

Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus

TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI KOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 6

Kuupäev	17.juuni 2015
Koht	Põllu tn 1a, Tartu
Algus	kl 12.00
Lõpp	kl 16.00
Osalejad	Töörühma liikmed: Merike Luman, Mai Rosenberg, Madis Ilmoja, Jaanika Alak, Galina Zemtsovskaja, Kersti Esnar, Kersti Ivanova, Mart Roosimaa Sekretariaadi liikmed: Kadri Telling, Kadri Lilienthal, Annika Adoberg, Liis Leis, Jana Uhlinova, Keili Kõlves Täiendavalt osalesid: Anna Vesper
Puuduvad töörühma liikmed	Ruth Kalda, Varje Mantsik, Ly Anton
Juhatas	Merike Luman
Protokollis	Anna Vesper
Päevakord	1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks. 2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine. 3. Muud küsimused.
Ülevaade toimunud aruteludest	1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. Kõik ravijuhendi töörühma ning sekretariaadi liikmed on huvide deklaratsioonid esitanud. Koosolek on otsustusvõimeline, osaleb kaheksa töörühma liiget. 2. Ravijuhendi kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu, soovitude sõnastamine. Kliinilise küsimuse 4 lisandunud tõendusmaterjali arutelu Sekretariaat on koostanud võrdlusanalüüsi albumiini/kreatiniini suhte määramise kohta uriinis (ACR), võrreldes albumiini/kreatiniini testribade (võimaldavad teostada poolkvantitatiivset analüüsi albumiini ja kreatiniini suhtes), albumiini testriba (analüüs hommikusest uriinist) ning laboris teostatava uriinianalüüsi hindu. Albumiini/kreatiniini testriba kasutamisel on vajalik uriinianalüsaatori olemasolu (hetkel pakub Eestis üks firma). Mõlema testriba kasutamisel on tegemist semikvantitatiivse meetodiga, st vastused on vahemikena, mitte täpsed. Kõrvalekallete puhul on

	albumiini/kreatiniini suhte täpseks määramiseks vajalik kvantitatiivne määramine laboris. Analüüs toodud protokollis lisas. Töörühm otsustas kinnitada 26.02.2015 toimunud koosolekul sõnastatud soovitus 4, mille tõenduspõhisus hinnati tugevaks. Samal koosolekul sõnastatud soovitus 5 (Kui kvantitatiivset albumiini/kreatiniini suhet ei ole võimalik laboris määrata, tuleb kasutada alternatiivina spetsiifilisi albumiini mõõtmiseks kasutatavaid testribasid, mis väljendavad tulemusi albumiini-kreatiniini suhtena (ACR)) loobuti, sest spetsiifiliste albumiini mõõtmiseks kasutatavate testribade kasutamine ei anna lisakasu ega pole kulutõhus. Näidustusel tuleb albumiini/kreatiniini suhet määrata laboris. Ravijuhendis lisada kroonilise neeruhaiguse skriinimist käsitlevate soovitude selgitusse, et skriinimisel võib albumiini määramiseks kasutada semikvantitatiivset meetodit, kuid kui leitakse patoloogia, tuleb teostada kordusanalüüs laboris. <i>Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitus</i> 4. Kõigil kroonilise neeruhaiguse riskigrupi või juba kroonilise neeruhaiguse diagnoosiga patsientidel kasutada täpsemaks proteiinuuria hindamiseks kvantitatiivset albumiini/kreatiniini suhet, eelistatult esmasest hommikusest uriinist. → tugev soovitus teha <i>Kliiniline küsimus 1 lisandunud tõendusmaterjali arutelu.</i> Ägeda neerupuudulikkuse episoodi järgselt patsientide jälgimise kohta kroonilise neeruhaiguse tekke osas on lisandunud tõendusmaterjali, teostatud süstemaatiline ülevaade (toodud protokollis lisas). Süstemaatilise ülevaatest selgus, et äge neerukahjustus suurendab kroonilise neeruhaiguse esmashaigestumise või progresseerumise riski (seda kinnitasid kõik kaasatud uuringud). Risk jääb kõrgeks ka neil patsientidel, kellel neerufunktsiooni näitajad ägeda neerukahjustuse episoodi järgselt täielikult normaliseeruvad. Seega on vajalik ägeda neerukahjustuse järgselt regulaarne neerufunktsiooni näitajate monitoorimine vähemalt 2 – 3 aasta jooksul, et kroonilise neeruhaiguse tekkimisel avastada haigus varasemas staadiumis. Tõendusmaterjal hinnatud tugevaks ja töörühm otsustas muuta sõnastatud soovitus tugevust hea tava suunisest tugevaks soovitus. <i>Töörühma poolt muudetud soovitus tugevus:</i> 11. Ägeda neerupuudulikkuse episoodi järel jälgida patsiente kroonilise neeruhaiguse tekke osas 2-3 aasta jooksul. → tugev soovitus teha
--	---

Kliinilise küsimuse 8 tõendusmaterjali arutelu

Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb ravitulemuste parandamiseks hinnata südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise riski? Kõigis kaasatud ravijuhendites soovitatakse kroonilise neeruhaigusega patsientidel hinnata südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise riski. Neerupuudulikkuse markerid – eGFR ja albuminuuria on üksteisest sõltumatult suuremuse ning sealhulgas kardiovaskulaarse suuremusega statistiliselt olulises seoses. Madalam eGFR ning väljendunud albuminuuria suurendavad suuremuse, sh kardiovaskulaarse suuremuse riski. Sealjuures täheldatakse, et kroonilise neerupuudulikkusega patsiendi risk surra südame- ja veresoonkonna haigustesse on suurem võrrelduna riskiga, et haigus progresseerub lõppstaadiumi neerupuudulikkuseni. Töörühm arutles, et kindlasti tuleb kõigil kroonilise neeruhaigusega patsientidele hinnata südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise riski. Ravijuhendis soovitus selgitusse lisada tabel riskitegurite hindamise sageduse kohta ning lisada, et hindamine peab toimuma ka vastavalt patsiendi individuaalsetele vajadustele (kasutada SCORE tabelit). Ravijuhendisse lisada üldise südame- ja veresoonkonna haiguste riski hindamise tabel (või viide tabelile). Patsiendijuhendisse tuleb kindlasti lisada, millised tegevused vajalikud südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise riski vähendamiseks (nt Ideal Life Simple 7 kontseptsioon).

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitused:

19. Kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb hinnata südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise riski (SCORE tabeli alusel), hindamise sagedus on sama albuminuuria ja eGFR hindamise sagedusega → **tugev soovitus teha**

20. Südame- ja veresoonkonna haigestumise riski vähendamiseks on vajalik riskitegurite mõjutamine:

- suitsetamisest loobumine
- füüsilise aktiivsuse suurendamine
- kaalu langetamine optimaalsele tasemele, KMI
- lipiidide taseme korrigeerimine (LDL<1,8, TG **number**), vajadusel statiinravi
- optimaalne diabeedi kontroll HbA1c <7% (53mmol/mol)
- optimaalne vererõhu kontroll <140/90 mmHg või <130/80 mmHg sõltuvalt proteinuuria tasemest
- aspiriin sekundaarses preventsionis mitte esmases
- aneemia individualiseeritud korrigeerimine → **hea tava suunis**

Lisaks:

- ravijuhendis soovitude selgitusse lisada tabel riskitegurite hindamise sageduse kohta ning märge, et hindamine peab

	toimuma ka vastavalt patsiendi individuaalsetele vajadustele (kasutada SCORE tabelit). - ravijuhendisse lisada üldise südame- ja veresoonkonna haiguste riski hindamise tabel (või viide tabelile). - patsiendijuhendis selgitada, millised tegevused vajalikud südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise riski vähendamiseks (nt Ideal Life Simple 7 kontseptsioon) <i>Kliinilise küsimuse 12 tõendusmaterjali arutelu</i> Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidele tuleb ravitulemuste parandamiseks teostada sekundaarse hüperurikeemia ravi vs mitte? Hüperurikeemia ravi kroonilise neeruhaigusega patsientidel on käsitletud kolmes kaasatud ravijuhendis (NICE, KDIGO, CARI). Kõigis neis mainitakse, et hüperurikeemia ravi võib pidurdada kroonilise neeruhaiguse progressiooni. Samas rõhutatakse kõigis ravijuhendites, et hüperurikeemia ravi kroonilise neeruhaigusega patsientidel on vähe uuritud vähe, uuringud on väikeste valimitega ja esineb mitmeid vigu uuringute metoodikas. Kaks ravijuhendit (NICE ja KDIGO) seetõttu soovitus ei sõnasta. CARI ravijuhend annab madala tõendus põhiseusega soovitus mitte kasutada kusihalet langetavaid preparaate 1 – 3 staadiumi kroonilise neeruhaigusega patsientidel asümptomaatilise hüperurikeemia raviks, põhjendades seda soovitus just siiani ebapiisava kõrvaltoimete riski uurimisega nendel patsientidel. Töörühma arutelu põhjal sõnastati soovitus. Kindlasti on hüperurikeemia korral vajalikud eluviisi muudatused, seda tuleb soovitus selgituses täpsustada. Samuti tuleb teemat käsitleda patsiendijuhendis. <i>Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitus</i> 21. Hüperurikeemia on kroonilise neeruhaiguse progressiooni riskitegur. Asümptomaatilise hüperurikeemia ravi kusihalet alandavate ravimitega neeruhaiguse süvenemise vähendamisele ei ole piisavalt tõestatud → soovitus pigem mitte teha 22. Kroonilise neeruhaigusega patsiendi hüperurikeemia käsitluses on vajalik puriinivaene dieet, eluviisi korrigeerimine, vajadusel diureetilise ravi redutseerimine. Allopurinooli kasutamisel on vajalik doosi korrigeerimine vastavalt neerufunktsioonile. → hea tava suunis 3. Järgmiste koosolekuaegade kokku leppimine Lepiti kokku järgmiste koosolekute toimumise ajad 24.september kl 12-16 Tallinnas 11.november kl 12-16 Tartus 15.detsember kl 12-16 Tallinnas
--	--

Vastuvõetud otsused	1. Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. 2. Koosolekul osaleb kaheksa töörühma liiget, koosolek on otsustusvõimeline. 3. Sõnastatud ning kinnitatud 5 ravijuhendi soovitus, muudetud tõendusmaterjali lisandumisel ühe soovituse tugevus. 4. Järgmise töökoosolekud toimuvad: 24.september kl 12-16 Tallinnas 11.november kl 12-16 Tartus 15.detsember kl 12-16 Tallinnas
------------------------	---