



Ravijuhendi „Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 8

Koosoleku toimumisaeg ja -koht:

16.02.2024 kell 10.00-14.00, Tartu Ülikooli Tallinna esindus, Teams

Osalesid: töörühma liikmed Vahur Metsna (juht), Aune Rehema (veebis), Ulvi Merendi, Tiina Mitt, Tiit Vaasna (veebis), Veronika Palmiste, Anti Pigul (veebis), Pille Soon (veebis), ning sekretariaadi liikmed: Marju Raukas (juht), Eeva-Liisa Rätsep

Tervisekassa esindaja Liina Vassil.

Puudus: Ulvi Tammer-Jäätes

Koosolekut juhatas töörühma juht Vahur Metsna, protokollis püsisekretariaadi liige Tuuli Ruus
Koosolekul osales 8 töörühma liiget (9-st), kvoorum otsuste tegemiseks koos.

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid,

Koosolekute vahelisel ajal ei olnud lisandunud deklareeritavaid huvisid.

2. Kliinilised küsimused, soovitude koostamine/kinnitamine:

Kliiniline küsimus 5. Kas kõigil labajala ees- või keskosa plantaarse diabeetilise haavandiga inimestel tuleb eelistada põlveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi muudele rõhumisjõudu vähendavatele vahenditele, et saada parem ravitulemus?

Marju Raukas teeb ülevaate tõendusmaterjalist (TõKo 5)

Arutelu on 5. küsimuse SoKo-s hinnangute ja kaalutluste all toodud.

Töörühm kinnitas 4 soovitud:

1. Labajala ees- või keskosa plantaarse diabeetilise haavandiga patsiendil kasutage põlveni ulatuvat täiskontaktkipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi haavandi paranemise soodustamiseks. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
2. Labajala ees- või keskosa taldmise diabeetilise haavandiga patsiendil, kellel on täiskontaktkipsi või mitte-eemaldatav ortoos vastunäidustatud (alajäseme kriitiline isheemia, mõõdukas või raske infektsioon), kaaluge haavandi paranemise soodustamiseks kas põlve või hüppeliigeseni ulatava eemaldatava ortoosi kasutamist ning julgustage seda jalale toetamisel alati kandma. praktiline soovitus
3. Põlveni ulatava täiskontakse kipsi või mitte-eemaldatava ortoosi puhul kasutage teisel jalal jalgade pikkust ühtlustavat jalatsikõrgenust. praktiline soovitus

4. Labajala ees- või keskosa taldmise haavandiga diabeetikul ärge kasutage haavandi paranemise soodustamiseks tavajalatseid või standardseid terapeutilisi jalatseid täiskontaktkipsi või põlveni ulatuva ortoosi asemel. Tugev negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.

3. Tervishoiukorralduslik küsimus nr 3: Milline on mitme eriala kutsetöötajaid hõlmava integreeritud ravimeeskonna loomise mõju diabeetikute ravitulemustele ning patsientide ja personali rahulolule?

Eeva-Liisa Rätsep teeb tõendusmaterjalist ja oma visioonist ülevaate.

Taust, probleemi olemus: Integreeritud ravimeeskonna kontseptsiooni alusel peaks meeskond hõlmama erinevaid spetsialiste, kes tegelevad diabeetiliste jalahaavanditega. Ühiseks eesmärgiks on vähendada amputatsioonide esinemissagedust ning haavandite retsidiive. Probleemiks praeguse korralduse juures on info liikumine ja ravi koordineerimine eri raviasutuste ja spetsialistide vahel. Praegused piirangud: milliseid teenuseid on võimalik teatud kohtades osutada – näiteks on vaskulaarkirurgia ja endovaskulaarse ravi võimekusega keskused vaid Tartus ja Tallinnas. Ortoosimeistrite juurde pääsemise kriteeriumid ning rõhumisjõudu vähendavate tegevuste osas on teadlikkus limiteeritud, ka arstkonna seas.

Mida olulist toovad välja ravijuhendid?

[IWGDF Practical Guideline \(2023\)](#)

Rõhub holistilise meeskonna vajadusele ja rollile diabeetilise jalahaavandi ravis. Teeb ettepaneku, et ravi võiks olla 3-tasandiline:

- 1) esmatasand
- 2) spetsialistid
- 3) kõrgeima etapi referentskeskus.

Uuringud näitavad, et integreeritud ravimeeskonna (IRM) olemasolu on seotud amputatsioonide arvu langusega. Rõhutatakse, et vähemalt üks ravimeeskonna liige peaks igal ajal olema kättesaadav konsulteerimaks ja hindamaks haiget.

[IWGDF Prevention Guideline \(2023\)](#)

Soovitus 14: Provide integrated foot care for a person with diabetes who is at moderate or high risk of foot ulceration (IWGDF risk 2 and 3) to help prevent a first or recurrent foot ulcer. This integrated foot care should include at least professional foot care, adequate footwear and structured education about self-care. Repeat this foot care or re-evaluate the need for it once every one to three months for a person at high risk, and once every three to six months for a person at moderate risk, as necessary. (Strong; Low)

Seab miinimumi, mida IRM peaks pakkuma:

- 1) Professionaalne jalahooldus
- 2) Adekvaatsete jalatsite soovitus/määramine
- 3) Struktureeritud kooolitus patendile enesehoolduse osas

[Austraalia ravijuhend](#)

Soovitus sama, mis IWGDF-il.

Paku integreeritud jalaravi (IJR) diabeetikule, kel on kõrge risk haavandi tekkeks (IWGDF risk 3) hoidmaks ära jalahaavandi retsidiivi. IJR miinimumiks:

- 1) Professionaalne jalahooldus

- 2) Adekvaatsete jalatsite soovitus/määramine
- 3) Struktureeritud koolitus patsiendile enesehoolduse osas

Korda IJR ning anna uus hinnang IJR vajaduseks iga 1-3 kuu tagant.

Visioon diabeetilise jalahaavandite raviteekonna osas

Kuidas peaks ravi välja nägema? Kaks võimalikku ülesehitust süsteemil.

1) ennetusmeeskond ja ravimeeskond (NICE) on kontseptsioon, mida võiksime rakendada. Ennetusmeeskond

Meie kontekstis võiks ennetusega tegeleda diabeediõde/jalaravi õde. Teatud intervalli tagant ka „terve jalaga“ diabeetiku koolitus ja hinnang. Nt 5a diagnoosist? Intervalliga teatud vanusest/riskiskoorist. Lisapädevuseks jalatsite määramine – kas praegu tehakse nii?

Kui palju on diabeediõdesid? Milline on numbriline realistlik võimekus?

Ravimeeskond

Kõik, kes tegelevad raviga alates jalaravispetsialistist ja pereõest kuni radioloogini.

2) 3-tasandiline lähenemine (IWGDF)

Esmatasand – pereõde, diabeediõde, perearst, EMO?

Ravi – eriarstid

Referentskeskus – suur haigla, kus on eriarstidega konsulteerimisvõimalus

Diagnostika ja suunamine saab alguse esmatasandilt.

Diabeetik – kas on 2 nädalat või enam olnud haavand jalalabal? (Allpool hüppeliigese tasandit?)

Kui jah, siis kas on mõlemad pulsid jalalabal palpeeritavad?

Jah – pigem neuropaatiline – suunamine ... (offloading, jalatsid – kes tegeleb?)

Ei – ei saa välistada isheemilist geneesi – suunamine veresoontekirurgile. (Ooteajad praegu SA PERHis esmasele plaanilisele vastuvõtule 5-7 tööpäeva. E-visiidile vastatakse reeglina 2-3 tööpäeva jooksul, viimastel nädalatel e-visiidid jõuavad kuni 5 päevase viibimisega kohale – tehniline probleem)

Siit saame juba 2 peamist viisi, mille kaudu patsient siseneb eriarsti vaatevälja.

Klassikaline tegevus veresoontekirurgi poolt:

- 1) Pt tuleb polikliinikusse. Vaatame jala üle, vajadusel MB külv. Pulsistaatus – kui aP pulss olemas, tõenäoline kahjustus säärearterite tasandil. Võtame osakonda perifeerseks angiograafiaks (DSA). Kui aP pulssi ei tunne – CT-angio, kahjustus esineb ka kõrgemal tasandil. Siis vaatame, kas on endovaskulaarselt, hübriidmeetodil või lahtise operatsiooniga ravitav.
- 2) DSA tehtud – dilateeritud, stenditud. Määrame statiini ja antiagregandi (+antikoagulandi vajadusel ja muu ravi korrigeerimine). Kui opereeritud – statsionaaris kauem, haavade paranemise jälgimine.
- 3) Kui ei ole infektsioonitunnuseid, amputatsioonivajadust (nii-öelda puhas ja rahulik haavand), kutsume kontrolli 1-3 kuu pärast dünaamika hindamiseks.
- 4) Kui on infektsioon, amputatsioonivajadus, jääb statsionaari – AB ravi + kir ravi

- 5) Siis sagedamini konsulteerime järgmiste ekspertidega: endokrinoloog (kui ei ole optimaalne diabeedi kons ravi olnud seni), infektsionist (milline AB?), plastikakirurg (kas amputatsioon + plastika), septiline ortopeed (kui lisaks osteomüeliit).
- 6) Kui rekonstruktsiooni perspektiivi ei ole (vastav otsus varem tehtud) või pt septiline + flegmoon (EMO kaudu), siis veresoontekirurgi asemel tegeleb pt-ga reeglina üldkirurg.

Murekoht – amputatsioonijärgselt on ebaselge kuhu suunata, et saaks spetsiaalsed jalatsid ja väljaõppe. Vaja on infot, kirjalikku teavet, koolitusi. Peaks esmalt aru saama, kuidas oma haiglas asi välja näeb, kellele millal saata. Väga palju lahtisi otsi, keegi ei tea täpselt midagi.

Meie kontekstis integreeritud ravimeeskond (IRM) oleks tõenäoliselt: endokrinoloog, veresoontekirurg, plastikakirurg, ortopeed, õde-nõustaja, ortoosiekspert, infektsionist, radioloog (interventsionaalradioloog).

Tuumik oleks: vs kirurg, endokrinoloog, ortopeed (PERHis on plastikakirurg-ortopeed pädevusega arstid eeskätt kaasatud).

Vahur Metsna: Kõrgema tasandi keskust siin ravijuhendis ei hakka sõnastama. Rõhuks ennetusele ja haavandiravile. Kõik haavandid ei jõua nagunii referentskeskusesse. Jalakabinetis pikk järjekord, keskmine tasand. Seda võimekust vaja suurendada. Ennetav nõustamine patsiendi juures. Oluline materjalide ettevalmistamine nõustajale ja inimesele. Kabinetid: mida tehakse, kes teeb, mis on puudu?

Ulvi Merendi: Minu Kuressaare haigla kabinet on jalaravikabineti kõrval, aga teenus seal on patsiendile tasuline. Raviastutusele on see liiga odav, patsiendile kallis. Seega haigla tasuta ei paku. Meil spetsialistid olemas, diabeediõde vastava väljaõppega.

Tiina Mitt: Jalaraviõeks Soomes õppinud diabeediõded võiks olla kõrgema haridusega, magistritasel. Süstemaatiline väljaõpe puudub, vaja struktuuri nende väljaõppeks. Uute kabinetide loomisel jälgida, mis taseme spetsialist seda osutab. Maakondades võiks olla ühendatud, diabeediõde jälgib jalateemat.

Pille Soon: Rakveres jalaravi ja diabeediõded eraldi. Tasuta järjekord juunikuuse Rakveres.

Tartus sisekliiniku juures diabeetilise jala kabinet.

Vahur Metsna: Vaja kaardistada jalaravikabinettide arv ja moodus Eestis. Uurida õdede väljaõppe kohta.

Pille Soon tegeleb õdede väljaõppega, mis olemas, kaardistab Lääne-Virumaa.

4. Patsiendijuhendi esmane arutelu

Tiina Mitt teeb ülevaate teiste ravijuhendite patsiendimaterjalidest. Head algoritmid Iirimaal.

5. Järgmised koosolekud

R 15.03.2024 10:00 - 14:00 Kliiniline küsimus 4, tervishoiukorralduslik küsimus 2 arutelu ja 1 kinnitamine.

