



Ravijuhendi „Palliativse ravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 5

26.08.2019 kl 12.00-16.00

Videokoosolek: Tartus Puusepa 8, ruumis D207 ning Tallinnas Paldiski mnt 81, Ravimiameti Tallinna büroo koosolekute ruumis

Osaesid: töörühma liikmed Pille Sillaste, Made Bambus, Katrin Elmet, Liina Kivi, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Mari Lõhmus, Kadri Suija ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, Pille Kilgi, Jana Lass, Ivi Normet, Marika Saar ja Anna Vesper

Puudusid: töörühma Svetlana Gromova ja Merike Värik (ette teatatud)

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides. Koosolekul osaleb üheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali arutelu

Kas palliativset ravi vajava patsiendi järgmiste vaevuste leevendamiseks on efektiivsemad medikamentoossed või mittefarmakoloogilised meetodid või nende kombineerimine: õhupuudus (jätk)?

Eelmisest koosolekust jäi küsimus, millised peaksid olema õhupuuduse raviks soovitatud opioidide annused. Töörühm arutas, et aluseks tuleb võtta, kas tegemist on opioidnaivse või opioidtolerantse patsiendiga. Algannuste määramine on keeruline ja sõltub paljuski patsiendi seisundist, kuid ravijuhendi kasutajate jaoks on annuste täpsustamine vajalik, eriti nt kodus ravimisel. Arutelu tulemusena otsustati:

- i/v opioidi manustamisel tiitritakse opioidnaivsel patsiendil alates 1 mg (15-30 min järel), opioidtolerantsel patsiendil alates 2 mg (15-30 min järel)
- p/o opioidi manustamisel (see on esmavalik) nii opioidnaivsel kui opioidtolerantsel patsiendil algannus 5 mg (suurendatakse annust 4 või 6 tunni järel)
- s/c opioidi manustamisel annused opioidnaivsel patsiendil alates 1 mg, opioidtolerantsel patsiendil alates 2 mg. Hinnata patsiendi seisundit 1 tunni möödudes, vajadusel korrata. Esimene 24 tundi on tiitrimiseks.

KOKi patsiendil on hüpoksia piir saturatsioon alla 88%, muude haigustega patsientidel alla 90%. Õhupuuduse käsitlemisel ravijuhendis tuleb välja tuua peamised diferentsiaaldiagnostilised erinevused õhupuuduse võimaliku põhjuse selgitamisel. Samuti täpsustada terminoloogia

(atakid, üldine õhupuudus) ning kuidas saab mittemedikamentoosete vahenditega leevendada ja kuidas ravida (algoritm).

Järgmisel koosolekul käsitleda veel glükokortikoidide kasutamist õhupuuduse ravis.

Kas palliatiivset ravi vajava patsiendi järgmiste vaevuste leevendamiseks on efektiivsemad medikamentoossed või mittemedikamentoossed meetodid või nende kombineerimine: ärevus/agiteeritus/deliirium?

Ärevuse ja agiteeritusse mittemedikamentoosete meetodite kohta on kirjanduses mitmeid üldisi soovitusi ning nende kasutamine on enesestmõistetav. Uuringuid nende kohta otseselt ei leidunud, kuid töörihma hinnangul tuleb praktiline soovitus sõnastada, et need tegevused ei jääks rakendamata. Ravijuhendis tuleb mittemedikamentoossed sekkumised kirjeldada.

Lisaks tuleks ravijuhendis lühidalt välja tuua deliiriumi võimalikud tekitajad ja põhipunktid deliiriumi diagnoosimiseks, võib lisada viited vastavatele juhistele. Veel peab täpsustama vedelikravi kasutamist deliiriumi leevendamisel (millistel juhtudel on infusioon mõistlik/vajalik või vastupidi, võib tekitada kõrvaltoimeid). Hetkel ei ole vedelikravi mõju deliiriumi sümptomitele selge, kuid kliinilises praktikas seda siiski kasutatakse. Kliinilise praktika ühtlustamiseks tuleb sõnastada praktiline soovitus ning selgitada poolt- ja vastuargumente.

Ärevuse medikamentoosse ravi kohta palliatiivses ravis uuringuid ei leidunud.

Deliiriumi medikamentoosse ravi kohta:

- kvetiapiin vs platseebo – väga madala kvaliteediga uuringud
- vanema ja uuema põlvkonna antipsühhootikumide võrdlus – ei leitud erinevust, tegemist väga madala kvaliteediga uuringutega
- uue põlvkonna antipsühhootikumid on efektiivsed - erineva kvaliteediga uuringud.

Väga tugeva tõendus põhiseusega tõendusmaterjali ei leidunud, antipsühhootikumide ja bensodiasepiinide kasutamise kohta ärevuse ja deliiriumi ravis ei ole piisavalt tõendusmaterjali. Töörihm arutas, et kliinilises praktikas kasutatakse bensodiasepiini ärevuse ja agiteeritusse leevendamiseks ning neil on ka vastav kliiniline näidustus. Seetõttu ei tuleks päriselt loobuda nende soovitamist, sest ärevuse kogemine on patsiendile ja lähedastele väga keeruline.

Deliiriumi raviks võib antipsühhootikume kasutada, kui mittemedikamentoossed meetodid ei aita. Samuti peab olema tagatud valu leevendamine, sest valu võib deliiriumi süvendada. Seetõttu otsustas töörihm arvestades tõendusmaterjali ja kliinilist kogemust vastava soovitus sõnastada.

Rohkem otsinguid selle teema kohta töörihma otsusel teha ei ole vaja, kuid üle vaadata ESMO vastava ravijuhend – haloperidooli kasutamine deliiriumi ravis.

Töörihm sõnastas ja kinnitas soovitused:

1. Deliiriumi korral selgitada võimalikud tekitajad ja esmaselt alustada deliiriumi leevendamist mittemedikamentoosetest meetoditest - *praktiline soovitus*

2. Kliinilise vedelikravi mõju palliatiivse ravi patsientide deliiriumi sümptomite leevendamisele ei ole selge. Vedelikravi alustamise kohta teha otsus juhupõhiselt. - *praktiline soovitus*
3. Kui ärevust ja agiteeritust ei ole saadud kontrolli alla mitte-medikamentoosete meetoditega, kaalu bensodiasepiini kasutamist sümptomite leevendamiseks. - *praktiline soovitus*
4. Kui deliiriumi ei ole saadud kontrolli alla mitte-medikamentoosete meetoditega ja valu on leevendatud, kaalu antipsühhootikumide kasutamist. - *nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendus*

Kas palliatiivset ravi vajava patsiendi järgmiste vaevuste leevendamiseks on efektiivsemad medikamentoossed või mitte-medikamentoossed meetodid või nende kombineerimine: kahheksia?

Kahheksia leevendamisel on leitud olevat efektiivne vaid üks ravim, mis Eestis ei ole kättesaadav – anamoreliin. Lisaks on uuritud megestrooli, kortikosteroidide, testosterooni, mittesteroidsete põletikuvastaste vahendite ja toidulisandite kasutamist kahheksia leevendamisel. Ravimeetodite uuringud on madala tõendus põhiseadega, uuritavate arv uuringutes on enamasti väike, madala kvaliteediga uuringud. Kirjanduse soovitatakse multikomponentset lähenemist, st toitumisnõustamist, harjutuste tegemist ning vajadusel ravimite kasutamist.

Töörühm arutas, et ravijuhendisse tuleb kindlasti lisada kahheksia definitsioon - kahheksia on sündroom, mida iseloomustab kaalukadu, isukaotus, väsimus, lihas- ja rasvkoe vähenemine, süsteemne põletik, insuliiniresistentsus ja funktsionaalse võimekuse vähenemine (von Haeling 2010). Samuti tuleb täpsustada, et kahheksiat kui patofüsioloogilist protsessi ei saa ravida, saab mõjutada üksikuid mehhanisme - isutust, kiiret täiskõhutunnet, depressiooni, iiveldust.

Tuginedes tõendusmaterjalile ning kliinilisele kogemusele sõnastas töörühm soovitusel. Kuna ka mirtasapiini on kasutatud mõningatel juhtudel kahheksia leevendamiseks, tuleks järgmiseks koosolekuks selle kohta lisamaterjali otsida, võimalusel ka metoklopramiidi kasutamise kohta.

Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitusel:

5. Kahheksia sümptomite ennetamiseks ja leevendamiseks soovitada multimodaalset lähenemist - haiguspõhine toitumisnõustamine ja füüsiline aktiivsus. - *tugev positiivne soovitus, madal tõendus*.
6. Kahheksia sümptomite farmakoloogiliseks leevendamiseks kasutada deksametasooni (isutus), metoklopramiid (kiire täiskõhutunne), mirtasapiin (depressioon ja isutus, unehäired), megesterool (isutus) - *jääb lahti*
7. Toidulisandeid, vitamiine ega mineraalaineid kahheksia sümptomite leevendamiseks ei saa soovitada, puudub piisav tõendus põhiseadega - *nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendus*

3. Sekretariaadi küsimused kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali kohta

Kõhulahtisuse ravi osas peaks täpsustama, milliste haigusseisundite osas ravi käsitletakse. Töörühm otsustas, et kaasatakse kiiritusenteriidi ravi, alakõhu kiiritusravi järgse kõhulahtisuse ravi, korduva antibiootikumravi tagajärjel tekkinud kõhulahtisus, kandidoos, pankreasevähi arengust põhjustatud (malabsorptsioon). Välja tuleb tuua võimalikud kõhulahtisuse põhjused ja ravivõimalused palliatiivse ravi patsientidel.

4. Muud küsimused (koosolekute ajakava ja edasised tegevused)

Järgmine töörühma koosolek toimub 16.09. kl 12-16 videokoosolekuna Tallinna ja Tartu vahel.