Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitlus

TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI KOOSOLEKU
PROTOKOLL nr. 9

Kuupäev	15.detsember 2015
Koht	Lastekodu 48, Tallinn
Algus Lõpp	kl 10.30 kl 14.30
Osalejad	Töörühma liikmed: Merike Luman, Varje Mantsik, Jaanika Alak, Madis Ilmoja Sekretariaadi liikmed: Kadri Telling, Kadri Lilienthal, Annika Adoberg, Jana Uhlinova, Tiina Mark, Keili Kõlves Täiendavalt osalesid: Reet Vinkel, Anna Vesper
Puuduvad töörühma liikmed	Mai Rosenberg, Ruth Kalda, Galina Zemtsovskaja, Ly Anton, Kersti Esnar, Kersti Ivanova, Mart Roosimaa
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 soovituste 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. Koosolekul osaleb neli töörühma liiget, kvoorum soovituste kinnitamiseks ei ole koos. **2. Ravijuhendi kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu, soovituste sõnastamine.** ***Kliinilise küsimuse 11 tõendusmaterjali arutelu*** Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb ravitulemuste parandamiseks saavutada kindlad veresuhkru ja glükohemoglobiini väärtused vs mitte? Kliinilise küsimuse kohta leidus materjali kolmes kaasatud ravijuhendis, lisaks kasutati diabeedi ja endokrinoloogia ravijuhendite soovitusi. Ravijuhendite soovitused põhinevad üldjuhul samadel kohortuuringutel. Metaanalüüse ega süstemaatilisi ülevaateid ei ole viimas viie aasta jooksul ilmunud, on suure valimiga kohortuuringud (USA), uuringute tulemustel jõutakse samadele järeldustele. Tegemist on keskmise kvaliteediga tõendusmaterjaliga (vt kliinilise küsimuse 11 tõendusmaterjali kokkuvõte). Ravijuhendite ning analüüsitud

	tõendusmaterjali alusel võib järeldada, et diabeediravi eesmärk on hoida HbA1c ~7%, suuremad väärtused seostuvad lineaarselt suurema tüsistuste sh lõppstaadiumi neerupuudulikkuse kujunemisega. Rõhutatakse albuminuuria määramist kui haiguse progressiooni hindamise meetodit. Töörühm arutas, et uuringute tulemused ja kaasatud ravijuhendite soovitused kattuvad, erisuunalisi uuringute tulemusi ei leidunud. Kohortuuringute tulemused ei ole küll võimalikult parima kvaliteediga tõendusmaterjal, kuid patsiendi jaoks on tegemist olulise tervislikku seisundit ja elukvaliteeti mõjutava küsimusega. Töörühm otsustas sõnastada esialgse soovituse, tegemist on tugeva soovitusega. ***Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitused:*** *43. Kroonilise neeruhaiguse ja diabeediga patsiendi HbA1c eesmärkväärtus hoida alla 7%. Kroonilise neeruhaiguse pidurdamiseks on vajalik parim võimalik diabeedi kompensatsioon. Oluline on tagada patsiendi ohutus – madalad HbA1c (alla 6,5%) seostuvad kõrgema hüpoglükeemiariskiga.* → ***tugev soovitus teha*** ***Lisaks:*** - Ravijuhendis soovituse selgitusse lisada, et HbA1c ei pruugi olla kroonilise neeruhaigusega patsiendi jaoks kõige täpsem vahend diabeediravi hindamiseks, sest punavereliblede eluiga on kroonilise neeruhaigusega patsiendil lühenenud. (HbA1c on tegelikkusest madalam). Seetõttu on kroonilise neeruhaigusega patsiendi puhul oluline igapäevane veresuhkruväärtuste hindamine. Lisaks HbA1 alla 6% ja >10% on seotud suurenenud neerupuudulikkuse riskiga. - Patsiendijuhendisse lisada info veresuhkru taseme mõõtmisest ja, mida sealjuures arvestada. ***Kliinilise küsimuse 13 tõendusmaterjali arutelu*** Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel sõltub komplikatsioonide teke: neerufunktsiooni muutusest vs mitte; põhidiagnoosist vs mitte? Neerufunktsiooni muutuse mõju komplikatsioonide tekkele on uuritud, tegemist üldjuhul retrospektiivsete või kohortuuringutega. Uuringud on läbi viidud suurte valimitega kuid pika ajavahemiku jooksul ehk diagnostika ja ravi on aja jooksul muutunud. Komplikatsioonide teke sõltub eGFR väärtusest ja albuminuuriast/proteinuuriast. Oluliseks hinnati komplikatsioonide tekkimise ennetamist, mis vähendab lõppstaadiumi neerupuudulikkuse kujunemist ja suremust ning teisi võimalikke kaasuvaid tüsistusi. Samuti vähendab ravikulusid Kliinilise küsimuse kohta leidus materjali kolmes kaasatud

	ravijuhendis, kuid kõigis neis ei olnud toodud soovitusi. Tõendusmaterjali selle kohta, kas komplikatsioonide teke sõltub põhidiagnoosist vs mitte, oli keeruline leida. Milliseid põhidiagnoose otsingutes kasutada? Töörühm arutas, et tegemist on mahuka kliinilise küsimusega, otsingute teostamiseks peaks põhidiagnoose ja komplikatsioone piirama. Lepiti kokku, et järgmiseks korraks teeb sekretariaat otsingu valitud põhidiagnooside (kõrgvererõhktõbi, diabeet, glomerulonefriit, polütsüstoos) ja komplikatsioonide tekke osas (aneemia, hüperparatüreoos, isheemiatõbi jm südame- ja veresoonkonna kahjustused). Kliinilist küsimust arutatakse edasi järgmisel koosolekul. Kaaluda võiks soovitusena sõnastada: stabiilse neeruhaigusega eakatel patsientidel (>70 aasta) ei tohiks tugineda üksnes eGFR hindamisele, ei ole tõenäoline, et neil areneb kroonilise neeruhaigusega seotud komplikatsioone? Töörühm sõnastab ja kinnitab vastavad soovitused järgmisel koosolekul. ***Lisaks:*** - patsiendi vanuse arvestamist täpsustada kliinilise küsimuse 21 tõendusmaterjali arutelu juures, vaadata, kas haakub. **Kliinilise küsimuse 16 tõendusmaterjali arutelu** Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb aneemia diagnoosimiseks teostada kindlad laboratoorsed uuringud (hemogramm, transferriini saturatsioon, ferritiin) samasuguse sagedusega vs mitte? Teemat on käsitletud kahes kaasatud ravijuhendis, soovitused põhinevad vanadel uuringutel ja MTO andmetel, soovituste tugevus ei ole sageli määratud (not graded). NICE ravijuhendi soovitused põhinevad USAs läbi viidud kohortuuringutel. Lisaks kasutati tõendusmaterjali kokkuvõtte koostamisel 2015.a. välja antud NICE aneemia ravijuhendit, mille soovitused on sõnastatud keskmise ja madala kvaliteediga tõendusmaterjali põhjal (põhinevad kohortuuringutel ja populatsiooniuuringutel). Soovitused on koostatud peritoneaal- ja hemodialüüsi saavate kroonilise neeruhaigusega patsientide kohta, predialüüsi patsientide kohta soovitused puuduvad ka selles ravijuhendis. KHA-CARI kaasatud ravijuhendis infot aneemia kohta ei olnud, kuid on eraldi juhend, soovituste aluseks on üks süstemaatiline ülevaate tulemused (avaldatud 2012). Töörühm arutas, kas tuleks soovituses täpsustada patsiendi suunamine nefroloogile (kui eGFR alla 60 või alla 45). Kas on oluline

	et alla 20 eGFR võiks kontroll olla sagedamini kui neli korda aastas. Kuigi puudub tugev tõendusmaterjal, on perearstidele ja teistele eriarstidele vajalik anda kindel suunis, soovituses sõnastada täpsed piirid, millal tuleks patsiendil Hgb määrata. Sõnastatud esmane soovitus. Ilmselt on oluline lisada, et välistama peab aneemia muud põhjused. Kroonilise neeruhaigusega ja aneemiaga patsientidel tuleks täpsustada rauavaegust. Töörühm arutas, kas seda saaks perearst teha ja, kas sellest oleks oluline lisakulu. Lepiti kokku, et järgmiseks koosolekuks koostada analüüs võimalikust mõjust kuludele, kui kõigile kroonilise neeruhaiguse ja aneemiaga patsientidel (sõltumata kroonilise neeruhaiguse staadiumist) teostada rauavaeguse täpsustamiseks laboratoorsed uuringud: ferritiini ja transferriini saturatsiooni kombinatsioon? Arvestuse aluseks, et igal 10ndal inimesel esineb neerukahjustus (alla 18-aastased jätta valimist välja). Võtta aluseks kui paljudel on põhidiagnoosi või kaasuva haigusena märgitud aneemia diagnoos ja neerukahjustuse diagnoos (täpsustus). Kui palju analüüse on teostatud ja, milline oleks kulu, kui kõigile neile patsientidele analüüsid teostada. Töörühm kaalus järgmise soovituse sõnastamist: KNH ja aneemiaga patsientidel (sõltumata KNH staadiumist) rauavaeguse täpsustamiseks teostada järgmised laboratoorsed uuringud: ferritiini ja transferriini saturatsiooni kombinatsioon? Soovitus sõnastatakse lõplikult peale analüüsi tulemusi. Aneemia käsitluse kohta on tõendusmaterjali kokkuvõttes allikaid, kuid see teema vaadata üle kliinilise küsimuse 21 tõendusmaterjali kokkuvõtte arutelu käigus. ***Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitused:*** 44. *Määra Hgb kontsentratsiooni KNHga patsientidel:* - *eGFR alla 45 ml/min/1,73m2 1 kord aastas* - *eGFR alla 30 ml/min/1,73m2 2 korda aastas* *Aneemiat diagnoosi kui Hgb on alla 110 g/l. Kui eGFR on võrdne või kõrgem kui 60ml/min/1,73m2, siis on suurem tõenäosus, et aneemial on muud põhjused. –* ***hea tava suunis*** ***Lisaks:*** - Soovituse selgitusse tuleb lisada, et analüüse peab tegema kombinatsioonis. **3. Järgmise koosoleku aeg** Järgmiste koosolekute (veebruaris ja märtsis 2016) ajad lepitakse kokku Doodle keskkonnas. Valikute põhjal osutusid sobivamateks koosolekuaegadeks 21.jaanuar kl 12-16 Tartus ning 19.veebruar kl 12-16 Tallinnas.

Vastuvõetud otsused	**1.** Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. **2.** Koosolekul osaleb neli töörühma liiget, kvoorum soovituste kinnitamiseks ei ole koos. **3.** Esialgselt sõnastatud kaks ravijuhendi soovitust. **4.** Järgmisel koosolekul: - kvoorumi olemasolul sõnastatud soovituste kinnitamine - jätkub kliinilise küsimuse 13 tõendusmaterjali arutelu - kliinilise küsimuse 15 tõendusmaterjali arutelu ja soovituste sõnastamine (alustatud 11.11.15 toimunud koosolekul) - kliiniliste küsimuste 10 ja 17 tõendusmaterjali põhjal sõnastatud soovitused on kinnitamata, oodatakse kaasajastatud ravijuhendite valmimist. Kui järgmiseks koosolekuks on lisandunud uut tõendusmaterjali, toimub arutelu ja vajadusel soovituste ümbersõnastamine. **5.** Järgmised ravijuhendi koosolekud toimuvad: - 21.jaanuar kl 12-16 Tartus - 19.veebruar kl 12-16 Tallinnas.