

Venoosse haavandi käsitus

Töörühma ja sekretariaadi koosoleku protokoll nr 10

Kuupäev	16.mai 2016
Koht	Lembitu 10, Tallinn ja Puusepa 8, ruum D208 Tartu. Videokoosolekuna
Algus Lõpp	kl 14.05 kl 16.45
Osalejad	<i>Töörühma liikmed:</i> Evo Kaha, Veronika Palmiste-Kallion, Tiiu Kaha, Hepp Nigol, Tiiu Rehe, Kadi Tarasova (Tartu), Heli Järve (Tartu), Maire Karelson (Tartu), Malle Vahtra (EHK), Ülle Helena Meren (alates kl 15.00) <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Maire Link, <i>Täiendavalt osalesid:</i> Reet Vinkel (EHK koordinaator)
Puuduvad töörühma liikmed	Tiit Meren
Juhataja	Evo Kaha
Protokollija	Reet Vinkel
Päevakord	<ol style="list-style-type: none">1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklareerimine ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks.2. Kliiniliste küsimuse nr 8 täiendava tõendusmaterjali arutelu ja soovitude sõnastamine3. Varem kinnitatud soovitude sõnastuse ühtlustamine, ülevaatamine ning soovitude järjekorra ülevaatamine.4. Muud küsimused
Ülevaade toimunud arutelust	<p>1.Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklareerimine ja kvoorum olemasolu otsuste vastuvõtmiseks. Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. Koosolekul osaleb kümme töörühma liiget, kvoorum soovitude kinnitamiseks on koos.</p> <p>2.Kliinilise küsimuse 8 täiendava tõendusmaterjali esitamine, arutelu, soovitude sõnastamine ning kinnitamine (Venhaavand_K8_EvSu):</p> <p><i>8.Kas kõikidel kroonilise venoosse haavandiga patsientidel rakendada parema ravitulemuse saavutamiseks kompressioonravi erinevaid võimalusi vs mitte rakendada? - samasuguse tugevusega kompressioonravi - mitteveniv elastne side vs veniv elastne side vs mitmekihiline (multi-layer system) vs vahelduv kompressioon (intermittent pneumatic compression, IPC)- kompressioonravi kombinatsioon</i></p> <p>Varem töörühmas sõnastatud ja kinnitatud (15.01.2016) soovitusel avatakse uuesti täiendavate tõendusmaterjalide lisandumisel tänasel koosolekul:</p> <ul style="list-style-type: none">- „Kroonilise venoosse haavandiga patsientidel rakendada parema ravitulemuse saamiseks meditsiinilist kompressioonravi“ - Tugev soovitus teha- „Turse reduktsiooni alustada elastsete sidemetega või elastsete torusidemetega“ - hea tava suunis <p>Sekretariaadi liige E. Lipping esitas täiendatud lisamaterjali: Süsteematises ülevaates (Mauck et al, 2014) leitakse, et kompressiooniga ravi on</p>

tulemuslikum (haavand paraneb paremini) kui ilma kompressioonita, multikomponentne kompressioon on parem kui ühekomponentne ja elastse komponendiga süsteemid on paremad kui elastse komponendita. 2012. aastal avaldatud Cochrane süstemaatilises ülevaates on leitud, et optimaalne surve raviks on 40 mmHg.

Randomiseeritud kontrolluuringus Ashby et al (Lancet 2014) nendib, et venooset haavandit võib ravida kahekihilise kompressioonsüsteemiga võrreldes neljakihilisega.

Väiksemas uuringus Mosti et al (2013) võrdlesid VLU ravi alguses turse reduktsiooni SSB vs *double stockings* (20 + 20 mmHg) raviga, kus ravi alguses kanti 20 mmHg sukka, nädal hiljem lisati veel 20 mmHg sukk (kokku 40 mmHg) – turse reduktsioon ei näi sõltuvat kompressiooni tugevusest. Mõlemas rühmas saavutati võrdväärne turse reduktsioon. Seega lubavad kahekihilised kompressioonsukad võrdväärset turse reduktsiooni, hoides samal ajal märgatavalt kokku personalikuludelt.

Ravijuhendis AWMA (2011) lähtutakse üldreeglis, et tugevam kompressioon on parem kui nõrk ning mingigi kompressioon on parem, kui selle puudumine. Valesti rakendatud kompressioonravi ei pruugi olla efektiivne ning võib tekitada koekahjustusi. Kliinitsistid ja patsiendid vajavad asjakohast koolitust, et tagada kompressioonravi korrektsus. AWMA soovib vastunäidustuste puudumisel kasutada kompressioonravi VLU ravimiseks (Grade B). kompressioonravi määramisel soovitakse arvesse võtta jala suurust ja kuju, patsiendi sättumust, kliinitsisti kogemust ja oskusi, keskkonda (nt temperatuur), kasutusmugavust, ligipääsu ravile, kaasuvaid haigusi, patsiendi aktiivsust, hinda, arvestada tuleks ka patsiendi ligipääsetavust kompressioonravile.

MoCVD (2015) leiab samuti, et kompressioonravi on tulemuslikum kui standardravi (ilma kompressioonita). MoCVD soovib kompressiooni vähemalt 40 mmHg hüppeliigese tasandil aitamaks kaasa haavandi paranemisele. (Class IIA, Level B) ning soovib kompressioonravi elaste või mitte-elastse või mõne muu kompressioonisüsteemiga venoosse haavandi esmaseks raviks ning soovib kaaluda interventsiooni võimalust (Class I, Level B).

SIGN (2010) viitab Cochrane ülevaatele ja soovib kasutada mitmekihilist sidet VLU raviks. Soovib pakkuda võimalikult kõrget kompressiooni, millega patsient on nõus. Kompressioonraviga alustades tuleb jälgida esimese 48 tunniga nahakahjustuse osas. Kompressiooni võib patsiendile asetada vaid selleks väljaõppe saanud inimene SVS (2014) uut infot ei anna. Eelistab mitme komponendiga kompressioonravi ühe komponendiga kompressioonravile (Grade 2, Level B).

Töörühma arutelu:

Tuginedes ravijuhenditele MoCVD (2015) ja väiksemale uuringule Mosti et al. sobib turse reduktsiooniks algselt 20+20 mmHg (kokku 40 mmHg). Aga töörühm arvestab, et koostatava ravijuhendi mõistes ja esmatasandile mõeldes peaks olema suunis laiem ning mõlematpidi võetav. Täpsem lahtiseletamine tuleks soovitusel selgitustes ning kompressioonravi algoritmis -> Kui patsiendil on turse, siis kompressioonravi oleks 20+20mmHg; kui turset ei ole, võib kasutada kohe 40mmHg. Ka elastseid sidemeid võib kasutada, kuid patsiendile peaks sideme paigaldama väljaõppinud inimene. Kahjuks Eesti tingimustes spetsialiseerunud inimesti pole piisavalt ning on pigem koondunud Põhja – Eestisse. Vastava väljaõppe saavate õdede koolitamine jääks rakenduskava osaks.

Tiiu Kaha pööras tähelepanu, et 14.05.2016 tutvustati uut Euroopa venoosse haavandi ravijuhendit, mis võeti ka tänasel töökoosolekul lugemiseks. Ravijuhendi järgi (EWMA 2016) on debati küsimus, millist kompressiooni kasutada. Olukordades, kus pole adekvaatset klinitsisti, on kompressioonsukad hea lahendus.

Kuna me teeme Eesti tingimustele kohandatud juhendit, siis me peame arvestama olemasolevaid tingimusi. Kui me kasutame sidemeid raviks, siis me peame koolitama personali ning lisandub iganädalane sidumine õe või arsti kabinetis. Kahekihilised kompressioonsukad pakuvad patsiendile vähemalt sama tõhusat ravi vähema kuluga.

Töörühm otsustas, et termin kompressioontooted hõlmavad endast kõiki toodete vorme (sidemed, põlvikud, sukad, kompressioonsüsteemid jne)

Töörühma poolt sõnastatud ja kinnitatud soovitus (Venhaavand_K8_SoKo):
[Kroonilise venoosse haavandi raviks kasutage meditsiinilist kompressioonravi survetugevusega 40 mmHg, kasutades selleks kompressioontooteid](#) → **tugev soovitus teha**

Turse reduktsiooni puudutavat soovitust otsustas töörühm mitte sõnastada.

Lisaks:

- Rakenduskavasse lisada koolitused personalile kompressioontoodete kasutamise väljaõppeks, sh. mitmekihiliste sidemete paigaldamiseks.
- Sekretariaat koostab kompressioonravi algoritmi, kus turse reduktsiooni osa tuleb täpselt välja tuua jm.
- Ravijuhendi soovitude selgitustes märkida ära, millised on need võimalused, mida kasutada täiendavalt ka ennetuse osas (Kl. küsimus nr 1).

3. Varem kinnitatud soovitude sõnastuse ühtlustamine, ülevaatamine ning soovitude järjekorra üle vaatamine.

Anna Vesper esitles soovitude sõnastuse muudatusi olles neid korrigeerinud neid otsesse kõneviisi. Ning grupeeris loogilisse järjestusse.

Töörühma liikmed tegid oma ettepanekud soovitude järjestuseks ning lõplikult kujunenud soovitude järjestus ning sõnastus on käesoleva protokollis lisaks

Kroonilise venoosse haavandi ennetus ja diagnostika (soovituse nr 1, 2, 6, 4, 8, 5)

Kroonilise venoosse haavandi mittefarmakoloogiline ravi (soovituse nr 12, 14)

Kroonilise venoosse haavandi farmakoloogiline ravi (soovituse nr 16, 17, 18, 19, 9, 10, 11, 21, 22, 23, 24, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31)

Kroonilise venoosse haavandi dokumenteerimine, patsiendi nõustamine (soovituse nr 7, 32, 33, 3, 15)

4. Muud küsimused





- Anna Vesper tutvustas patsiendijuhendi võimalikke teemasid, tuginedes varasematele töökoosoleku protokollidele.



1. Venoosse haavandi olemus





	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kroonilise venoosse haavandi ennetamine (kompresioonravi, asendravi, ravimid) 3. Kroonilise venoosse haavandi diagnoosimine 4. Kompresioonravi 5. Ravimite ja toidulisandite kasutamine 6. Valuravi 7. Haavaravi (puhastamine, lokaalsed tooted, haavaravivahendid, antiseptikumide kasutamine) 8. Infitseerunud haavandi ravi 9. Haavandit ümbritseva naha hooldamine 10. Toitumine, asendravi, füüsiline aktiivsus 11. Psühholoogilised ja sotsiaalsed probleemid <p>Patsiendijuhendi teemad kinnitab töörühm järgmisel töökoosolekul. Patsiendijuhendi koostamiseks on andnud nõusoleku dr.Tiiu Kaha ja dr.Evo Kaha.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reet Vinkel tutvustas, et STONEES skaalale on antud 15.aprillil 2016 õigus kasutada nimetatud skaalat Eesti koostatavas kroonilise venoosse haavandi ravijuhendis. - Reet Vinkel tutvustas ravijuhendi valmimisega seotud ajalisi tähtaegu, arvestusega, et valmiv ravijuhend esitatakse Ravijuhendite Nõukojale heakskiitmiseks 6. detsembri koosolekuks. - Uue töörühma koosoleku aja kokkuleppimine, päevakorra punktiks on ravijuhendi esmase tööversiooni arutelu (koostisosad, sisu, lisad, töörühmaja sekretariaadi liikmete andmed jne). Tehti ettepanek, et uus töörühma koosolek toimub 19.augustil 2016 Tartus
Vastuvõetud otsused	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei deklareeritud. 2. Koosolekul osaleb kümme töörühma liiget, kvoorum soovitude kinnitamiseks on koos. 3. Töörühm kinnitas kl.küsimuse nr 8 juurde kuuluva soovitude ja soovitude tugevuse 4. Töörühm kiitis heaks ravijuhendi soovitude järjekorra ning korrigeeris soovitude sõnastust (Protokollis lisa). 5. Patsiendijuhendi koostamiseks on andnud nõusoleku dr.Tiiu Kaha ja dr.Evo Kaha 6. Uus töörühma koosolek toimub 19.augustil 2016 Tartus




Töökoosoleku protokollis lisa. KROONILISE VENOOSSE HAAVANDI KÄSITLUS (16.05.2016)

<i>Kroonilise venoosse haavandi ennetus ja diagnostika</i>		
1	Kasutage kõikidel veenihaigusega patsientidel kroonilise venoosse haavandi esmaseks ja retsidiivi ennetamiseks kompresioonravi.	Küsimus 1 kinnitatud

 2	Venoosse haavandi esmaseks ja retsiidivi ennetamiseks venotoonikumid otsest toimet ei oma, kuid võivad leevendada kroonilise venoosse puudulikkusega seotud subjektiivseid sümptome.	Küsimus 1 kinnitatud
 6	Teostage kõikidele kroonilise venoosse haavandi kahtlusega patsientidele tursete diferentsiaaldiagnostika.	Küsimus 4 kinnitatud
4	Palpeerige kõigil venoosse haavandiga patsientidel jalalaba pulsid, jalalaba pulsside puudumisel suunake patsient edasisteks uuringuteks eriarstiabisse.	Küsimus 3 kinnitatud
8 	Kui on kahtlus, et kroonilise venoosse haavandiga kaasub muu krooniline haigus, teostage vastavalt anamneesile ja kliinilisele pildile täpsustavad analüüsid.	Küsimus 6 Kinnitatud
 5	Venoosse puudulikkuse tõestamiseks on vajalik doppler-ultraheliuuring pindmisest ja süvaveeni süsteemist, mis tuleb teostada enne patsiendi edasi suunamist erialaspetsialistile.	Küsimus 3 kinnitatud
<i>Kroonilise venoosse haavandi mittefarmakoloogiline ravi</i>		
12	Kroonilise venoosse haavandi raviks kasutage meditsiinilist kompressioonravi survetugevusega 40 mmHg, kasutades selleks kompressioontooteid.	Küsimus 8 kinnitatud
14	Ärge kasutage kroonilise venoosse haavandi raviks baroteraapiat, ultraheliravi, elektromagneetilist stimulatsiooni ega valgusravi.	Küsimus 9 kinnitatud
<i>Kroonilise venoosse haavandi farmakoloogiline ravi</i>		
16	Vastunäidustuste puudumisel soovitage pentoksüfülliini kasutamist (1200 mg ööpäevas) lisaravina.	Küsimus 11 kinnitatud
17	Kroonilise venoosse haavandi raviks venoaktiivsete preparaatide ega atsetüülsalitsüülhappe kasutamine ei	Küsimus 11 kinnitatud

	soodusta venoosse haavandi paranemist.	
18	Mikroelementide ja vitamiinide täiendav manustamine ei soodusta venoosse haavandi paranemist.	Küsimus 12 kinnitatud
 19	Tagage kõikidele valuliku venoosse haavandiga patsientidele adekvaatne süsteemne valuravi vastavalt valuredelile.	Küsimus 13 kinnitatud
9	Ärge võtke bakterioloogilist külvi kliiniliste infektsioonitunnusteta venoosset haavandist.	Küsimus 7 Kinnitatud
10	Mikrobioloogiline külv venoosset haavandist võtke kliiniliste infektsioonitunnuste esinemisel, mida hinnake STONEES-skaalaga (vähemalt kolm tunnust STONEES skaala põhjal).	Küsimus 7 Kinnitatud
11	Mikrobioloogiline külv võtke tampoonmeetodil, soovitatavalt Levine´i meetodil.	Küsimus 7 kinnitatud
21	Kõikide infitseerumata venoossete haavandite puhastamiseks kasutage voolavat puhast vett või füsioloogilist lahust igal haavasideme vahetuse korral.	Küsimus 14 kinnitatud
22	Kroonilise venoosse haavandi ravis kasutatavate lokaalsete vahendite valikul arvestage haavandi faasi, eksudaadi hulka, infektsiooni olemasolu, patsiendi eelistusi, vahendite kulutõhusust.	Küsimus 16 kinnitatud
23	Lokaalsed vahendid peaksid eemaldama liigse eksudaadi, säilitama niiske keskkonna, kaitsma kontaminatsiooni eest, olema hüpoallergilised ja vähetraumeerivad.	Küsimus 16 kinnitatud
24 	Haavaravitoote valikul peab veenduge, et valitud toode on kontaktis haavapõhjaga.	Küsimus 16 kinnitatud

20	Nekrootilise koe eemaldamiseks eelistage kirurgilist nekrektoomiat.	Küsimus 15 kinnitatud
 25	Igal haavasideme vahetusel kandke haavandit ümbritsevale kahjustamata nahale niisutavaid baaskreeme kogu sääre ulatuses.	Küsimus 17 kinnitatud
 26	Haavandit ümbritsevale matsereerunud (liigniiskuse tunnustega) nahale kandke nahka kaitsvaid tooteid.	Küsimus 17 kinnitatud
 27	Staasekseemi ägedas faasis kasutage lokaalselt tugevatoimelist (III grupi) kortikosteroidi 14 kuni 28 päeva jooksul.	Küsimus 17 kinnitatud
28	Ärge kasutage antiseptikume infektsioonitunnusteta haavanditel.	Küsimus 18 kinnitatud
29	Ärge kasutage venoosse haavandi raviks lokaalseid antibiootikume.	Küsimus 18 kinnitatud
30	Infektsioonitunnustega venoosse haavandi korral alustage süsteemset antibakteriaalset ravi.	Küsimus 18 kinnitatud
31	Infektsioonitunnustega haavanditel soovitame kasutada lokaalseid antiseptikume.	Küsimus 18 kinnitatud
Kroonilise venoosse haavandi dokumenteerimine, patsiendi nõustamine		
 7	Hinnake ja dokumenteerige kroonilise venoosse haavandi lokaalset staatust dünaamikas vastavalt vajadusele, mitte harvem kui kord kahe nädala järel.	Küsimus 5 kinnitatud
32	Kaaluge kroonilise venoosse haavandiga patsiendi suunamist eriarstile, kui: <ul style="list-style-type: none"> - haavandi adekvaatse konservatiivse raviga pole saavutatud positiivset dünaamikat 3 kuu jooksul - esineb tugev valusündroom 	Küsimus 19 kinnitatud

	<ul style="list-style-type: none"> - tekib ravile allumatu kroonilise haavandi infektsiooni ägenemine - tekib antibiootikumresistentsete mikroobide tekitatud äge infektsioon - tekib ravile allumatu haavandi ümbruse dermatiit - venoosne patoloogia vajab lahendamist. 	
 33	Võimaluse korral kasutage telemeditsiinilist konsultatsiooni.	Küsimus 20 kinnitatud
3	Nõustage patsienti ja tema lähedasi kroonilise venoosse haavandi ja ravi olemuse osas nii suuliselt kui kirjalikult.	Küsimus 2 kinnitatud
 15	Hinnake patsiendi ja tema lähedaste informatsiooni vajadusi. Nõustage patsienti ja tema lähedasi haiguse ja ravi olemuse osas, pöörake tähelepanu psühholoogilisele nõustamisele.	Küsimus 10 kinnitatud