

Ravijuhendi

„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus esmatasandil“

töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 5

18. juunil 2019. a.

Sämmi Grillis, Mäos kell 13.00-17.00

Osalesid töörühma liikmed: Rain Jõgi, Anne Minka, Argo Lätt, Argo Aug, Anneli Poola, Aino Orgla, Egle Seppo, Angela Eensalu-Lind

ja sekretariaadi liikmed: Kai Kliiman, Martin Link, Kaarel Kisant, Viktoria Ivanova, Birgit Vatter.

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: Diana Ingerainen, Alan Altraja.

Protokollis: Kai Kliiman.

Osales 8 töörühma liiget, kvoorum oli koos.

Päevakord:

1. *Huvide deklaratsioonide uuendamine.*
2. *Käsitusala kinnitamine.*
3. *Kliiniliste küsimuste arutelu ja soovitude koostamine:*
 - 3.1. *Kas KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama taastusravi vahetult pärast ägenemist vs remissiooni perioodis vs mõlemad?*
 - 3.2. *Kas telemonitooringu kasutamine vs tavajälgimine on seotud parema ravitulemusega raske KOKi diagnoosiga patsientidel?*
4. *Järgmiste koosolekute ajakava.*

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Töörühma liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone uuendada.

2. Käsitlusala kinnitamine

Rain Jõgi tutvustas ravijuhendite nõukoja (RJNK) koosolekul räägitut. RJNK liikmete eelnevalt antud soovitused koostada rohkem kliinilisi küsimusi olid seotud sellega, et eelmises käsitlusala versioonis oli ravijuhend suunatud esmatasandile. Viimasel RJNK koosolekul räägitu põhjal võib töögrupp ise otsustada millised teemad on prioriteetsed ja mida tuleb ravijuhendis käsitleda ning ravijuhend ei pea olema suunatud esmatasandile.

Koosoleku eelselt töörühmale saadetud käsitlusala uut versiooni kommenteerisid kaks töörühma liiget, eriti põhjalikult kommenteeris käsitlusala Alan Altraja.

Rain Jõgi tutvustas Tatjana Meistri poolt tehtud ülevaadet eelmisel koosolekul koostatud kliiniliste küsimuste kohta ravijuhendites juba olemasolevatest GRADE tabelitest. Kui küsimuse kohta on olemas GRADE tabel, on tõendusmaterjal otsimine ja hindamine oluliselt vähem töömahukam ja võimaldab vähendada sekretariaadi töökoormust. Tatjana Meister selgitas teiste ravijuhendite GRADE tabelite koostamise põhimõtteid ning ütles, et NICE 2018 soovituste GRADE tabelite ülevõtmisel ei pea me GRADE tabelleid uuesti koostama ning arutame töörühmas üksnes soovitusi. Kui ravijuhend/soovitused on vanemad, teeme uue otsingu ja täiendame olemasolevat GRADE tabelit. Kuna tõendusmaterjali otsimise ja hindamisega seotud töömaht on väga suur, peaks võimalusel muutma kliinilisi küsimusi nii et oleks võimalik kasutada juba olemasolevaid GRADE tabelleid.

Järgnevalt vaadati läbi kõik senise käsitlusala küsimused.

1. Senine küsimus „Kas kõiki üle 40 aastaseid asümptomaatilisi täiskasvanud patsiente peab skriinima KOKi suhtes enesekohaste küsimustike abil vs mitte?“ otsustati muuta konkreetsemaks, uus sõnastus „Kas preskriining küsimustikud tuvastavad piisava usaldusväärsusega püsiobstruktsiooniga kõrge riskiga mittesümptomaatilisi täiskasvanuid?“

2. küsimuse sõnastust „Kas kõiki üle 40 aastaseid suitsetavaid või suitsetamise anamneesiga (vähemalt 10 pakk aastat) patsiente peab skriinima KOKi suhtes spirograafia abil parema ravitulemuse saavutamiseks vs mitte?“ otsustati muuta „Kas kõiki üle 40-aastaseid suitsetavaid või suitsetamise anamneesiga (vähemalt 10 pakk aastat) täiskasvanuid tuleks KOKi suhtes spirograafia abil skriinida?“

3. küsimust „ Kas KOKi diagnoosimiseks kasutada spiromeetria fikseeritud suhet FEV1/FVC alla 0,7 vs NAP (normi alumine piir)?“ ei muudetud.

Seda küsimust on käsitletud NICE-s, kuid selle küsimuse kohta ei saa GRADE tabelit koostada. Ravijuhendis saame viidata neile kahele uuringule millele on viidatud nii NICEs kui GOLDs ning lisame tekstina selgituse.

4. küsimus „Kas kõiki KOKi diagnoosiga patsiente peab uurima alfa-1-antitrüpsiini puudulikkuse suhtes vs mitte?“

Rain Jõgi selgitas, et A-1-AT puudulikkus on harva esinev geneetiline defekt ning A-1-AT määramine on suhteliselt odav laboratoorne uuring. SA TÜKis on läbiviidud uuring kus vaadeldi kõiki 10 aasta jooksul leitud patsiente kellel oli A-1-AT tase alla normi. Normist madalama A-1-AT tulemusega patsientidest 25% oli kopsufunktsioon normis.

Kuna A-1-AT määramine on üks KOKi patsientidele teostavatest lisauuringutest otsustati seda kliinilise küsimusena mitte käsitleda ning see küsimus muudetakse taustaküsimuseks.

5. küsimus „Kas KOKi diagnoosimine ja ravi alustamine esmatasandil vs eriarstiabis on seotud parema ravitulemusega?“ otsustati ära jätta kuna selle teema kohta ei ole randomiseeritud topeltpimedat uuringut ning mujal tehtud uuringu tulemusi ei saa üle kanda Eesti oludesse. Küsimus otsustati muuta tervishoiukorralduslikuks.

Hetkel ei ole Eestis esmatasandil spiromeetria kõikjal kättesaadav. Kui edaspidi on loodud eeldused kõikjal KOKi korrektseks diagnoosiks esmatasandil saavad perearstid ka KOKi ravi alustada.

6. küsimus „Kas lühitoimeliste bronhilõõgastite (SAMA, SABA) kasutamine KOKi ravis on näidustatud vs mitte?“ otsustati ära jätta kuna see küsimus eeldaks väga suurt tõendusmaterjali otsingut ja probleem ei ole sedavõrd oluline.

7. küsimus „Kas KOKi diagnoosiga patsiendile esmaseks raviks määrata lühitoimelised vs pikatoimelised bronhilõõgastid?“ jääb käsitlusalasse.

8. küsimusel „Kas KOKi diagnoosiga patsiendile esmaseks raviks määrata LAMA vs LABA vs kombinatsioon?“ muudeti sõnastust. Uus sõnastus „Milline on LAMA+LABA

kombinatsiooni efektiivsus ja kulutõhusus stabiilse KOK ravis võrrelduna LAMA või LABA monoterapia või LABA+IKS kombinatsiooniga.“

Tõendusmaterjali GRADE tabelid võtame üle NICE 2018st.

9. küsimus „Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama mukolüütikume vs mitte?“ jääb käsitlusalasse, võtame eelnevatest ravijuhenditest GRADE tabelid üle.

Otsustati teha uus kliiniline küsimus „Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama pikatoimelisi metüüksantiine vs mitte?“ Küsimusega soovitakse selgitada, kellele tuleks teofüllini välja kirjutada monoterapiana/lisaravimina ning tulemusnäitajaks on ägenemiste arvu vähenemine.

10. küsimus „Kas KOKi diagnoosiga patsientide vaksineerimine ülemiste hingamisteede nakkushaiguse vastu (pneumokokk, gripivaktsiin, H.influenzae) aitab vähendada ägenemiste arvu võrreldes nende vastu mitte vaksineerimisega?“ jääb käsitlusalasse.

11. küsimus „Kas kõigile KOKi ägenemisega patsientidele määrata antibiootikumravi vs mitte?“ jääb käsitlusalasse.

12. küsimus „Kas kõiki suitsetavaid KOKi haigeid peab nõustama suitsetamisest loobumise osas vs mitte?“ jääb käsitlusalasse, erinevaid suitsetamisest loobumise strateegiad käsitlevad edaspidised juhendid suitsetamisest loobumise kohta.

13. küsimus „Kas telemonitooringu kasutamine vs tavajälgimine on seotud parema ravitulemusega raske KOKi diagnoosiga patsientidel?“ jääb käsitlusalasse.

14. küsimus „Kas kõigile KOKi diagnoosiga patsientidele pakkuda taastusravi vs ainult standardravi parema ravitulemuse saavutamiseks?“ jääb käsitlusalasse.

15. küsimus „Kas KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama taastusravi vahetult pärast ägenemist vs remissiooni perioodis vs mõlemad?“ jääb käsitlusalasse.

16. küsimus „Kas kõikidile KOKi ägenemisega patsientidele parema ravitulemuse saavutamiseks on näidustatud süsteemne hormoonravi?“ jääb käsitlusalasse.

17. küsimus „Kas perearsti poolt KOKi haige proaktiivne jälgimine vs tavajälgimine on seotud parema ravitulemusega?“ otsustati muuta tervishoiukorralduslikuks küsimuseks kuna ravijuhendites haigete jälgimist käsitletud ei ole, on käsitletud üksnes järgnevat temaatikat- *self-management, telehealth, education*.

Ravijuhendi teksti peab lisama KOKi definitsiooni, millised on KOKi sümptomid, andmed haigestumuse, naistel/meestel esinemise kohta jne.

Käsitlusala lõplik vormistamine ja kinnitamine toimub koosoleku järel meili teel.

3.Kliiniliste küsimuste arutelu ja soovitude koostamine

3.1.Kas KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama taastusravi vahetult pärast ägenemist vs remissiooni perioodis vs mõlemad?

Birgit Vatter tutvustas kogutud tõendusmaterjal.

Antud küsimust käsitles 2 süstemaatilist ülevaadet ja 3 randomiseeritud uuringut.

Süstemaatilistes uuringutes võrreldi taastusravi ägenemise järel vs tavaravi. Seetõttu otsustati muuta kliinilise küsimuse sõnastust lisades sinna „vs tavaravi“.

Detailsed tulemused vt GRADE ja soovitude tabelid.

Viimastel aastatel on J44 diagnoosiga saanud taastusravi koodiga 7050 igal aastal 305- 376 KOKi patsienti, keskmiselt 5x. Võrdluseks võiks lisada ka taastusravi saanud insuldi või traumajärgsete patsientide arvud/kogukulu.

Ravijuhendisse peaks lisama soovituset taastusraviga peaks alustama 2-3 nädalat peale KOKi ägenemist ning peamiseks probleemiks on hetkel see, et ei ole taastusravi süsteemi. Pulmonaalne rehabilitatsioon võiks alata statsionaaris ja hiljem jätkuda ambulatoorselt- loodavates tervisekeskustes?

Töörühm koostas järgnevad soovitused:

1. Intensiivse pulmonaalse rehabilitatsiooniga tuleb alustada 2-3 nädalat peale KOKi ägenemist. Tugev positiivne soovitus.

2. Intensiivne rehabilitatsiooni programm peab sisaldama järgmiseid elemente:

- toimub 2-3 korda nädalas
- kestma 8-12 nädalat
- olema assisteeritud
- sisaldama vastupidavustreeningut.

Tugev positiivne soovitus.

3. Intensiivse pulmonaalse rehabilitatsiooni alustamine KOKi ägenemise ajal ei ole piisavalt põhjendatud. Nõrk negatiivne soovitus.

3.2.Kas telemonitooringu kasutamine vs tavajälgimine on seotud parema ravitulemusega raske KOKi diagnoosiga patsientidel?

Martin Link tutvustas uuringute tulemusi.

Ägenemisi/EMOsse pöördumisi oli telemonitooritud patsientide seas on vähem. Tõsiste ägenemiste esinemises, elukvaliteedis ja hospitaliseerimistes ei leitud erinevust. USA ja Suurbritannia andmetel ei olnud telemonitooring kulutõhus.

Rain Jõgi tutvustas, et Eestis on KOK fookuses projekti raames proovitud 10 patsiendil telefoni ja interneti vahendusel telemonitooringut. Tulemusnäitajaks oli see et patsiendid said hakkama.

Projekti raportit saaks viitena kasutada ravijuhendi tekstis.

Hetkel ei ole telemeditsiin Eestis prioriteet, see ei sobi kõigile patsientidele ning ei ole ka kulutõhus.

Kardioloogias kasutatav Apple watch on hea näide.

Töörühm koostas soovitused:

1. Telemonitooring on võrreldes tavajälgimisega tõenäoliselt efektiivne viis KOK põdevate patsientide seisundi jälgimiseks ja seda võib kasutada, kui see majanduslikult võimalik on.

2. Telemonitooringut võiks kasutada raske KOKi diagnoosiga patsientide jälgimiseks.

3. Telemonitooringut võiks kasutada ägenemisele viitavate tunnuste (füüsiline aktiivsus, SpO₂, südame löögisagedus, hooravi vajadus, haigusnähud) jälgimiseks.

Nõrk positiivne soovitus

4. Järgmiste koosolekute ajakava

Järgmised koosolekud toimuvad 27.08; 24.09; 29.10 ja 26.11, igal koosolekul planeeritakse arutada 2- 3 kliinilist küsimust.