

27. november 2020

Eesti Haigekassa
Lastekodu 48, Tallinn

Vastused haiglaravimite komisjoni küsimustele. Taotlus nr 1389 „Suukaudsed täisväärtuslikud ja modulaarsed toitmisravi preparaadid (oral nutritional supplements)“

Sisukord

Millised on konkreetsed diagnoosikoodid, kellele peaks uus teenus olema kättesaadav?	1
Millised on täpsed ravi alustamise kriteeriumid?	3
Millised on täpsed ravi lõpetamise kriteeriumid?	6
Chroni tõve käsitus pediaatrias.....	6

Millised on konkreetsed diagnoosikoodid, kellele peaks uus teenus olema kättesaadav?

Kuna toitmisravi vajadus võib tekkida patsiendil mitme erineva haigusseisundi puhul ja alatoitumuse ravi on oluline haigusseisundite tüsistuste vältimiseks ning ravikulude vähendamiseks siis suukaudsete toitmisravi preparaatide (STP) teenus on vajalik väga erinevatel puhkudel ja otseselt ei ole võimalik teenust diagnoosikoodidega piirata.

Peamised sihtgrupid on

1. Haigusega kaasnev alatoitumuse või kasvupeetuse käsitus
2. Haigusega kaasnev alatoitumuse või kasvupeetuse ennetamine
3. Põletikulised soolehaigused
4. Düsfaagia või raskendatud neelamine
5. Malabsorptsioon
6. Lühikese soole sündroom
7. Alatoitumuses ja alatoitumuse riskiga patsientide preoperatiivne ettevalmistus
8. Gastrektoomia
9. Soole fistulid
10. Söögitoru ja soole ahenemine
11. Peritoneaaldialüüsi või hemodialüüsi patsiendid

Tabelis 1 on ära toodud nii sagedasemad diagnoosikoodid kui ka Eesti Kliinilise Toitmise Seltsi poolne seisukoht, millised on prioriteetsemad patsiendigrupid, kes vajavad STPsid raviks või ennetuseks. Kõige suurem on kulutulusus STPde kasutamisel alatoitumuse või kasvupeetuse tekkeriskiga patsientidel enne alatoitumuse ja sellest tingitud tüsistuste väljakujunemist ennetavalt.

Tabel 1. STPde vajadus		
	Sagedasemad diagnoosikoodid	Prioriteetsemad patsiendigrupid
Haigusega kaasnev alatoitumus või kasvupeetus	Väärtoitumus E40-E46 Toitumusvaeguse muud liigid E63-E64 Dekuubitus- e lamatishaavand L89 Seede- ning muude kõhuelunditega seotud sümptomid ja tunnused R10-R19, eelkõige düsfaagia R13 Haigus ja roidumus R53 Söömise ning joomisega seotud sümptomid ja tunnused R63 (v.a R63.1, R63.2) Kahheksia e kurtumus R64 Sarkopeenia M62.84	<ul style="list-style-type: none"> •Väärtoitumus E40-E46 •Dekuubitus- e lamatishaavand L89 •Düsfaagia R13 •Kahheksia e kurtumus R64 •Sarkopeenia M62.84
Akuutse ja kroonilise haigusega kaasnev alatoitumuse või kasvupeetus tekkeriski vähendamine	Kasvajad [C00-D48] v.a D10-D36 healoomulised kasvajakad	<ul style="list-style-type: none"> •Seedetraktikasvajad sh pea-kaelapiirkonna kasvajakad •Kopsukasvajad •Hematoloogilised kasvajakad
	Seedeelundite muud haigused, eelkõige soole malabsorptsioon e väärarendumise K90 Söögitoru-, mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaigused K20, K22, K23, K29, K31 Muud soolehaigused K55, K56, K63 Kõhukelmehaigused K65-K67 Maksahaigused K70-K77 Sapipõie-, sapiteede ja kõhunäärme-haigusseisundid K82-K87	<ul style="list-style-type: none"> •Soole malabsorptsioon K90 •Soole (mittetraumaatilise) perforatsioon K63 •Seedetrakti stendid ja stenoosid näit K31.2, K22.2 •Maksapuudulikkus: entsefalopaatia preventsiiooni- ja raviskeemis
	Inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi e HIV-tõbi B20-B24	
	Ainevahetushäired E70-E90	•Tsüstiline fibroos E84
	Närvisüsteemihaigused F00-G99	<ul style="list-style-type: none"> •Antud grupis eelkõige düsfaagia käsitluses raviks ja preventsiioniks •Neurodegeneratiivsete haiguste korral toitumusliku seisundi ja funktsioonide (iseseisva toimetuleku) säilitamiseks
	Peaajuveresoonte haigused e tserebrovaskulaarsed haigused I60-I69	•Antud grupis eelkõige düsfaagia käsitluses raviks ja preventsiioniks
	Lümfitehaigus I89, T81	•Lümfitehaigus I89, T81
	Hingamiseldundite haigused J00-J99	
	Lihaste haigusseisundid M60-M63	
	Glomeerulite- e päsmakestehaigused N00-N08 Neeruinsufitsients e -puudulikkus N17-N19 Neeru ja ureeteri e kusejuha muud haigusseisundid N25-N29	
Vereringeelundite kaasasündinud väärendid Q20-Q28 Hingamiseldundite kaasasündinud väärendid Q30-Q34 Seedeelundite muud kaasasündinud väärendid Q38-Q45	<ul style="list-style-type: none"> Vereringeelundite kaasasündinud väärendid Q20-Q28 Seedeelundite muud kaasasündinud väärendid Q38-Q45 Muud kaasasündinud väärendid Q80-Q89 	

	Lihaskonna kaasasündinud väärarendid ning deformatsioonid Q65-Q79 Muud kaasasündinud väärarendid Q80-Q89 Mujal klassifitseerimata kromosoomianomaaliad Q90-Q99	Mujal klassifitseerimata kromosoomianomaaliad Q90-Q99
	S00-T98 Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	Stendid seedetraktis Z97.8
Ravikäsitus	Anorexia nervosa F50.0-F50.1; F50.9	•Anorexia nervosa F50.0-F50.1; F50.9
	Mittentakuslikud peen- ja jämesoolepõletikud K50-52	•Crohni tõbi K50 •Ulteratiivne koliit K51 •Muud mittentakuslikud gastroenteriidid K52
	Düsfaagia R13	•Toitaineliste vajaduste saavutamiseks düsfaagia püsimisel ja logopeedilise teraapia ajal. •Enteraalsest sonditoimisest võõrutamisel ning enteraalse sonditoimise alustamise vajaduse ajapikenduse saavutamine. •Üldastenseerumisest ja kahheksiast tingitud düsfaagia raviks.

Millised on täpsed ravi alustamise kriteeriumid?

Kliinilisel toitmisravis on kolm peamist meetodit:

1. Suukaudne toitmisravi
2. Enteraalne toitmine (s.o toitmisstoomi kaudu toitmine otse makku või peensoole)
3. Parenteraalne toitmine (s.o veenisisene toitmine)

Suukaudne toitmisravi koosneb kahest astmelisest strateegiast:

- I. Energiarikaste toitude ja vedelike eelistamine ning toidu tõhustamise soovitusel
 - a. Toidu tõhustamine on toidu energia- ja valgusisalduse tõstmine ilma, et portsjon suureneks. Toidu tõhustamine on sobilik sekkumismeetod kui päevane toiduenergia puudujääk on alla 15% (täiskasvanutel keskmiselt 300kcal/p).
- II. Suukaudsete toitmisravi preparaatide kasutamine
 - a. STPde kasutamine on enamasti sobilik kui puudujääk ei ületa 15-40% (täiskasvanul keskmiselt 300-900kcal/p) ja eelnevalt on antud toidu tõhustamise soovitusel ja neid on järgitud vähemalt 4 nädalat, aga ilma efektita. Kõrgema päevase toiduenergia puudujäägi korral (>40%) on näidustatud enteraalne toitmine.

Kui patsiendi saab suukaudu süüa ja tema alatoitumuse risk on madal või keskmine, siis esmane sekkumine on toitumisalane nõustamine, mis annab teavet kuidas valida energia- ja valgurikkamaid toiduaineid ja vedelikke ning kuidas tõhustada toitu. Kui alatoitumuse risk on kõrge, siis on näidustatud toidu tõhustamise ja STPde samaaegne rakendamine esmasel nõustamisel.

Lisaks kasutatakse STPsid enteraalsest toitmisest võõrutamisel.

Hindamine STPde vajaduse määramiseks:

Hindamine peaks koosnema järgnevatest komponentidest:

1. Tuvastama patsiendi alatoitumuse riski

- Esmatasandil on kasutusel järgmine alatoitumuse skriining tööriist koos tegevusjuhiseiga: MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*). Inglise keelne versioon leitav siit: [link](#)
- Statsionaarsetel patsienditel kasutatakse NRS2002 skriining tööriista. Eesti keelde tõlgitud versioon leitav siit: [link](#)

2. Hindama patsiendi toitumusliku seisundit

- Praktikas kasutatakse järgnevaid hindamiskriteeriumeid:
 - Söömismahtude muutust tavapärasest
 - Toiduenergia ja toiduvalgu koguseline saamine
 - Kehakaalu muutus
 - Kehakoostise analüüs
 - Laboratoorsed parameetrid, mis on kompleksis muude hindamiskriteeriumitega (elektrolüütide defitsiidid, mikroelementide defitsiidid) – pole piisava sensitiivsuse ja spetsiifilisusega, kuid kasutatavad abistavate meetoditena
 - Düsfaagia või muu tegur, mis mõjutab söömist ja selle käsitlemise vajadus

3. Määrama näidustuse toitmisravi alustamiseks

- Ebapiisav suukaudne söömine (düsfaagia, neuroloogilised seisundid).
- Suurenenud toitainelised vajadused (komplitseeritud haavad, ulatuslikud põletused, maksa-, neerupuudulikkus).
- Suurenenud toitainelised kaod (soole-, pankrease-, maksapuudulikkus, tsüstiline fibroos, seedetrakti obstruktsioon, raskekujuline kõhulahtisus, põletikulised soolehaigused).

4. Hindama sekkumise individuaalset sobilikkust (toidu tõhustamise võimalikkus, suukaudse toitmisravi preparaatide, enteraalse või parenteraalse toitmisravi vajadus).

STPde kasutamise määramine

- Hindama patsiendi soostumus tarbida STPsid (kas on motiveeritud, kas tootevalikus on eelistatud maitseid)
- Määrama toitmisravi sekkumiseks sobiv toote, selle koguse ja kasutamise kestvuse.
 - Efektiveks toitmisravi sekkumiseks on soovituslik tarbida STPsid lisaks tavatoidule vähemalt 300-900 kcal päevas (1-2 pudelit päevas).
 - Esmatasandil on tulemuslikkust näidanud 2-3 kuuline STPde tarbimine, samas sekkumise periood võib olla lühem (nt taastumine akuutse episoodi järgselt) või pikem (nt põletikulise soolehaigusega, tsüstilise fibroosiga patsiendid).
- Määrama korduvhindamise aja
 - Monitooring oleneb haiguse akuutsusest.
 - STPde esialgsel määramisel 1-3 kuu tagant.
 - Pikaajalistel patsientidel hinnata soostumus iga 4-6 kuu tagant.

Lisakriteeriumid mida hinnata STPde määramisel?

Probleemid võivad tekkida kui STPsid määratakse patsientidele, kellel on alkoholi või narkootiliste ainete sõltuvus. STPsid võidakse kasutada tavatoidu asemel, mistõttu ei saavutata nende kasutamisest soovitud lisanduvat koguenergia ja toitainete pakkumise suurenemist ja kliinilist efekti. STPsid

võidakse anda oma pereliikmetele/sõpradele või müüa edasi sissetuleku saamiseks. Sõltuvusega patsientide monitooring on keerulisem, kuna patsiendid ei pruugi vastuvõttudele kohale ilmuda.

Soovitus on mitte määrata STPsid patsientidele, kellel on sõltuvushäired, välja arvatud juhtudel kui neil esineb vähemalt üks järgnevatest kriteeriumitest:

- KMI <18.5kg/m²
- Märkimisväärne kaalulangus (s.o >10% algkaalust)
- Kaasnev haigus, mis võib mõjutada kaalu ja/või toiduenergia ja toitainete saamist
- Toidu tõhustamise soovitus on antud ja neid on järgitud vähemalt 4 nädalat.

Millal STPde kasutamine ei ole näidustatud?

- Patsient on prognoositu
- Alatoitumus võib olla tingitud ka sotsiaalmajanduslikest (nälg, vaesus) ja psühholoogilistest käitumuslikest (vabatahtlik näljutamine, lein, vähene enesehool) teguritest ning esineda kliiniliselt määratletava haigusseisundita. Sellistel puhkudel ei ole toitmisravi kasutamine enamasti näidustatud, kuid võib olla raskesti eristatav tegelikust vajadusest.

Suukaudse toitmisravi ja STPde sekkumise monitooring

Monitooringul hinnata

1. Patsiendi poolne STPde tarbimise soostumus ja taluvus.
2. Toiduenergia ja toiduvalgu pakkumise päevaste vajaduste saavutamine ja STPde kasutamise piisavus.
 - a. Patsiendi soostumuse ja sekkumise edukuse hindamiseks võrreldakse eelneva konsultatsiooni söömise ja joomise anamneesi ning praegust suukaudset tarbimist. Vajadusel peab patsient toidupäevikut. Hinnatakse, kas ja milliseid strateegiaid patsient on rakendanud ning kui ei ole, siis arutatakse selle põhjuseid.
3. Mõju toitumuslikule seisundile: kehakaalu, kehamassi indeksi, kehakoostise ja funktsioonide muutused jne.
4. Muutused haigusseisundis, nt seedefunktsioonis, neerufunktsioonis jne.
5. Muutused neelamisfunktsioonis ja logopeedilise teraapia võimalikkus/vajalikkus
6. Suukaudse tõhustamise võimalikkus ja kas STPde kasutamiseks on jätkuv vajadus ja näidustus

Sekumise progressiooni mõõtmiseks tavapäraselt hinnatakse kehakaalu ning toitumuslike laboratoorseid parameetreid (näit prealbumiini) ning vastavalt, kas need on

- **Tõusnud/paranenud** – jätkatakse toidu tõhustamisega ja STPde kogust vähendatakse.
- **Püsinud stabiilsena**- jätkatakse toidu tõhustamisega ja STPde kogus jääb samaks või kui eesmärk on kaalutõus, siis tõsta STPde kogust.
- **Langenud/halvenenud**- hinnata STPde tarbimise soostumust, hinnata kliinilise seisundi ja toitmisravi eesmärkide muutmise vajadust. Vajadusel tõsta STPde kogust, aga kui päevase toiduenergia puudujääk >40%, siis on näidustatud sekkumine enteralse toitmisega.

Pikaajalisel STP kasutamisel on vajalik regulaarne monitooring hindamaks STPde vajaduse jätkamist ja patsiendi soostumust.

Millised on täpsed ravi lõpetamise kriteeriumid?

STPde pakkumine lõpetada kui

- Sekkumise eesmärgid on saavutatud
- Patsient on stabiilne/akuutne episood on vähenenud
- Patsiendi söömine on taastunud vähemalt harjumuspärasele tarbimiseni või vähemalt 75%ni? arvutusliku koguenergiavajaduse katmiseni või/ja patsient ei ole enam alatoitumuse riskigrupis
- Patsiendi soostumus STPsid tarbida või suukaudset söömismahtu parandada on madal
- Patsient on suremisfaasis ? ja edasine sekkumine ei ole sobilik.

Chroni tõve käsitus pediaatrias- alustamis- ja lõpetamiskriteeriumid

Täielik enteraalne toitmine on näidustatud ravimeetodina pediaatrilistel Crohni tõve ägenemisega patsientidel.

Kui raviarst määrab täisenteraalse toitmise, siis selleks on vajalik järgnev sekkumine:

1. Välja arvutada patsiendi individuaalsed päevased toitainelised vajadused.
2. Määrata vajalik ööpäevane STPde kogus.
3. Patsiendiga koostöös leida eelistatud maitset ja tooted, kuna tarbitavate toodete mitmekesisus võib aidata parendada soostumust.
4. Kahe kuni kolme päeva jooksul järk-järgult üle minna täisenteraalsele toitmisele ja fikseerida alustamise kuupäev.
5. 3-4. täisenteraalse toitmise päeval hinnata patsiendi soostumust, kui soostumus hea siis jätkata täisenteraalse toitmisega 6-8 nädalat. Halva soostumuse korral mõelda muudele ravimeetoditele.
6. Vajalik gastroenteroloogi regulaarne monitooring korra nädalas haiguse kulu ja soostumuse hindamiseks.
7. Vajalik toitumuslik järelvalve täisenteraalse toitmise etapi viisilisel lõpetamisel ja üleminekul tavatoidule (2-4 nädalat).