

## **Ravijuhendi**

### **„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse taastusravi juhend“**

#### **töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 4**

**29. juuli 2020. a.**

Webex'i *online*-keskkond, kl 13.00-17.00.

Osalesid töörühma liikmed: Eduard Tsvetkov, Rain Jõgi, Iisi Kriipsalu, Egle Seppo, Karine Rüütel, Annelii Jürgenson, Aino Orgla, Kristiina Didrik, Veronika Närripä

ja sekretariaadi liikmed: Aleksandra Butšelovskaja, Elisabet Arge, Viktoria Ivanova, Kaarel Kisant

Puudusid: Laura-Liisa Liivamägi, Aet Lukmann, Anneli Poola

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister

Protokollisid: Tatjana Meister, Kaarel Kisant

#### **Päevakord:**

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine
2. Tulemusnäitajate hindamine
3. Ravijuhise retsensentide määramine
4. Ravijuhendi teemade jagamine töörühma liikmete vahel
5. 2. kliinilise küsimuse arutelu
6. 4. kliinilise küsimuse arutelu
7. 7. kliinilise küsimuse arutelu
8. 10. kliinilise küsimuse arutelu

## **1. Huvide deklaratsioonide uuendamine**

Huvide deklaratsioonide uuendamise vajadus puudus.

## **2. Tulemusnäitajate hindamine**

Töörühma liikmed hindasid veebipõhiselt kliiniliste küsimustega seotud tulemusnäitajaid 9-palli skaalas: patsiendi seisukohast lähtuvalt ebaoluline (1-3), oluline (4-6) ning kriitiline (7-9).

## **3. Ravijuhise retsensentide määramine**

Taastusraviarstide esindaja otsustatakse 06.08.20, erialaseltsi juhatuse koosolekul. Ka perearstide esindaja osas peetakse nõu vastava erialaseltsi esindajatega. Valituks osutunud spetsialistide nimed edastatakse Tatjana Meister'ile, eeldatavasti augusti esimeses pooles.

## **4. Ravijuhendi teemade jagamine töörühma liikmete vahel**

Lepiti kokku seni käsitletud kliiniliste küsimuste alusel kirjutatavate peatükkide retsenseerimise eelse kontrolli teostamisel abistavad töörühma liikmed.

2. küsimus - Eduard Tsvetkov

4. küsimus - Annelii Jürgenson

6. küsimus - Egle Seppo

7. küsimus - Iisi Kriipsalu

10. küsimus - Veronika Närripä

12. küsimus - Karine Rüütel

## **5. 2. kliinilise küsimuse arutelu:**

**Kas kõik KOK-i diagnoosiga patsiendid peaksid saama jõutreeningut või vastupidavustreeningut vs jõu- ja vastupidavustreeningu kombinatsiooni parema ravitulemuse saamiseks?**

Aleksandra Butšelovskaja tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist:

Tuvastati 3 sobivat süstemaatilist ülevaadet ning 1 RCT, milles esitatud andmete alusel puudus kliiniliselt oluline erinevus rakendatud sekkumiste vahel, patsiendile oluliste tervisetulemite osas.

Mõlemad treeningmeetodid parandavad ligikaudu võrdväärselt vastupidavust (hinnatud 6MKT'ga). Vastavat näitajat kombineeritud meetodiga võrreldes, andis parema efekti siiski viimane (Vooijs M et al 2016). Lihasvõimsus paraneb eelkõige aeroobse treeninguga (Zambom-Ferraresi F et al 2015, mõõdukas tõendus).

Käesolevalt soovivad ka maailmas laiemalt kasutusel olevad ravijuhised kombineeritud treeningu kasutamist. Treeningkava puhul puudub siiski kuld-standard - enamuse soovitusi tuginevad ekspertarvamustele.

Transkutaanse neuromuskulaarse elektrilise stimulatsiooni kasutamist soovitatakse neil KOK'i patsientidel, kellel pole ägenemise või hingelduse tõttu võimekust regulaarselt treenida. Samuti juhul kui rasked liigeshaigused piiravad treeningut. (Wouters E et al 2020)

#### Töörühma arutelu:

Olemas oleva tõendusmaterjali alusel saab parima tulemuse kombineeritud treeninguga, ent oluline on arvestada ka patsiendi füüsilise võimekuse ning eelistustega. Mõlema treeningvormiga on võimalik jätkata iseseisvalt kodus.

Patsiendi arvamus: eelistatud oleks treening 2 korda nädalas + igapäevane liikumine (nt õues jalutamine). Vastavat kava jälgida aasta ringselt. Treeningusaali puhul on esmatähtis ruumi õhutatus.

#### Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitusel:

- Rakenda kõigile KOK-i haigetele sõltumata haiguse raskusastmest kombineeritud jõu- ja vastupidavustreeningut 2-3 korda nädalas (tugev soovitus, madal kuni keskmine tõendatuse aste)
- Jõutreening 2-3 korda nädalas ja vastupidavustreening 3-5x nädalas kestvusega keskmiselt 30 min. Arvestama peab patsiendi füüsilise võimekuse, eelistuste ja individuaalse taluvusega.
- Kui vastupidavustreeningut ei saa rakendada, siis peaks rakendama jõutreeningut või alajäsemete lihasgruppide neuromuskulaarset stimulatsiooni.

## 6. 4. kliinilise küsimuse arutelu:

### **Kas nendele KOK-i haigetele, kes kannatavad koormusepuhuse hüppoksia all, manustada lisahapnikku vs mitte paremate treeningtulemuste saavutamiseks?**

Kaarel Kisant tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist:

4 teemakohase süsteemse ülevaate (meta-analüüsiga) andmetest lähtuvalt pole vastava sekkumise rakendamisel ühegi tulemusnäitaja puhul täheldatud kliiniliselt olulist positiivset efekti. Statistiliselt oluline positiivne muutus on tuvastatud treeningu kestuse pikenemise, 6-minuti kõnnitesti distantssi paranemise ning düspnoe leevenemise osas. Düspnoe vähenemist kinnitasid 2 erinevat uuringut - Ekström M et al 2016, Ameer F et al 2014.

Olulisi kõrvaltoimeid ei täheldatud.

#### Töörühma arutelu:

Vastav sekkumine on Eestis enamasti hästi kättesaadav, lähtuvalt ei lisandu suuri täiendavaid kulusi. Meetod on küll igapäevases kasutamises, kuid puuduvad kindlad kasutuskriteeriumid.

Oluline on püüda vältida patsiendi lisahapnikust sõltuvaks muutmist (treeningu aegselt, psühholoogilise turvatunde tagamiseks), kuna antud juhul ei pruugi patsient kodus trenni tegemist, turvatunde puudumise tõttu, jätkata. Düspnoe tekkel tuleks esmaselt kaaluda treeningrežiimi muutmist. Samuti tuleb SpO<sub>2</sub> langus objektiivselt tuvastada.

Sihtgrupiks sobivad KOK'i haiged, kellel tekib treeningu ajal desaturatsioon (SpO<sub>2</sub> alla 90% - antud piiri osas ei ole rahvusvahelist konsensust, ent teaduskirjanduses, k.a ravijuhistes kasutatakse lävena enamasti 89-90%, nt Hispaania respiratoorse taastusravi ravijuhis, Güell Rous MR et al 2014) ning esineb väljendunud düspnoe, mis ei lahene režiimi muutmise järgselt.

Patsiendi arvamus: vajaduse põhine lisahapniku kasutus oleks aksepteeritav, kuid kindlasti ei peaks varasemalt mainitud riskide tõttu kõigi patsientide puhul vastavat sekkumist rakendama.

#### Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitused:

- Ära paku kõigile KOK-i haigetele rutiinselt lisahapnikku treeningu ajal (tugev soovitus, madal tõendatuse aste).
- Desaturatsiooni ja väljendunud düspnoe tekkimisel kaalu treeningviisi ja -intensiivsuse muutmist (nõrk soovitus).
- Kaalu lisahapniku manustamist nendele KOK-i haigetele, kellel esineb desaturatsioon treeningu ajal (SpO<sub>2</sub> alla 90%) ja patsiendil esineb väljendunud sümptomaatika (düspnoe),

vaatamata treeningviisi ja -intensiivsuse muutmisele (nõrk soovitus, madal kuni keskmine tõendatuse aste).

## 7. 7. kliinilise küsimuse arutelu:

### **Kas kõigile KOK-i diagnoosiga patsientidele rakendada taastusravi ühekordselt vs korduvalt sagedusega vähemalt kord aastas parema ravitulemuse saavutamiseks?**

Viktoria Ivanova tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist:

Kaasati 2 RCT'd ja 4 vaatlusuuringut. Uuringute alusel saavutati taastusraviga hea efekt funktsionaalse võimekuse, elukvaliteedi näitajate ning ägenemiste vähenemise osas. Enamuse näitajate puhul täheldati aga saavutatud positiivse efekti olulist vähenemist programmi läbimise järgse (1 aasta pikkuse) perioodi vältel. Programmi korduval läbimisel saavutatud efekt taastus.

#### Töörühma arutelu:

Patsiendi seisundit tuleks hinnata minimaalselt 1 kord aastas, kuna ravisoostumus (käesolevalt eelkõige taastusravi aspektist lähtudes) antud sihtrühmas ei ole hea. Probleemide korral sagedamini (nt sagedased KOK'i ägenemised, kiire kopsufunktsiooni langus – iga 6 kuu möödudes).

Korduvale programmi läbimisele suunata patsiendid, kellel aastaga on täheldatav oluline negatiivne dünaamika – arvestades sümptomaatikat ja füüsilist võimekust. Viimast hinnata nii anamneesi kui ka testide (täpsustub vastava kliinilise küsimuse vastamisel) alusel. Äärmiselt tähtis on patsiendi poolne juhiste järgimine – regulaarne harjutuste tegemine.

#### Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitused:

- Kaalu pulmonaalse taastusravi kordamist vähemalt 1 aasta möödudes peale eelmise eduka taastusravi programmi läbimist. (Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste).
- Suuna funktsionaalse võimekuse languse või sümptomaatika süvenemisega patsient korduvale taastusravile. (Tugev soovitus, nõrk tõendatuse aste).

## 8. 10. kliinilise küsimuse arutelu:

### **Kas kõik KOK-i diagnoosiga patsiendid peaksid saama spetsiifilist nõustamist enesejuhtimise kohta lisaks tavaravile vs ainult tavaravi parema ravitulemuse saavutamiseks?**

Tatjana Meister tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist:

Uuringute andmetele tuginedes on enesejuhtimise puhul oluline laiapõhjaline lähenemine ning patsientide regulaarne jälgimine meditsiinitöötajate poolt.

Enesejuhtimise programmides osalenud patsiendid viibivad ägenemise korral lühemalt statsionaarsel ravil. Paranemist on täheldatud elukvaliteedi näitajate osas, väheneb üldine hospitaliseerimise risk, kuid suremuse osas olulist efekti tuvastatud ei ole.

Suuremat efektiivsust on näidanud need enesejuhtimise programmid, mis eeldasid patsiendi nõustamist järgmiste aspektide osas: ägenemise äratundmine, vastava probleemi lahendamine (tegevuskava – ravi alustamine kodus, millal ja kuhu abi saamiseks pöörduda jne), suitsetamisest loobumine, regulaarne füüsiline aktiivsus, regulaarne kohtumine meditsiinitöötajaga, tagasisidestamine, õige hingamistehnika, hingamisharjutused, õhupuudusega toimetulek, ärevusega toimetulek. Suurt rõhku tuleb pöörata suitsetamisest loobumisele ja hingamistehnikate õpetamisele.

Ainult füüsilise aktiivsuse suurendamisele või patsiendi koolitamisele keskendunud enesejuhtimise programmid ei näidanud statistiliselt olulist efekti tervisetulemite parandamisele.

Uuringutes kirjeldatud multikomponentsed programmid sisaldasid järgmisi elemente:

- patsiendi seisundi regulaarne hindamine, eesmärkide püstitamine ja tagasiside andmine
- nõustamine suitsetamisest loobumise osas
- ägenemise ära tundmine ning selle käsitlemine, k.a ravi tõhustamine või ravi iseseisev alustamine antibiootikumi või hormoonpreparaadiga.
- nõustamine füüsilise aktiivsuse osas
- toitumisalane nõustamine
- ravimite ja ravisoostumuse kontroll
- emotsionaalse seisundi hindamine, käitumisteraapia võtete omandamine

#### Töörühma arutelu:

Riiklikusse krooniliste haigete jälgimist käsitlevasse programmi KOK'i haigeid seni lisatud ei ole. Töörühm selleks ka hetkel otsest vajadust ei näe (kohustusliku kontrolli osas).

TÜK kopsukliinikus tegeleb vastava teemaga eraldi õde, sarnaselt on töö korraldatud ka mitmetes taastusraviga tegelevates keskustes. Esmatasandil jääb vastav käsitlemine enamasti pereõde kanda.

Inhalatsiooni tehnika kontroll esmatasandil raskendatud – patsiendil pole tavaliselt oma inhalaatorit kaasas, perearstipraksises pole aga kõiki inhalaatori variante (platseebo, harjutamiseks/kontrolliks).

Oleks vaja koostada vastav lühijuhend.

Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitus:

- Kaasa patsient ravi- ja jälgimisprotsessi. (tugev soovitus)
- Paku KOKi haigele nõustamist haigusega toimetuleku strateegiate tutvustamiseks. (tugev soovitus, keskmine tõendatuse aste)

### **Järgmine koosolek ja kokkulepped tegevusteks**

Järgmine koosolek toimub 26.08.20, toimumise paigaks Mäo, Järvamaa. Käsitletakse nelja kliinilist küsimust, mille kohta sekretariaadi liikmed otsivad tõendusmaterjali ning hindavad leitud GRADE-metoodikaga. Töörühma juhti asendab dr Egle Seppo.

Alustatakse ravijuhise käsikirja kirjutamisega. Seni käsitletud küsimuste alusel valmivad peatükid läbivad täiendava kontrolli, koosolekul kokkulepitud töörühma liikmete poolt (vt eespool).