**”** BARIAATRILISE PATSIENDI KIRURGILINE KÄSITLUS**”**

ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi koosoleku

**PROTOKOLL nr.5**

|  |  |
| --- | --- |
| Kuupäev | **01.oktoober 2014** |
| Koht | Tallinn, Olümpia konverentsikeskus |
| Algus  Lõpp | 13.00  16.30 |
| Osalejad | **Ilmar Kaur,** Toomas Sillakivi, Jane Alop, Andre Trudnikov, Kaia Kuppart, Merit Kudeviita,Tatjana Toomsoo  Sekretariaadi liikmed: Kaur Liivak, Kirsti Akkermann, Sirje Vaask, Edgar Lipping, Siret Saarsalu (skype)  Muu: Ulla Raid |
| Puudujad | Jaan Tepp, Kristel Janvest, Kaja Otteson, Ülli Adamson, Katrin Nõukas, Peeter Kivik, Külvi Peterson, Märt Elmet  Sekretariaadi liikmed: Anastasia Parts, Kaire Heilman |
| Juhatas | Ilmar Kaur |
| Protokollis | Sirje Vaask |
| Päevakord | 1. Huvide deklaratsioonide esitamine 2. Kliinilised küsimused 3, 7, 8, 9, 12 3. Ülevaade RJ soovituste sõnastamise protsessist 4. Sekretariaadi täpsustavad küsimused 5. Järgmise koosoleku aeg ja käsitletavad teemad |
|  | 1. **Huvide deklaratsioonid**   HD vormid täidetud ja esitatud. Täiendusi ei ole. Täiendavalt on esitanud huvide deklaratsiooni S.Vaask, see on üle vaadatud.  Koosolek ei ole otsusevõimeline, kohal on 7 liiget. |
|  | 1. **Ülevaade RJ soovituste sõnastamise protsessist**   Töörühma koosolek on otsustusvõimeline kui kohal on ¾ liikmetest. Otsused võetakse vastu konsensuse alusel. Otsustati ettevalmistatud teemad arutada ning lõplikud otsused järgneval koosolekul kinnitada.  Eelneva koosoleku otsuse alusel pidi iga töörühma liige sõnastama kliinilise küsimuse tõendusmaterjali alusel ise soovituse ja võtma selle koosolekule kaasa või saatma eelnevalt.  U.Raid täpsustas töökorraldust – soovituse eelnev sõnastamine on vajalik selleks, et töörühma liikmel tekiks eelnev seisukoht, missuguse soovituse saadetud materjali põhjal saab anda või kas selle käigus tekkisid lisaküsimused, mis saab kirja panna (uue materjali osas).  Erialaseltsidele avaldatakse juhendi tööversioon avalikuks arvamuse avaldamiseks, arvamused peavad tuginema tõenditel.  **Otsus: Soovituste lõplikud sõnastused kinnitatakse töörühma koosolekul, kui kohal on ¾ liikmetest.** |
|  | 1. **Kliiniliste küsimuste arutelu**   **Kliiniline küsimus 2.** Kas patsiendi ravimotivatsiooni hindamine preoperatiivselt vs mitte hindamine mõjutab ravitulemusi?  **Praktilise soovituse lisamine kliinilise küsimuse 2 juurde**  M. Kudeviita -kas tuleks hinnata operatsioonieelselt sõltuvushäiret – nt alkoholsõltuvust– see võiks olla välistuskriteerium. Sõltuvus-ja psühhoosihäire on näiteks Kanadas välistamiskriteeriumiks -peab olema vähemalt aasta remissooniperioodi. See võib olla Eesti jaoks pigem praktiline soovitus.  K. Akkermann- tõendusest ei tulene, et sõltuvushäire tuleb välistada ent sõltuvushäire raviga peaks alustama enne operatsiooni.  I. Kaur – võimalik on operatsiooni hilisemaks kavandada kui on vajalik eelnev sõltuvushäire ravi. Võimalik on ka sõltuvsseisundiga haigele operatsiooni mitte pakkuda.  T. Sillakivi – oluline on tõenduspõhisus – mittetõestatud sarnaseid soovitusi võib olla palju.  M. Kudeviita – eelnev söömishäire üldjuhul ei ole mõjutanud ravitulemust –mõjutab pigem järgnev söömishäire. Alkoholismi ravi peaks olema käsitletud ning võiks olla soovitus sõltuvusega haige suunata psühhiaatrile.  K. Akkermann – vajalik on kokku leppida, kas operatsiooni järgselt on vajalik skriinimine – audit jms- aluseks spetisialistile suunamiseks. Mõõdikud ravimotivatsiooni skriinimiseks on võimalik kirja panna.  **Kokkuvõte: ravijuhendi osana sõnastada praktiline soovitus kaasneva sõltuvushäire hindamiseks.**  **Kliiniline küsimus 8.** *Kas obstruktiivne uneapnoe diagnoosiga bariaatrilise kirurgia patsientidel positiivse rõhuga abistava hingamise kasutamine vs mittekasutamine operatsiooni eelses ja/või järgses perioodis parandab nende haigete ravitulemust?*  K.Liivak – kirjandus ei paku tõendust selliste tulemusnäitajate lõikes, mis on määratud Eesti ravijuhendi käsitlusalas. BMI üle 40 puhul on uneapnoe esinemissagedus 55-100%. Vaadeldakse ka uneapnoe raskusastet. Uuringud on näidanud operatsioonijärgselt uneapnoe vähenemist või raskusastme alanemist. Soovitati nii operatsioonieelselt kui järgselt teha polüsomnograafilised uuringud. CPAP uuringute osas on hinnatud ka kuluefektiivsust – bariaatrilist kirurgiat sisaldavad sekkumised hinnati kuluefektiivseks kui vaid CPAP kasutamisega sekkumine. QALY paranes bariaatrilise kirurgia järgselt.  I.Kaur – esialgseks küsimuseks oli, kas haigete uurimine ja apnoe ravimine muudab ravitüsistuste esinemissagedust. Uneapnoe uuringud on vajalikud kõigile rasvunud patsientidele KMI üle 40, see ei ole küsimus vaid bariaatria korral. Ei ole tõendust, et uneapnoe mitteravimine tõstab operatsioonijärgsete tüsistuste riski. Kasutatakse hindamise skaalat (STOPBANG). Bariaatrilistel patsientidel tavaliselt uneapnoe väheneb, seega uneuuringuid on vaja pigem vaja neile, kes ei ole bariaatrilised patsiendid- see on ka kuluefektiivsuse küsimus. Obligatoorse uuringuna küsitav.  T. Sillakivi – USA juhendites on obligatoorne uuring. Eestis – kui patsient norskab, siis suunatakse ta uuringule või unekabinetti, avastatavus ca 75%. Lõikusjärjekord on pikk ja sel perioodil saab patsienti ka teiste haiguste osas ravida. Patseint tuleb paremas üldseisus ravile.  M.Kudeviita – CPAP raviga kaasnes üldjuhul kehakaalu langus. Kas kõigile uneuuringud ja ravi on vajalik on küsitav. Eesmärgiks on elukvaliteeti parandada ka otejärjekorra e. 2 aasta jooksul. Elukvaliteedi parandamiseks on vajalikud ka paljud teised teenused. Pulssoksümeeter annab esmase info – kasutada pigem seda. Ravijuhend on ka perearstile – kuidas peab käituma, kui tema nimistus on patsient, kas vajaks nii uneuuringuid kui bariaatrilist lõikust. Kui patsient on uneapnoe kahtlusega, on vajalikud uuringud ja ravi vastavalt sellehaiguse käsitlusele.  U.Raid – TTL kriteeriumid- uneapnoe diagnoos eeldab polüsomnograafilist uuringut ja see on vajalik ka enne ravi.  **Kokkuvõte: Uuringutest ei selgu operatsioonieelse uneapnoe ravi mõju bariaatria ravitulemusele. Soovitatav on patsiendi käsitlus vastavalt uneapnoe diagnoosimise-ja ravijuhendile. Polüsomnograafiline uuring ei peaks Eestis olema kohustuslik eeltingimus bariaatrilisele operatsioonile saamiseks.**  **Kliiniline küsimus 3.** *Kas patsiendi osalemine operatsioonieelselt erinevates käitumuslikes kaalulangetamise programmides vs mitteosalemine parandab ravitulemust?*  S. Saarsalu- ravijuhendites oli välja toodud et eelnev kaalulagus oli soovitatav -parandab oparatsiooni läbiviimist või kaasuvate haiguste olukorda. Operatsioonieelne kaalulangus võib vähendada maksa ruumala. Kohustusliku kaalulangetamise korral (nt kindlustuse nõudmisel) ei saavutatud tulemusi. Programmid on erinevad ning seetõttu ei ole õhene mõju hinnatav. Preoperatiivne kaalulangus –tüsistuste risk väheneb, kaalulangus 8-10% võimaldab seda paremini läbi viia. Ravi kaugtulemusele mõju ei leidunud. Oluline on inimese motivatsioon – sel juhul on tulemused paremad.  T. Sillamaa – tulemused on ootuspärased – kaugtulemusi ei ole ja lühiajaline dieet aitab paremini operatsiooni läbi viia. Kaalulangus ei näita ravisoostumust.  M. Kudeviita – eneseabi ei ole efektiivne, pigem süsteemne programm. Kui pikalt peaks olema operatsioonijärjekorras, et võimaldada efektiivseid eelnevaid sekkumisi.  I.Kaur –pikaajalist kaalulangetamist tänases praktikas ei nõuta, ent 2-4 nädalat enne operatsiooni on näidustatud madal kalorsus ja süsivesikute sisaldus- nõustavad bariaatriaõed. Lõikuseelne dieet ei sobi pikaajaliseks kasutamiseks. See annab tulemuse ca 5% -maksa mõõtmete vähendamise eesmärgil on vajalik tegevus. Ravimotivatsiooni hindamine on täna arstliku töö osa.  K. Akkermann – oluline on ravimotivatsiooni hindamine. Operatsiooni järgne psühholoogiline nõustamine on oluline ja patsientide poolt soovitav.  E. Lipping –keskused, kes tegutsevad tihelda operatsioonieelse ja järgse nõustamisega, saavutavad teise ravimeetodi korral samaväärseid tulemusi.  **Kokkuvõte: Patsientide osalemine operatsionieelselt erinevates käitumuslikes kaalulangetamise programmides ei oma kaugmõju bariaatrilise patsiendi ravitulemusele.**  **Kliiniline küsimus 6.** *Kas patsiendi vahetu operatsioonieelne kaalu langetamine (preoperatiivne dieet) vs kaalu hoidmine samal tasemel (püsimine) vs kaalu mittemõjutamine mõjutab ravitulemust?*  **Kokkuvõte: Patsientidele tuleb soovitada operatsioonieelset lühiajalist dieeti (2-4 nädalat, madala kalori- ja süsivesikusisaldusega) operatsiooni tehnilise läbiviimise parandamiseks ja maksa mõõtmete vähendamiseks.**  **Kliiniline küsimus 9.** *Kas bariaatrilise kirurgia patsiendi kasutada meetod 1 vs meetod 2 vs meetod 3 paremaks ravitulemuseks operatsioonimeetoditega saavutatavad ravitulemused ?*  E. Lipping –ravikulu vähenemisele erinevatel meetodite kasutamisel erinevust ei leitud. Postoperatiivseid tüsistusi ei ole ulatuslikult uuritud, üksikud uuringud on erisuunalised. QALY- esimesel ja kolmandal aastal on BY kvaliteedi lisandumine suurim-ei põhine ulatuslikel andmetel. Täiendavalt vaadeldi diabeedi korral- BY puhul on remissioone enam. Süstemaatiline ülevaade võrdles SG, AB ja RY tulemusi, reoperatsioone esines enim SG korral.  I.Kaur – patsientidel tekib küsimus mis meetodit eelistada. Eestis ca 75% kasutatakse RY. AB puhul-jääb tulemustelt alla nii SG kui RY. Oluline on ohutus ja sõltub patsientide eelistustest (s.h. meedia mõju). Konservatiivse raviga saavutatakse 5-7% kaalulangust.  M. Kudaviita – tuleks täpsustada, mis on konservatiivne ravi uuringute mõistes.  K. Liivak- ka viimane Cochrane uuring ei näidanud selgeid eeliseid. Konservatiivne ravi sõltub riigi korraldusest – intensiivne eluviisi mõjustamine.  **Kokkuvõte: Uuringutest ei selgu ühe meetodi eelised võrreldes teiste operatsioonimeetoditega. Operatsioonimeetodi valikul tuleb lähtuda arsti ja patsiendi vahelistest eelistustest.**  **Kliiniline küsimus 12.***Kas kõigil patsientidel kasutada vs mitte kasutada bariaatrilise lõikuse järgselt tekkiva veresuhkru languse ennetamiseks ravimeid, et vähendada hüpoglükeemia episoodide esinemist?*  K. Liivak – selle küsimuse kohta puuduvad kirjanduses viited, mis soovitaksid ravimeid kõikidele bariaatrilise kirurgia patsientidele.  T. Toomsoo – vajalik täpsustada kas nendel, kellel esineb hüpoglükeemia, tuleks kasutada ravimeid. Patsientidel, kellel hüpoglükeemia esineb, tuleb rakendada nii dieeti kui ravimeid. Sõnastada küsimus pigem „Kas hüpoglükeemiaga patsientidel kasutada või mitte kasutada ravimeid veresuhkru languse ennetamiseks“.  I.Kaur – BY operatsiooni tagasipööramise põhjuseks on olnud hüpoglükeemia.  M Kudaviita – vaadates tõenduse tugevust võib see olla pigem üks võimalustest.  T. Toomsoo – ravimite kasutamise osas selgus on oluline, need ei ole hetkel kompenseeritavad ravimid.  **Kokkuvõte: Kui dieedi muutmisest ei piisa hüpoglükeemia korrigeerimiseks, on vajalik endokrinoloogi konsultatsioon. Sõnastada kliinilise küsimuse raames täiendav küsimus „Kas lõikusjärgse hüpoglükeemia episoodidega patsientidel, kellel ei piisa dieedi korrigeerimisest, kasutada vs mitte kasutada ravimeid veresuhkru languse ennetamiseks“.**  **Kliiniline küsimus 7** *Kas bariaatrilise kirurgia patsiendi ravitulemuse parandamiseks tuleb kõiki täiskasvanuid uurida enne kirurgilist sekkumist järgmiste meetoditega (võrreldes meetodi*  *mittekasutamisega):*  *- Polüsomnograafia*  *- röntgenülesvõte rindkerest*  *- ülemise seedetrakti endoskoopia*  *- Kolesterool ja verelipiidid*  *- TSH*  *- PTH*  *- Tsink*  *- B12, foolhape*  *- raud, feritiin*  *- Kaltsium*  *- 25(OH) D3 vitamiin*  *- Glükoosi tolerantsuse test*  K. Liivak – polüsomnograafia on vajalik, samuti endoskoopia. Röntgenülesvõte rutiinselt ei ole vajalik.  **Kokkuvõte: Uneapnoe skriining on vajalik. Kui uneapnoe skriining on positiivne, siis vajalik polüsomnograafia. Kui patsiendil esinevad kliiniliselt olulised seedetrakti kaebused, siis on vajalik preoperatiivselt endoskoopiline uuring. Rindkere röntgenülesvõte teostada vajadusel.** |
|  | 1. Järgmiste koosolekute aeg ja vahepealne töö sekretariaadile   Koosoleku aeg: 26 november Tallinnas (Lastekodu 48) ja Tartus (Põllu 1A), videokoosolekuna.  Täiendav koosolekuaeg 9 detsember 2014.  Sekretariaat valmistab ette otsustamiseks eenevalt arutatud küsimuste soovitused, kliiniliste küsimuste 4, 10 EvSu’d ja SoKo’d ning käesoleval koosolekul sõnastatud täiendavad küsimused (sõltuvushäire, ravimid). Materjalid saadetakse töörühmale vähemalt nädal aega ette. |
|  | Protokollis Sirje Vaask |