

„Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil“ ravijuhend

Töörühma koosoleku protokoll nr 6

Kuupäev	10.detsember 2013, kl 11.00 – 17.15
Koht	Oru hotell, Tallinnas
Osalejad	Töörühma liikmed: Mari Meren, Kersti Veidrik, Eike Valdt, Urmas Takker, Kaja-Triin Laisaar, Triin Habicht, Külli Paju, Helina Survo, Kadi Pähn
	Marje Oona, Erki Laidmäe, Reet Kadakmaa, Jaana Jürimaa, Ulla Raid
	Töörühma liikmeid ei puudujad
Juhatajad	Mari Meren, Kersti Veidrik
Protokollija	Ulla Raid, lisaks koosolek salvestati
Päevakord	1. Ülevaade huvide deklaratsioonidest, vajadusel uuendamine 2. Patsiendiesindaja 3. Ravijuhendi käsitusala küsimused 4. Uus koosolekuaeg ja ravijuhendi valmimine
Vastuvõetud otsused	Koosolek on otsustusvõimeline. Huvide deklaratsioonid Koosolekul osalejate huvide deklaratsioonides muudatusi ei ole. 3.Ülevaade ravijuhendi seisust ja käsitusala küsimused. Sekretariaadi juhataja andis ülevaate ravijuhendi koostamise seisust. Soovitused on vaja sõnastada ja otsustada 16- Käsitusala küsimused: Küsimus 16. Kas astma diagnoosiga patsientidele tuleb teha spirograafiliste uuringuid regulaarselt vs ainult ägenemistel? Regulaarselt spirograafiliste uuringute tegemine ei paranda elukvaliteeti ja muid tulemusnäitajaid (tõendusmaterjali kvaliteet madal). Mõõduka ja raske astmaga patsientidele teha spirograafiline uuring üks kord (ühe kuni?) kahe aasta jooksul. → praktiline soovitus. (rakenduskavasse mõelda, missugune on patsiendirühm, kes vajaksid spirograafilist uuringut. Raske ja mõõduka astma patsiendid). Küsimus 18: Kas astma diagnoosiga patsientidele kasutada

ravisoostumuse parandamiseks/meeldetuletuse süsteeme (reminder) vs mittekasutamisega?

Pikemal kasutamisel (üle 12 kuu) perspektiivis ei ole telefoni teel tehtud meeldetuletused enam olulise väärtusega. Küll aga aitavad parandada ravimsoostumust esimese kuu jooksul.

Arutelu: Kas ei peaks pöörama just tähelepanu pöörama neile patsientidele, kes ei ole tulnud pikendama retsepti. Eeldaks, et infosüsteemist tuleb vastav märguanne (rakenduskava?).

Astma raskusastmed on kokkulepitud protokollil lõpus olevas tabelis. Täpsustada öiste ärkamiste ja häired kehalistes tegevustes sümptomite osas (õhupuudus?). Lisaks otsida abivahendit (mitu kriteeriumit peab olema täidetud), kuidas hinnata astma raskusastmeid.

Sissejuhatav tekst: Astma diagnoos põhineb sümptomitel, uuringutel ja ravi tulemuslikkusel. Astma diagnoosimisel ei ole ühte kindlat meetodit või markerit.

Kahtlustage patsiendil astmat, kui tal esinevad korduvalt (hooajaliselt):

- kiduned ja vilinad rinnus, eriti sügaval väljahingamisel
- episoodiline hingamisraskus (hingeldus), õhupuudus, raskustunne rindkeres
- hootine köha, enam öösel ja/või hommikutundidel.

Küsimus 1 a: Spirograafilist uuringut võib läbi viia vastava väljaõppe saanud tervishoiutöötaja .

Arutelu:

- kas peaks täpsustama täiendkoolituse mahtu ja sisu? Kindlasti on vajalik mõelda **rakenduskavas**, missugune täiendkoolitus ja kas täienduse peab läbima ka mingi teatud ajavahemiku jooksul.
- Kui spirograafiliste uuringute tegemine ei ole võimalik, võiks kasutada diagnoosimise meetodina **PEF**+prooviravi. (PEF muutuste kriteeriumid täpsustada)

Küsimus 1b: Kui spirograafilisel uuringul astmale viitavaid tunnuseid ei ilmnenu, aga kliiniliselt on astma tõenäosus (päeva- ja öösümptomid ja häired kehalises tegevuses) on suur, määrake prooviravi inhaleeritava kortikosteroidiga (inhaleeritav beklometasoon 200 µg kaks korda päevas või muu inhaleeritav kortikosteroid ekvivalentses annuses). Prooviravi efekti hinnake 4 nädala möödudes: astmale viitavaks tunnuseks on FEV₁ muutus > 200 ml võrra või oluline kliiniline paranemine.

Arutelu:

- mõelda, millal patsiendid lähevad eriarsti juurde? Kas astma diagnoosimiseks oleks vajalik ajaline periood? - täpsustada.

	– Kas kasutada hindamisel enesekontrolli küsimustikke või siis asjakohaseid sümptomeid? – Enesekontrolli küsimustikud (ACT) ei sobi kasutamiseks, sest vaid 3 küsimust 5st väljendavad astma tunnuseid diagnoosimiseks. Kasutada asjakohaste sümptomite hindamist: päeva- ja öösümptomid ja häired kehalises tegevuses. Küsimused 1c ja 2d: Kui patsiendil kliiniliste sümptomite alusel jääb kahtlus astmale, kuid spirograafilise uuringu ning prooviravi tulemusel astmat kindlalt diagnoosida ei saa, suunake patsient pulmonoloogi konsultatsioonile. Küsimus 2a: Valideeritud astmaküsimustike kasutamine (ACT). Soovitus: AKT ei sobi astma diagnostiliseks testiks – praktiline soovitus Küsimus 2c: testid võimalike allergeenide selgitamiseks Soovitus: Testid võimalike allergeenide määramiseks ei ole astma diagnoosimisel vajalikud. – nõrk negatiivne. Allergilise astma kahtusel võib määrata võimalikud allergeenid – praktiline soovitus. Küsimus 2d: Hingamisteede põletikumarkerite (rõga eosinofiilia ning fraktsioneeritud lämmastikoksiidi (FeNO) tase väljahingatavas õhus) määramine ei ole astma diagnoosimisel vajalikud. – nõrk negatiivne Astma ravi sissejuhatuses käsitleda astma ravi eesmärgi ja kontrollitud astma kriteeriumid: Astma ravi eesmärgiks on hoida astma sümptomid võimalikult kontrolli all. Astma on hästi kontrollitud, kui: - päeval ajal sümptomeid ei esine või need esinevad lühiajaliselt kuni kahel päeval nädalas - öisel ajal sümptomeid ei esine või kuni kahel korral kuus - ei esine astmast tingitud piiranguid kehalises tegevuses - patsient ei vaja hooraviks kiiretoimelist bronhilõõgastit või kasutab seda mitte üle kahe korra nädalas - patsiendi kopsufunktsiooni näitajad (FEV₁ või PEF) jäävad normi piiridesse ($\geq 80\%$ patsiendi viimase 5 aasta parimast tulemusest) - astma tõsiseid ägenemisi ei esine või neid esineb mitte üle ühe korra aastas. Astma tõsise ägenemise kriteeriumid: - patsient vajab astma tõttu suukaudset kortikosteroidravi - patsient vajab astma tõttu haiglaravi (protokollis: hospitaliseerimist või EMO abi)
--	--

Küsimus 3a ja c: Nõustage patsienti tervislike eluviiside (sh suitsetamisest loobumine, kehaline aktiivsus) → tugev positiivne
Põhjustuseks: Kasu rohkem kui kahju, patsiendi omavastutuse laiendamine, mõju ka teistele haigustele kui vaid astma.

Küsimus 3b: Ärge soovitage patsiendile tolmu- ja lehmalausete ekspositsiooni vähendamise erivõtteid (keemilised ja füüsilised võtted, spetsiaalsed madratsikatted jne), sest need ei leevenda tolmu- ja lehmalausetele inimestel astma kulgu. – tugev negatiivne

Farmakoloogiline ravi – Algoritmid mida kasutada erinevate astma raskusastmete korral

Küsimus 4a: soovitude järjekorda muudetud.

Täpsustada soovitud, kas on olemas või ei: Kas astma püsivalt alustada kerge või keskmise raskusega püsiva astma korral?

Küsimus 4: soovitude sõnastust muudetud lühemaks: Ärge soovitage kunagi pikatoimelisi β -agoniste monoterapijana ei baasraviks ega hoorraviks, need sobivad ainult kombineeritud ravina koos inhaleeritava kortikosteroidiga. → tugev negatiivne

Praktiline soovitus:

Kui baasravil ei ole 1 kuu jooksul olnud olulist toimet, hinnake kõigepealt patsiendi inhalatsioonitehnikat ja ravisoostumust ning eksponeeritust astmat ägestavatele teguritele. Vajadusel soovitage järgmise astme baasravi. Kui astma hea kontroll on püsinud ≥ 3 kuud, soovitage baasravi vähendamist.

Astma jälgimise alla kirjutada → Hinnake ravisoostumust, inhalatsioonitehnikat.

Küsimus 5 ja 6. Esimese astme baasravina määrake inhaleeritav kortikosteroid 200-400 μg (BUD-Eq) algannuses. → tugev positiivne

Küsimus 7: praktiline soovitus: Kui ravivastus teise astme baasravi algannustele on kesine, suurendage inhaleeritava kortikosteroidi annust kuni 800 μg BUD-Eq ööpäevas.

Küsimus 5 ja 8: Leukotrieeni retseptorite antagonist määrake teise astme baasraviks juhul, kui pikatoimeline β -agonist on patsiendile vastunäidustatud. → praktiline soovitus

Kui kahe ravimikombinatsiooniga ei õnnestu astma kontrolli saavutada on vajalik kopsuarsti konsultatsiooni. → praktiline soovitus

Hooravi

Küsimus 4: Astmahoo leevendamiseks võib sõltumata astma raskusastmest kasutada inhaleeritavat lühitoimelist β -agonisti salbutamooli, fenoterooli (SABA). Ööpäevased salbutamooli ja

	fenoterooli annused ei tohi ületada 800 µg → tugev positiivne Mõõduka raskusega sagedaste astmahoogudega patsiendid võivad kasutada IKS/FABA nii astma püsiraviks kui ka lühiajaliselt SABA asemel astmahoo leevendamiseks. Maksimaalne annus 8 doosi (Marje vaatab mikrogrammides annused) ööpäevas, kasutada. → nõrk positiivne. Küsimus 10: Astma raske ägenemise korral alustage suukaudset kortikosteroidravi ja vajadusel suunake haiglaravile. → tugev positiivne. Kortikosteroidravi skeemid kirjeldada tekstis: 3 päeva löökannusena (kuni 50 mg/ööpäevas) ja kohene lõpetamine (üks võimalik variant). Kui patsient vajab astma ägenemise tõttu süsteemset kortikosteroidravi, jätkake inhaleeritavat kortikosteroidravi endises annuses. → praktiline soovitus Kaasuvate haiguste ravi Küsimus 12: Ärge kasutage kaasuva kardiovaskulaarhaigusega astma patsientide ravimisel mitteselektiivseid β-adrenoblokaatoreid. – tugev negatiivne Küsimus 13: Kaasuva kroonilise skeletilihassüsteemi haigusega patsientidele mitte kasutada mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (NSAID) kui neil on ülitundlikkus atsetüülsalitsüülhappele või mittesteroidsetele põletikuvastastele ravimitele, soovitage valu leevendamiseks esmavalikuna paratsetamooli → praktiline soovitus? Aspiriin-indutseeritud astma + südame isheemiatõbi -> aspiriinile desensitiseerimine või klopidoogreel? http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716716 → otsida juurde tõendusmaterjali. Selgitavasse teksti lisada küsimus 14 osas, mida teha ägeda hingamisteede infektsioonide korral (kas muuta püsiravi või mitte) Astma jälgimine Küsimus 11: Astma kontrolli saavutanud patsientidele soovitage baasravi võimalikult madala inhaleeritava kortikosteroidi annusega. Kui astma on püsinud hästi kontrollituna kolm kuud või kauem, soovitage patsiendile inhaleeritava kortikosteroidi annuse vähendamist 25-50% võrra. → Peatükk ei peaks algama ravi vähendamisega. tõsta tahapoole, hea ravivastuse tulemus Mõõduka ja raske astma korral vähemalt üks kord 1-2 aasta jooksul. → praktiline soovitus
--	---

	Küsimus 15,17: Astma kulu enesekontrolliks soovitage patsiendile kas enesejälgimise küsimustikku AKT ja/või PEFmeetriat. → nõrk positiivne. IT arenduse küsimus → patsiendile kirjalik raviplaani vorm? Küsimus 18: Kirjalik raviplaani, muud meeldetuletussüsteemid ja ravisoostumust parandavad viisid arutada patsiendiga läbi. Valik sõltub patsiendi eelistusest ja võimekusest. → praktiline soovitus täpsustada tõendusmaterjali. Millal suunata patsient eriarsti konsultatsioonile. Arutada ka veel koos tervishoiukorralduslike küsimustega. – kui SABA ei sobi patsiendile – hooravi määramiseks 4. Uued koosolekuajad 18.veebruar Tartus 11-16 27.mai on ravijuhendite nõukoja koosolek, mil võiks kinnitada ravijuhendi. Sekretariaadi tööülesanded järgmisteks kordadeks: – Tervishoiukorralduslikud punktid üle vaadata Vajalik koostada (6.veebruariks 2014): – Tööversioon ravijuhendist – Rakenduskava tööversioon – Patsiendijuhendi teemad (töörühma liikmete panus vajalik!) Välise osapoolte konsultatsioon – kutsuda laiendatud koosolek veebruari koosoleku järgselt. Saata ette tööversioon ja paluda ka argumenteeritud ettepanekuid enne kohtumist. Kohtumine peaks toimuma märts-aprill.
Koosolekut protokollis Ulla Raid	Koosoleku juhatajad Mari Meren Kersti Veidrik

Astma raskusastmed:

	Kerge vahelduv astma	Kerge püsiv astma	Mõõdukalt püsiv astma	Raske püsiv astma
Sümptomid	≤2 päeva nädalas	>2 päeva/ nädalas, aga mitte iga päev	Igapäevased	Püsivad igapäevased sümptomid

Öised ärkamised (õhupuuduse tõttu)	≤ 2 x/kuus	> 2 x/kuus	> 1 x/nädalas aga mitte igaõised	Vähemalt 7 x/nädalas
Lühiajaliste beeta-2-agonistide kasutamine	≤ 2 päeva nädalas	> 2 päeva /nädalas, aga mitte > 1 x/päevas	Igapäevane vajadus	Mitu korda päevas
Häired kehalises tegevuses	Ei ole	Minimaalsed piirangud	Mõned piirangud	Väga piiratud
Kopsu-funktsioon	FEV1 $> 80\%$	FEV1 $\geq 80\%$	FEV1 $> 60\%$ - $< 80\%$	FEV1 $< 60\%$