

Ravijuhendi

„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse taastusravi juhend“

töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 5

26. august 2020. a.

Mäo, Järvamaa, kell 13.00-17.00

Osaesid tööühma liikmed: Egle Seppo, Rain Jõgi, Iisi Kriipsalu, Aet Lukmann, Karine Rüütel, Annelii Jürgenson, Aino Orgla, Laura-Liisa Liivamägi, Veronika Närripä

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

Puudusid: Anneli Poola, Eduard Tsvetkov, Kristiina Didrik, Aleksandra Butšelovskaja

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister

Konsultant: pulmonoloog dr Ülle Ani

Protokollisid: Tatjana Meister, Kaarel Kisant

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine
2. 8. kliinilise küsimuse arutelu
3. 3. kliinilise küsimuse arutelu
4. 13. kliinilise küsimuse arutelu

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Huvide deklaratsioonide uuendamise vajadus puudus.

2. 8. kliinilise küsimuse arutelu: Kas kõigil stabiilse KOK-iga patsientidel on juhendatud kodupõhine vs visiidipõhine füsioteraapia (jõutreening, aeroobne treening) seotud paremate ravitulemustega?

Viktoria Ivanova tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist.

Ravijuhised (GOLD 2020, *British Thoracic Society* 2013 ja Hispaania pulmonaalse taastusravi juhised 2014) rõhutavad tervishoiuspetsialisti poolt juhendatud taastusravi olulisust, mida tavaliselt alustatakse ambulatoorsetes tingimustes. Kodupõhist taastusravi/füsioteraapiat mainitakse kui alternatiivi ambulatoorsele ravile.

Otsingutega leiti 1 süstemaatiline ülevaade ning 2 vaatlusuuringut. Süstemaatilises ülevaates (Wuytack F jt 2017) ei tuvastatud olulist erinevust ambulatoorsete ning kodupõhiste programmide efektiivsuse vahel, nii elukvaliteedi kui ka sooritusvõime osas. Subanalüüsis puudus erinevus ka kogukonnapõhise ja kodupõhise sekkumise vahel. Uuringud ei olnud pimendatud.

Pimendamise võimaluse puudumine langetaks tekkiva nihke (*bias*) tõttu, GRADE meetodikaga hinnates, oluliselt tõendusmaterjali kvaliteeti.

Töörühma hinangul sekkumiste iseloomust tulenevalt ei saanud uuringuid pimendada, vastavale asjaolule viitavad ka uuringu autorid. Arvestades eelnevat otsustas töörühm antud juhul tõendatuse kvaliteeti mitte langetada.

Candemir jt 2019 kohortuuringus oli mõlemal sekkumisel positiivne efekt (koormustaluvuse, elukvaliteedi, düspnoe osas), ent ambulatoorse sekkumise efekt oli suurem. Nolan jt 2019 jälgimisuuringus paranes elukvaliteet mõlemal juhul kliiniliselt oluliselt, ent sooritusvõime kodupõhise puhul mitte.

Kodupõhine sekkumine on ambulatoorsest programmist ühe RCT (Burge jt 2019) alusel kulutõhusam (-\$4497 (95% CI: -\$12 250 kuni \$3257)).

Töörühma arutelu:

Tegemist on prioriteetse probleemiga, kuna patsient peab füüsilise vormi parandamise/säilitamisega tegelema elukestvalt. Taastusravi ambulatoorset ressursi ei ole hetkeseisuga piisavalt, et kõikidele KOK'i haigetele antud teenust pakkuda.

Kodupõhine füsioteraapia defineerub iseseisva tegevusena, varasemalt füsioterapeudi poolt antud juhiste alusel. Antud juhul peaks patsienti ka vastavast aspektist jälgima (füsioterapeut, perearst, taastusraviarst). Kindlaid ajalisi kriteeriumeid otsutati siiski mitte määrata, individuaalse lähenemise vajaduse ning taastusravi ressursi vähesuse tõttu. Patsiendi terviseseisudni jälgimine toimub kas üreearstil või pulmonoloogil.

Visiidipõhine (ambulatoorne) füsioteraapia - treening toimub suuremalt jaolt juhendatult, ligikaudu kolmandik tuleb patsiendil teha iseseisvalt. Vastav sekkumine tekitab patsiendile turvatunde, annab võimaluse sotsialiseerumiseks ja on objektiivsemalt hinnatav ning korrigeeritav.

Praktikas on hetkel kogu füsioteraapia Eestis visiidipõhine.

Taastusravi alustades peaks eelistama visiidipõhist füsioteraapiat, edaspidi võib patsient jätkata spetsiifiliste harjutuste tegemist kodus. Ambulatoorsetel visiitidel objektiviseeritakse patsiendi füüsiline võimekus ning võimalused koduseks treeninguks, mis võimaldab koostada patsiendile individualiseeritud treeningkava.

Vastava lähenemise eesmärgiks on patsientide juhendamine jätkamaks treeningutega iseseisvalt, elukestvalt.

Patsiendi arvamus:

Patsient eelistab ambulatoorset taastusravi – spetsialistide järelvalve puhul on tagatud harjutuste korrektsem sooritus. Oluline on otseloomulikult ka harjutustega kodus igapäevaselt, iseseisvalt jätkata.

Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitus:

Alusta füsioteraapiaga ambulatoorselt, 2-3 korda nädalas 8-12 nädala jooksul. (tugev positiivne soovitus, keskmine tõendatuse aste)

Nõusta patsienti jätkama regulaarsete treeningutega iseseisvalt elukestvalt (praktiline soovitus)

3. 3. kliinilise küsimuse arutelu: Kas kõik KOK-i diagnoosiga patsiendid peaksid saama keskmise intensiivsusega pidevat treeningut või kõrge intensiivsusega intervalltreeningut vs nende kombinatsiooni parema ravitulemuse saavutamiseks?

Elisabet Arge tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist.

Intervalltreening – intensiivne treening varieerub väiksema intensiivsusega tsüklitega või pausidega.

Pidev (aeroobne) treening – ühtlase koormusega kõndimine/veloergomeetril väntamine kogu treeningu vältel.

Leitud uuringute alusel puudus võrreldud treeningmeetodite efektiivsuses oluline erinevus järgnevates aspektides: vastupidavus, elukvaliteet, väsimus ja sümptomid koormustesti lõpetamisel.

Zainuldin jt 2011 Cochrane'i süstemaatilises ülevaates tuvastati raske obstruktsiooniga KOK'i haigete puhul parem efekt intervalltreeningul, düspnoe ja jalgade väsimuse osas.

Lisaks oli viimati mainitud treening vastupidavustreeninguga võrreldes efektiivsem Gloeckl jt 2012 RCT alusel düspnoe leevendamisel. Uuritavateks olid antud juhul raske KOK'iga patsiendid (siirdamise järjekorras olevad patsiendid).

Töörühma arutelu:

Mõlemad treeningmeetodid on tõendusmaterjali alusel efektiivsed. Intervalltreeningust saavad enim kasu raskemalt väljendunud sümptomaatika ja kopsufunktsiooni langusega KOK'i haiged. Kõrge intensiivsusega pidev treening ei ole efektiivsem mõõduka intensiivsusega pidevast treeningust.

Käesolevalt rakendatakse igapäevapraktikas valdavalt püsiva intensiivsusega treeningut.

Intervalltreening on hetkel kasutusel peamiselt raskete kardiaalsete probleemidega patsientide ravis.

Treeningu intensiivsuse üle otsustatakse individuaalselt, võttes arvesse koormustaluvust, patsiendi eelistusi ja -võimalusi treeninguks. Raskema KOK-iga patsientidel on madalam koormustaluvus ning -lihasjõud (inaktiivsuse tõttu). Lähtuvalt oleks vastavale sihtrühmale sobivam modaalsus intervalltreening.

Intervalltreening vajab intensiivsemat jälgimist – suurem koormus personalile. Muid lisanduvaid kulutusi vastava treeningmeetodiga ei tohiks kaasneda.

Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitus:

Rakenda kõigile KOK-i haigetele püsiva mõõduka intensiivsusega aeroobset treeningut (tugev soovitus, madal tõendatuse aste)

Kaalu intervalltreeningut KOK-i patsientidele, kes ei ole võimelised düspnoe või väsimuse tõttu mõõduka kestva intensiivsusega treenima (nõrk soovitus, keskmine tõendatuse aste).

Intervalltreening võib sobida patsientidele, kellel on:

- raske obstruktsioon (FEV1 < 40%)
- madal koormustaluvus
- koormustelil saavutatud maksimaalne töömaht < 60% eeldatavast
- pideva koormusel treenides ei suuda üle 10 minuti treenida
- rasked desaturatsiooni episoodid treenigu ajal ≤ 85%
- talumatu düspnoe pideva vastupidavustreeningu ajal
-

4. 13. kliinilise küsimuse arutelu: Kas kõik suitsetavad KOK-i haiged peaksid saada farmakoteraapiat (varenikliin, bupropioon, nikotiinasendusravi) lisaks meditsiinilisele nõustamisele vs ainult meditsiinilist nõustamist suitsetamisest loobumiseks?

Tatjana Meister tegi ülevaate kogutud tõendusmaterjalist.

16 RCT ja 13123 patsiendi andmeid haarav süstemaatiline ülevaade (van Eerd EA, 2016) näitas, et intensiivne nõustamine kombineeritud farmakoteraapiaga osutus kõige efektiivsemaks suitsetamisest loobumise strateegiaks. Meta-analüüs näitas, et farmakoteraapiat lisaks saava rühma patsientide püsiv suitsetamisest hoidumise määr oli kõrgem võrreldes kontrollrühmaga (ainult meditsiiniline nõustamine) pikima jälgimisperioodi järel (sõltuvalt uuringutest 6-13 kuud).

Suitsetamisest loobumise määr jälgimisperioodi järel oli samuti kõrgem farmakoteraapia rühmas

Töörühma arutelu (arutelus osales konsultandina pulmonoloog dr Ülle Ani):

- Uuringutes osalevad enamasti loobumisest huvitatud inividid, tulemused ei pruugi olla vastavuses tavapopulatsiooni puhuste tulemustega. Kombineeritud programm on efektiivsem, lähtuvalt täheldatav ka sekkumise kulutõhusus.
- Ravimi kättesaadavuse paranemine tõstab loobumise proovimist.
- Pikema spetsiifilise nõustamise teenuse osutamiseks tuleb läbida TAI 16 tunnine kursus. Nõustamise koodi saavad kasutada vaid arstid ja õed. Teenus võiks laieneda esmatasandile.
- Ühelegi ravimile suitsetamisest loobumise eesmärgil kasutamise korral soodustus hetkel Eestis ei rakendu. Sotsiaalministeeriumiga koostöös on eraldi töörühm teinud haigekassale suitsetamisest loobumise soodustamiseks kasutatavate ravimitele (bupropioon, varenikliin, nikotiini plaastrid) soodustuse taotluse.
- Kõige ohutum on kasutada nikotiini plaastreid. Varenikliini puhul tuleb meelespidada, et depressioon on vastava ravimi kasutamise vastunäidustuseks.
- KOK'i ravijuhise raames valminud patsiendi infolehes on olemas info suitsetamisest loobumise nõustamise kabinettide kohta.
- Patsient KOK-ga võiks saada suitsetamisest loobumise ravimeid soodustusega, vajadusel korduvalt.
- Medikamentoosse ravi määramiseks peaks adekvaatselt hindama, kontrollima psühholoogilist seisundit (EEK-2 küsimustikuga skriinimine), hindama motivatsiooni suitsetamisest loobumiseks, hindama nikotiinisõltuvuse tugevust.

Eelnevast lähtuvalt sõnastati soovitus:

- Kõigile suitsetavatele KOK-i haigetele rakenda intensiivset meditsiinilist nõustamist, kombinatsioonis farmakoteraapiaga, suitsetamisest loobumise eesmärgil.

Järgmine koosolek toimub 25.septembril kell 13.00-17.00 Mäos.

Protokolli ülevaatamise käigus tekkis töörühma juht Eduard Tsvetkovil ettepanek defineerida mõisted madala/keskmise/kõrge intensiivsusega aeroobne treening. Praktiliste soovitustena võiks välja tuua treeningu intensiivsuse kriteeriumid.

Mõnele patsiendile sobib aeroobse treeningu alustamiseks madala intensiivsusega pidev treening või madala intensiivsusega intervalltreening - need patsientide alarühmad tuleb samuti käsitleda. Samuti peab käsitlema võimalust, et alguses patsiendile pakutakse keskmise pideva koormusega treening ning seejärel vaikselt lisatakse HIIT.

Kodupõhine füsioteraapia defineerub iseseisva tegevusena, varasemalt füsioterapeudi poolt antud juhiste alusel. Antud juhul peaks patsienti ka vastavast aspektist jälgima (füsioterapeut, perearst, taastusraviarst). Järgmisel koosolekul on vaja kokku leppida, kes täpselt hakkab jälgima treeningharjutuste soorituse õigsust.

Järgmine soovitus vajab ülevaatamist:

Alusta füsioteraapiaga ambulatoorselt, 2-3 korda nädalas 8-12 nädala jooksul (tugev positiivne soovitus, keskmine tõendatuse aste)

Soovitus dubleerib juba olemasolevat soovitust taastusravi pikkuse osas.

Lisaks puudub hetkel soovitus kodupõhise taastusravi osas. Protokollist selgub, et patsient peab alustama taastusraviga ambulatoorselt sagedusega 2-3 korda nädalas, edasi vajadusel võib üle minna kodupõhisele taastusravile. Kodupõhine taastusravi eeldab superviseeritud tegevust, harjutuste soorituse õigsust kontrollitakse ning patsiendile antakse tagasisidet. Hetkel jäi kokku leppimata, kes ja kui sageli peab kontrollima harjutuste soorituse õigsust kodupõhise taastusravi puhul.

Järgmise soovituse sõnastus vajab ülevaatamist:

Rakenda kõigile KOK-i haigetele püsiva mõõduka intensiivsusega aeroobset treeningut (tugev soovitus, madal tõendatuse aste)

Põhjus: mõlemad treeningviisid näitasid uuringutes võrdset efektiivsust ja tegelikult ei ole viga, kui patsiendile pakutakse kohe alguses intervalltreeningut.

Tugev soovitus võiks olla mõlema treeningviisi kasutamise kasuks.