



Ravijuhendi „Osteoporoosi käsitus esmatasandil“ töörühma koosolek nr 11

28.05.2024 kell 13.00–17.00

Tartu ja MS Teams

Osalesid töörühma liikmed: Raili Müller (juht), Karin Laas, Heli Tähepõld, Merle Kallas, Ingre Rämmal, Helgi Kolk, Tiina Jasinski.

Osalesid kõik sekretariaadi liikmed: Johanna Ruus (juht), Kati Koost, Jekaterina Konstatinova, Marika Saar, Elisabeth Kelner, Lilith Napp, Kadi Kallavus (metoodiline tugi).

Osales Tervisekassa esindaja Silja Vanaisak.

Osales ravijuhendite metoodikanõunik Kairit Linnaste.

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul oli kvoorum koos.

Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte

1. Huvide deklaratsioonid, eelmise koosoleku protokoll kinnitamine, retsensendi arutelu

Huvide deklaratsioone ei soovitus täiendada.

Kinnitati 16. aprilli 2024 koosoleku protokoll.

2. Töörühma arutelu

Ravijuhendi koostajad tahtsid teada,

- 1) kas DXA uuringu vastusel on standard,
- 2) kui patsient saab ühe korra aastas i.v ravi, siis kas peaks olema arsti tagasikutse, saatekiri või uus e-konsultatsioon kord aastas või mitte.

Töörühma liige dr Laas teadis vastata, et hetke ei ole DXA uuringu vastuse osas ühtset standardit. Rahvusvaheline standard on, et on peaks olema tehtud mõlemad puusad ja selgroo lumbaalosa. Vastuses võiks olla T-skoorid (alla 50aastastel Z-skoorid). FRAXi puhul oleks vaja märkida ka kõige madalama reieluukaela luutihedus g/cm^2 . Diagnoosikoode ei pea vastuses olema. Selles juhendis peaksime kirjeldama, mida võiks DXA uuringu vastus sisaldada.

I.v ravi korraldus sõltub sellest, kus see on esimest korda tehtud. Kohapeal peaks olema juhend edasise käsitluse osas. Töörühm võiks selle juhendi raames jällegi kokku leppida ja välja käia soovitusliku käsitluse. Näiteks arutada, kas peaks kohe tegema tagasikutse saatekirja.

3. Kehalise aktiivsuse küsimus (KK18)

Küsimus: Kas osteoporoosiga postmenopausaalsetele naistele ja vanemaealistele meestele soovitada regulaarset kehalist aktiivsust või mitte luumurruriski vähendamiseks?

Sekretariaadi liige J. Ruus tegi ülevaate tõendusmaterjalist. Rahvusvahelistes ravijuhendites oli soovitus olla regulaarselt kehaliselt aktiivne. Osades juhendites olid need üsna spetsiifilised – soovitati konkreetseid treeningliike, mille tõlkimisega oli omajagu raskusi.

Tõendusmaterjali osas oli kõige vähem tõendust elukvaliteedi tulemusnäitaja kohta, mida hinnati QUALEFFO-41 küsimustiku järgi. Ühes uuringus leiti, et mõju elukvaliteedile ei olnud, teises leiti, et on. Luumurde esines vähem trennitegijate rühmas ning veelgi vähem selles rühmas, kus treeningu intensiivsus aja jooksul suurenes. Valimid olid suured, aga luumurdude juhte oli vähe. Luutiheduse tulemusnäitaja osas olid tulemused erinevad – näidati luutiheduse suurenemist kui ka seda, et luutihedus ei muutu. Positiivset mõju on näidatud jõuvastupidavustreeningul (*resistance training*) ning kõige enam põrutava iseloomuga (hüppamine, aeroobika, kõndimine) treeningul. Järeldatakse aga, et kombineeritud treening on tõenäoliselt kõige efektiivsem. Uuringud olid elukvaliteedi kohta lühemad kui muude tulemusnäitajate osas. Mõju elukvaliteedile ei pruugi aastaga näha.

Uuritavad olid enamasti osteoporoosiga inimesed. Kuna pimendada selliseid uuringuid ei saa, siis on need juba uuringukavandi osas madala tõendatuse astmega.

Arutati ressursside üle. Kulused on keeruline hinnata, sest saatmine kord ja viis on muutumises. Linna- ja maainimestel on veidi erinevad võimalused. Näiteks linnas on rohkem treeningrühmasid, maal jällegi väljas liikumisel paremad võimalused. Koduste harjutuste soovimisega ei kaasne olulist kulu. Kõikidele ravijuhendi sihtrühma inimestele võiks soovitada olla regulaarselt kehaliselt aktiivne, lisaks võiks soovitada jõutreeningut. Füsioteraapiasse võiks suunata inimesed, kellel ei ole varasemat harjutuste tegemise kogemust, kellel ei ole võimalik videoid vaadata ehk need, kelle puhul on füsioteraapiasse suunamine vajalik. Eraldi soovitus suunamise kohta ei tee. Harjutuste osas tuuakse mõned näited, nt tasakaaluharjutused. Soovitama peaks seda, mida patsiendi keha võimaldab. See sõltub patsiendi olukorrast, vajadustest, võimalustest. Rohkem võiks olla rühmatreeninguid.

Väiksemad riskirühmad jäävad juhendist välja, aga võiks olla mainitud tabelis. Üldised liikumissoovitused suurendavad võrdsust, aga võiks soovitada siiski ka muid võimalusi (füsioteraapia, rühmatrennid jmt).

Füsioteraapiateenus tõsteti perearstide teraapiafondist välja ehk siis ei ole enam piiratud perearstile rahaliselt. Kättesaadavus peaks olema tänu erinevatele tehtud muudatustele parem. Täpsustama peaks, kas reumatoloogid saavad hakata ise füsioteraapiasse saatma.

Koostati järgmine soovitus:

Osteoporoosiga patsiendile soovitage olla regulaarselt kehaliselt aktiivne, et säilitada luutihedust ja vältida kukkumisi. *Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste*

Põhjendusse lisaks tõenduse kokkuvõttele kirja panna mõned konkreetsemad soovitused. Tõendusest tuli välja, et suurema mõjuga on jõuvastupidavustreening (*resistance training*) ja põrutava iseloomuga treening (*impact training*). Teha tuleks seda, mida kehaline võimekus võimaldab, aga teha regulaarselt. Intensiivsus ajas suurenedada, teha pikema aja jooksul, mitte lühiajaliselt. Jälgimise kohta soovitusi ei anna.

4. Patsiendimaterjali arutelu

Ravijuhendi veebilehel on üleval vanem patsiendimaterjal. Dr Laas saadab uuema versiooni. Nendest kahest teeb sekretariaadi liige K. Koost uue patsiendimaterjali mustandi 11.06 koosolekuks. Leiti, et juhendis võiks olla mõned (nt 5–6) konkreetsemad harjutuste soovitused, aga mitte ülemäära palju. Patsiendimaterjal võiks olla innustav, piisavalt asjalik (sobilik nii

linna- kui maainimestele), ei tohiks olla liialt keeruline vaid piisavalt lihtne iseseisvalt harjutuste tegemiseks, et soodustada inimeste kehalist aktiivsust. Juhend peaks sobima nii linna- kui maainimestele, peaks arvestama nende mõlema võimalustega. Võiks olla nii harjutuste sõnalised kirjeldused kui ka eestikeelsete videote lingid. Videote otsimisega aitab metoodikanõunik K. Linnaste Alaseljavalu patsiendimaterjali saab eeskujuks võtta ning juhendi osas saab Reumaliiduga suhelda.

5. Ravijuhendi mustandi arutelu

Töörühma liikmed peavad üle vaatama juhendi mustandis enda töökoha andmed. Kui need on muutunud, siis uuendada ka huvide deklaratsiooni.

Dr Mart Kulliga konsulteeriti FRAXi lävendite osas. Kui dr Kull on nõus, lisatakse ta ravijuhendi konsultantide hulka.

Lühendite ja mõistete loetelu tuleb üle vaadata, kui juhendi järgmises lugemise faasis, et kõik oluline oleks kirjas. Samuti on selgitused vaja hoolikalt üle lugeda.

Otsustati, et ravijuhendis kasutatakse läbivalt DXA lühendit (mitte DEXA), sest nii on tervishoiuteenuste loetelus ka kirjas.

Töörühm peab defineerima, kes on patsient ehk kellele on iga soovitus suunatud. Hetkel on kasutuses nii osteoporoosi diagnoosiga patsient kui suure luumurruriskiga patsient. Ravi saab alustada ka ilma osteoporoosi diagnoosita. Ravimi 50% soodustusega väljakirjutamiseks piisab muust diagnoosikoodist ning ravi on soodne (alla 10 euro). Siiski peab läbi mõtlema diagnoosikriteeriumid. Praegu on kriteeriumideks T-skoor < -2,5 ja haprusmurd. Eesmärk on vältida murdu, mitte ravida osteoporoosi, mistõttu ei ole need kriteeriumid enam kõige adekvaatsamad. ERS teeb Tervisekassale taotluse soodustuse kriteeriumide muutmiseks. Taotlusesse läheks samad kriteeriumid, mis ravijuhendis. Seni ei ole soovitused täielikult rakendatavad. Teriparatiidi ei saa soodustusega, aga taotlus on tehtud, et saaks. Seega on teriparatiidi soovitus rakenduspiiranguga.

Peaks täpsustama, kes on juhendis kasutatav „vanemaealine mees“.

FRAXi kasutatakse luumurru riski hindamiseks, mitte ainult osteoporootilise luumurru riski hindamiseks. Vastav muudatus tehti soovituste loetelus.

DXA uuringu selgitusse peaks lisama T-skoori ja Z-skoori. Lisa 1s olevat osteoporoosi riskitegurite tabelit ning lisas 2 olevat patsiendi käsitluse algoritmi täiendab R. Müller.

Perearstid sooviksid, et oleks soovitus kirjas, et keerulisemate juhtude korral (nt raske neerupuudulikkus jmt) konsulteeritaks reumatoloogiga. Mõeldakse, kuidas seda sõnastada.

Ravijuhendi lisas on M. Saare koostatud ravimite tabel. Üle peaks vaatama vastunäidustused (piirangud), nt denosumabil neerupuudulikkus (eGFR puhul alla 30 tuleks jälgida). Ravimite tabelis võiks olla tulp ravikestuse ja ravipausi kohta. Arutati, kas peaks olema info ka jälgimise kohta (nt neerufunktsioon) nt tabeli alla. Tihti ei ole võimalik kõigil samasid soovitusi rakendada ning tegevused võivad olla erinevad. Lähtuda saab ravimite tooteomaduste kokkuvõtetest. Perearstid leiavad, et võiks olla üldised soovitused, mida ja kui tihti jälgida, nt neerufunktsiooni, kaltsiumi jmt. See oleks abiks patsientide jälgimiseks. M. Saar vaatab, kas ravimiomaduste kokkuvõtetes on midagi üldisemat kirjas, mida saaks tabelisse panna. Üldisis ja kõigile sobivaid praktilisi soovitusi selle osas anda ei saa.

Toidulisandite (kaltsium ja D-vitamiin) tabel oleks samuti vajalik teha. Selle eest vastutab M. Saar.

6. Edasine töö

Järgmine koosoleks toimub 11.06.2024.