

Ravijuhendi
„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus esmatasandil“
töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 2
5. veebruaril 2019. a.

Nelja Kuninga hotelli konverentsikeskus, Pärnu 8, Paide kell 14.00-18.00

Osalesid töörühma liikmed: Rain Jõgi, Anneli Poola, Alan Altraja, Diana Ingerainen, Anne Minka, Argo Lätt, Argo Aug, Egle Seppo, Aino Orgla

ja sekretariaadi liikmed: Martin Link, Birgit Vatter, Kaarel Kisant

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister, Kaja-Triin Laisaar

Puudusid: Kai Kliiman, Viktoria Ivanova, Angela Eensalu-Lind

Protokollis: Birgit Vatter

Päevakord:

1. *Huvide deklaratsioonide uuendamine.*
2. *Ravijuhendi käsitusala koostamine ja kliiniliste küsimuste tulemusnäitajate kokkuleppimine*
3. *Järgmiste koosolekute ajakava*

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Eelmisel koosolekul mitteosalenud liige (Egle Seppo) esitas huvide deklaratsiooni. Teiste liikmete huvide deklaratsioonides muutusi ei esinenud.

2. Ravijuhendi käsitusala koostamine ja kliiniliste küsimuste tulemusnäitajate kokkuleppimine

Töögrupp pani paika 8 kliinilist küsimust ning 4 tervishoiukorralduslikku küsimust. Igale kliinilisele küsimusele valiti töögrupi liikmete seast konsultant, kelle poole sekretariaadi liige saab vajadusel küsimustega pöörduda. Arutluse all olid järgnevad teemad.

KOK-i esmane diagnostika, ravi ja raviefekti jälgimine

Arutati patsientide skriiningu võimalusi. Leiti, et kõigi patsientide skriining KOK-i suhtes ei ole otstarbekas, kuid samas on keeruline defineerida riskigruppi, kelle seas täpsustavaid

uuringu läbi viia. Otsustati, et „KOK-i kahtlusega patsient“ on patsient, kes on >40 aasta vana ning kellel on KOK-ile iseloomulikud haigusnähud ja/või indikaatorhaigused.

Otsustati, et kroonilisele obstruktiivsele kopsuhaigusele viitava sümptomaatika defineerimisel kasutatakse olemasolevaid ravijuhendeid (eelkõige GOLD, NICE). Sekretariaat annab järgmisel koosolekul ülevaate sellest, kas sümptomaatika osas esineb ravijuhendite vahelisi erisusi.

Kliinilise küsimusena otsustati käsitleda küsimustike kasutamise efektiivsust:

- Kas kõigil KOK-i kahtlusega patsientidel parema ravitulemuse saavutamiseks kasutada esmasel hindamisel küsimustikku (küsimustik A, B, C) vs mitte kasutada? – sekretariaat otsib vastavasisulised küsimustikud välja järgmiseks koosolekuks. Konsultant dr Diana Ingerainen.

Lepiti kokku, et kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse esmaseks diagnoosimiseks sobib spirograafia. Obstruktsiooni defineerimiseks sobib soovituslik kokkulepe, mille alusel FEV1/FVC <0,7. Leiti, et eraldi tervishoiukorraldusliku küsimusena tuleb käsitleda seda, kuidas peavad Eestis olema korraldatud spirograafilised uuringud:

- Kas kõik perearstikeskused peaksid sarnaselt EKG-ga olema varustatud spirograafiaga?

Lisaks anda ravijuhendis ülevaade kasutusel olevatest normidest (tuua välja juhendi lisas või tabelina). Oluline on, et spirograafia teostamisel on tagatud personali väljaõpe ja kvaliteedikontroll.

Tervishoiukorralduslik küsimus:

- Millised KOK-i kahtlusega patsiendid tuleb suunata diagnoosimiseks eriarstile?

Otsustati, et esmase diagnoosimise korral tuleb patsient kopsuarstile suunata juhul, kui spirograafiatulemus ja patsiendi kaebused ei ole omavahel korrelatsioonis.

Tervishoiukorralduslikud küsimused:

- Millised KOK-i diagnoosiga patsiendid tuleb suunata kopsuarstile?
- Millised KOK-i diagnoosiga patsiendid jäävad kopsuarsti ja millised perearsti jälgimisele?

Leiti, et KOK-i diagnoosi saanud patsientide raviefekti jälgimine võib toimuda ka perearsti poolt, sealjuures tuleks ravijuhendis välja tuua kriteeriumid ravi efektiivsuse hindamiseks. Otsustati, et pärast KOK-i esmast diagnoosimist ja ravi alustamist tuleks raviefekti hinnata 1-3 kuu pärast ning edasisel jälgimisel tuleks spirograafiat korrata vähemalt 1 kord aastas, vajadusel tihedamini – sekretariaat vaatab selle osas üle olemasoleva tõendusmaterjali, otsib infot teistest ravijuhenditest. Leiti, et kopsuarsti jälgimisel peaks olema patsiendid kaugelearenenud haigusega, nende seas kodusel hapnikraviga olevad patsiendid. Otsustati, et ei käesolevas ravijuhendis ei käsitleta kodust hapnikravi puudutavaid küsimusi, kuna tegemist on esmatasandile suunatud ravijuhendiga.

Otsustati otsida tõendusmaterjali telemeditsiini, telerehabilitatsiooni ning perearsti proaktiivse jälgimise efektiivsuse kohta.

Kliinilised küsimused:

- Kas digitaalsete eneseabi programmide kasutamine vs KOKi haigete tava jälgimine on seotud parema ravitulemusega? Konsultant dr Argo Lätt.
- Kas kõikide KOKi haigete proaktiivne jälgimine vs tava jälgimine perearsti poolt on kulutõhus?

Sekretariaat otsib järgmiseks koosolekuks KOK-i haigete võimalikke ravisoostumust parandavaid meetodeid, eesmärgiga teha selle kohta kliiniline küsimus.

Sarnaselt eelmisele koosolekule kinnitati, et ravialgoritmid võetakse üle teistest ravijuhenditest, kuid tõendusmaterjali otsustati otsida selle kohta, kas ravida asümptomaatilisi patsiente, kelle FEV1/FVC <0,7.

Kliiniline küsimus:

- Kas kõik asümptomaatilised KOKi diagnoosiga patsiendid parema ravitulemuse saavutamiseks peaksid saama farmakoteraapiat vs mitte? Konsultant dr Anneli Poola.

KOK-i ägenemine:

Otsustati, et KOK-i ägenemine on defineeritav kui respiratoorsete sümptomite äge süvenemine, mis vajab ravi tõhustamist. Veel on vajalik defineerida mõiste „KOK-i raske ägenemine“ ning panna paika kriteeriumid, millal suunata patsient EMO-sse.

Anda soovitusel antibakteriaalse ravi valikute osas. Selles võib toetuda Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi ambulatoorsete infektsioonide ravijuhendile.

Hormoonravi näidustuse osas otsustati moodustada kliiniline küsimus:

- Kas kõikidele KOKi ägenemisega patsientidele parema ravitulemuse saavutamiseks on näidustatud süsteemne hormoonravi? Konsultant prof Alan Altraja.

Tervishoiukorraldusliku küsimusena käsitleda järgmist:

- Kuidas perearst saab teada sellest, et kopsuarst diagnoosis tema patsiendil KOKi ja patsient vajab jälgimist perearsti poolt või patsiendil oli eluohtlik ägenemine/vajas hospitaliseerimist?

Soovitav on koostada kokkuvõtlik algoritm KOK-i ägenemise käsitlemiseks.

KOK-i haigete taastusravi

Esiteks otsustati, et Eesti tingimustes on parem kasutada mõistet „taastusravi“, mitte „rehabilitatsioon“. Leiti, et on vaja paika panna, millised on need haiged, kellele taastusravi on näidustatud (millised funktsiooni piirangud on kriteeriumiks nii ambulatoorsele kui statsionaarsele taastusravile suunamisel), kui kaua ning millises faasis (vahetult pärast ägenemist või remissiooni perioodis) on taastusravi efektiivseim. Taustaküsimustena käsitleda

seda, kumb on efektiivsem – aktiivne või passiivne taastusravi? ambulatoorne või statsionaarne taastusravi? On teada, et 6-nädalase statsionaarse taastusravi korraldamine Eestis KOK-i haigetele ei ole võimalik.

Kliinilised küsimused:

- Kas kõigile KOKi diagnoosiga patsientidele pakkuda taastusravi vs ainult standardravi parema ravitulemuse saavutamiseks? Konsultant dr Egle Seppo.
- Kas KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama taastusravi vahetult pärast ägenemist vs remissiooni perioodis vs mõlemad? Konsultant dr Egle Seppo.
- Kas kõik sümptomaatilised perearstil jälgimisel olevad KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama füsioteraapiat versus standardravi parema ravitulemuse saavutamiseks? Konsultant dr Rain Jõgi.

KOK ja suitsetamine

Erinevalt farmakoteraapiast parandab suitsetamisest loobumine elulemust. Otsustati, et KOK-i farmakoteraapiat tuleb rakendada koos suitsetamisest loobumise nõustamisega, sest kombinatsioon on alati efektiivsem. Tervise Arengu Instituudil on välja töötatud suitsetamisest loobumise nõustamise metoodika (õppematerjalid, koolitused), millele võib käesolevas ravijuhendis viidata.

Vaktsineerimine

Ravijuhendisse otsustati lisada vaktsineerimissoovitused, need on leitavad juba olemasolevates ravijuhtnõuroides. Töörühma hinnangul peaksid kõik KOK-i haiged olema vaktsineeritud hooajalise gripi vastu (igal sügisel), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*'e ja *H. influenzae* vastu.

Kopsuõe vastuvõtt

Arutluse alla tuli asjaolu, et perearst ei saa patsienti suunata otse kopsuõe vastuvõtule. Ravijuhendi koostamise käigus kaaluda vajadust ja võimalusi selle rakendamiseks.

3. Järgmiste koosolekute ajakava

Järgmine töögrupi koosolek on plaanis korraldada märtsi lõpus, sekretariaadi koolitus märtsi alguses. Täpsete kuupäevade valimine toimub elektroonse hääletuse teel.