemi kasutamine ei lisa kulusid, pigem aitab vaatlus- ja uuringuandmeid süstematiseerides jõuda kiirema raviotsuseni.	
---	--	--

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
☐ vähendab võrdsust ☐ tõenäoliselt vähendab võrdsust ☐ tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust ☒ tõenäoliselt suurendab võrdsust ☐ suurendab võrdsust ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud. Klassifikatsioonisüsteem sisaldab kriteeriume, millal on vajalik hospitaliseerimine ja osa neist kriteeriumitest tagab just võrdseid võimalusi. Kui mingi diagnostika- või ravimeetod ei oleks muidu kättesaadav, siis tuleb hospitaliseerida, et tagada ligipääs.	Eeldatavalt hakkame patsiente käsitlema seega ühte moodi, mistõttu võrdsus pigem suureneb kui väheneb.

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☐ Pigem jah ☒ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAJUTLUSED
○ Ei ○ Pigem ei ○ Pigem jah ● jah ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Klassifikatsioonisüsteemi kasutamine baseerub eelkõige objektiivsel leiuil ning lisaks ka vereanalüüsidel, röntgenülevõtetel. Viimaste kättesaadavus on hea ning sellest tulenevalt ei tohiks olla olulisi raskusi klassifikatsioonisüsteemi kasutamisel.	Klassifikatsioonisüsteem peab olema teadvustatud, otsustustoes lihtsalt leitav.

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmine	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	keskmine kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDSSED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha ☐	Nõrk soovitus sekkumise vastu ☐	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt ☐	Nõrk soovitus sekkumise poolt ☐	Tugev soovitus teha ☒
--	--	---	--	---

Soovitus

1. Jalahaavandiga diabeetikul hinnake infektsiooni raskusastet IWGDF/IDSA rahvusvahelise töörühma jalainfektsioonide klassifikatsiooni järgi (vt lisa 4).

Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste

2. Jalahaavandiga diabeetikut käsitlege lähtuvalt diabeetilise jalatüsistuse esmasest raviplaanist (lisa 6)

Praktiline soovitus

3. Jalainfektsiooniga diabeetiku hospitaliseerimist kaaluge, kui infektsioon on IWGDF/IDSA klassifikatsiooni järgi:

- raske või
- keskmise raskusega ja patsiendil on tõsised kaasuvad seisundid.

Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste

4. Jalahaavandiga diabeetikul alustage antibakteriaalset ravi ainult siis, kui esinevad haavandi infitseerumise kliinilised tunnused (vähemalt 2 alltoodutest):

- paikne turse või induratsioon,
- punetus haava ümber,
- paikne hellus ja/või valu,
- paikne temperatuuritõus,
- mädane eritis piirkonnast

Enne antibakteriaalse ravi alustamist võtke haavandist külv.

Praktiline soovitus

5. Jalahaavandiga diabeetikul osteomüeliidi diagnoosimiseks

- hinnake, kas haavandi põhjas on luu nähtav või luud on võimalik steriilse instrumendiga puudutada,
 - võtke vereanalüüsid (kliiniline vereanalüüs, ESR, CRV, prokaltsitoniin)
 - ja tehke röntgenülesvõte
- 1) labajalg seistes AP,
 - 2) labajalg seistes külg,
 - 3) labajalg istudes põiki.

Ilma labajala haavandita on labajala osteomüeliidi esinemine ebatõenäoline.

Praktiline soovitus

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Edmons, M, Manu, C, Prashanth, V. The Current Burden of Diabetic Foot Disease.J Clin Orthop Trauma; 2021.
2. Meloni, M, Izzo, V, Giurato, L,,et,al. Prevalence, Clinical Aspects and Outcomes in a Large Cohort of Persons with Diabetic Foot Disease: Comparison between Neuropathic and Ischemic Ulcers.J. Clin. Med; 2020.
3. Peters, EJ, Lavery, LA,,et,al. Effectiveness of the Diabetic Foot Risk Classification System of the International Working Group on the Diabetic Foot.Diabetes Care; 2001.
4. Lavery LA, Armstrong,DG,,Murdoch,DP,et,al. Validation of the Infectious Diseases Society of Americas Diabetic Foot Infection Classification System.Clin Infect Dis; 2007.
5. Ryan EC, Crisologo,PA,,Oz,OK,et,al. Do SIRS Criteria Predict Clinical Outcomes in Diabetic Skin and Soft Tissue Infections?J Foot Ankle Surg; 2019.
6. Lavery LA, Ryan,EC,,Ahn,J,et,al. The Infected Diabetic Foot: Re-evaluating the Infectious Diseases Society of America Diabetic Foot Infection Classification.Clin Infect Dis; 2020.
7. Seth A, Attri,AK,,Kataria,H,et,al. Clinical Profile and Outcome in Patients of Diabetic Foot Infection.Int J Appl Basic Med Res; 2019.
8. Richard JL, Sotto,A,,Jourdan,N,et,al. Risk Factors and Healing Impact of Multidrug-resistant Bacteria in Diabetic Foot Ulcers.Diabetes Metab; 2008.
9. Chetpet A, Dikshit,B,,Phalgune,D. Evaluating a Risk Score for Lower Extremity Amputation in Patients with Diabetic Foot Infections.Journal of Clinical and Diagnostic Research; 2018.
10. Wukich DK, Hobizal,KB,,Brooks,MM,et,al. Severity of Diabetic Foot Infection and Rate of Limb Salvage.Foot Ankle Int; 2013.
11. Monteiro-Soares M, Hamilton EJ,Russell DA,et al. Classification of foot ulcers in people with diabetes: A systematic review.Diabetes Metab Res Rev; 2023.