

## **Ravijuhendi**

**„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus“**

**töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 6**

**27. augustil 2019. a.**

Sämmi Grillis, Mäos kell 13.00-17.00

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

ja sekretariaadi liikmed: Kai Kliiman, Kaarel Kisant, Viktoria Ivanova.

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: Alan Altraja, Egle Seppo, Diana Ingerainen, Birgit Vatter, Martin Link.

Protokollis: Kai Kliiman.

### **Päevakord:**

- 1. Huvide deklaratsioonide uuendamine.*
- 2. Ravijuhendi käsitusala täiendamine.*
- 3. Kliiniliste küsimuste arutelu.*
- 4. Järgmiste koosolekute ajakava.*

#### **1. Huvide deklaratsioonide uuendamine**

Töörühma liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone uuendada.

#### **2. Ravijuhendi käsitusala täiendamine**

Töörühm täiendas ja täpsustas senist käsitusala teksti.

Tatjana Meister ütles, et plaanis on esitada taotlus ravijuhendite nõukojale (RJNK) KOKi

taastusravi ravijuhendi koostamiseks.

Töörühm arutas, kas ravijuhendis peaks detailselt käsitlema ka suitsetamisest loobumiseks kasutavaid ravimeid, et edaspidi oleks võimalik hetkel täishinnaga ravimitele taotleda soodustust. Töörühm otsustas, et kuna suitsemisest loobumisel kasutatavale medikamentoossele ravile (k.a. nikotiinasendusravi) peab alati eelnema nõustamine ja tegemist on väga laia teemaga, siis antud ravijuhendis seda ei käsitleta. Suitsetamisest loobumise nõustamise kohta on olemas Tervise Arengu Instituudi poolt koostatud juhendmaterjalid ning edaspidi võiks kaaluda suitsetamisest loobumise nõustamise kohta eraldi ravijuhendi koostamist.

Otsustati muuta 10. küsimuse sõnastust, muudetud küsimus on: „Kas kõik suitsetavad KOKi patsiendid peavad loobuma suitsetamisest vs mitte?“

Kliiniliste küsimuste tulemusnäitajate hindamine toimub koosoleku järgselt elektrooniliselt.

Ravijuhendi käsitusala saadetakse kinnitamiseks 10.09.19 toimuvale RJNK koosolekule.

### **3. Kliiniliste küsimuste arutelu**

#### **3.1. Kas preskriining küsimustikud tuvastavad piisava usaldusväärsusega püsiobstruktsiooniga kõrge KOKi riskiga mitesümptomaatilisi täiskasvanuid?**

Kai Kliiman tutvustas tõendusmaterjali otsingul leitud 4 väliselt valideeritud KOKi skriiningküsimustikku, võrdlevates uuringutes ei leitud vastavalt 2. või 3. küsimustiku omavahelises võrdluses küsimustike spetsiifilisuse ja tundlikkuse osas statistiliselt olulist erinevust (vt tõendusmaterjali kokkuvõte).

Argo Lätt tutvustas varasemat kogemust kui Tallinnas ja Raplas kasutati perearstikeskustes kopsuarst Pille Muki poolt koostatud küsimustikku, et olemasolevate elektrooniliste andmete alusel välja sõeluda patsiente keda suunata spiromeetria. Argo Läti sõnul osutus küsimustik praktikas väga kasulikuks.

Arutatavas kliinilises küsimuses peetakse silmas küsimustikke, mida patsiendid ise täidavad ning skriiningküsimustike korral on oluline nii kõrge tundlikkus kui ka spetsiifilisus.

Töörühm otsustas, et tõendusmaterjali alusel ei tuvasta leitud skriiningküsimustikud püsiobstruktsiooni piisava usaldusväärsusega. Kui patsiendil esinevad KOKile viitavad kaebused või KOKi riskitegurid tuleb patsient suunata koheselt spiromeetria.

Soovituste kokkuvõttes on viidates E.Broströmi (2018) artiklile ekslik info püsiobstruktsiooni levimuse kohta Eestis. Rain Jõgi parandab andmed.

Töörühm otsustas, et ravijuhendi teksti tuleb kirjutada viidates rahvusvahelistele ravijuhenditele, et üldpopulatsiooni skriining KOKi suhtes spiromeetriaga ei ole näidustatud. Ravijuhendi teksti tuleb lisada KOKile viitavad sümptomid (rõhutades et need ei ole KOKile spetsiifilised) ning riskifaktorid. Oluline on KOKi riskiteguritega patsiente sihipäraselt küsitleda kaebuste osas.

Koostati järgmised soovitused:

1. Ärge kasutage KOK'i skriinimiseks küsimustikke nende madala tundlikuse ja spetsiifilisuse tõttu. Tugev negatiivne soovitus.
2. KOK'i kahtlusega üle 40 aastaselts patsiendilt küsida järgnevate sümptomite:
  - õhupuudus füüsilisel koormusel
  - kroonilise produktiivse köha esinemine
  - sagedased hingamisteede infektsioonid anamneesis

ja riskitegurite:

- suitsetamine (vähemalt 10 pakkaastat)
- kutse ekspositsioon (kemikaalid, tolmu jne)

esinemise kohta. Praktiline soovitus.

3. KOKi kahtlusel tuleb teostada spiromeetria. Tugev positiivne soovitus.
4. Spiromeetrial obstruktsiooni olemasolul tuleb teostada ka bronhodilataatoritest.

### 3.2. Kas kõiki üle 40-aastaseid suitsetavaid või suitsetamise anamneesiga (vähemalt 10 pakk aastat) täiskasvanuid tuleks KOKi suhtes spirograafia abil skriinida?

Viktoria Ivanova tutvustas tõendusmaterjali (vt tõendusmaterjali ja soovituste kokkuvõtte).

Uuringutes on võrreldud spiromeetria portatiivsete spiromeetritega, millede tulemused ei ole korratavad. Uuringutes ei ole leitud ka seost spiromeetria teostamise ja suitsetamisest loobumise vahel.

Töörühm otsustas teha järgnevad soovitused:

1. Kõiki suitsetajaid ei ole vaja suunata spiromeetria KOKi skriininguks. (Nõrk negatiivne soovitus)
2. Kasutage ainult standarditele vastavaid spiromeetreid. (Tugev positiivne soovitus)

Edaspidi peaks tegema ka praktilise soovituselise spiromeetria standardite ja personali väljaõppe kohta. Rain Jõgi täpsustab järgmiseks koosolekuks kas spiromeetria kohta on olemas standard.

### 3.3. Kas kõikidele KOKi ägenemisega patsientidele parema ravitulemuse saavutamiseks on näidustatud süsteemne hormoonravi?

Kaarel Kisant tutvustas kogutud tõendusmaterjali (vt tõendusmaterjali ja soovituselise kokkuvõtte).

Tõendusmaterjali alusel on KOKi ägenemiste korral süsteemse kortikosteroidraviga saadud hea efekt, steroidi kõrvaltoimeid esineb vähem kuni 7 päevase ravikuuri korral. Töörühma hinnangul hoiab õigeaegne ravi alustamine süsteemse kortikosteroidiga ära EMO visiite ning seetõttu ei täpsustatud KOKi ägenemise raskust soovituselises. Raske KOKi ägenemine ongi defineeritud kuid KOKi ägenemine, mille korral määratakse raviks süsteemse kortikosteroidi kuur. Patsientide esindaja sõnul oleks ta nõus 7 päeva Prednisoloni võtma.

Töörühm tegi järgnevad soovituselised:

1. KOKi ägenemise korral kasutada süsteemset suukaudset GKS'i kuni 7 päevase ravikuurina, prednisolooni annuses 30 mg päevas (ühekordse annusena). (Tugev positiivne soovitus).
2. Kaks või rohkem GKS'i ravikuuri, KOK'i ägenemise tõttu aastas - suuna patsient pulmonoloogi vastuvõtule. (Praktiline soovitus).

Rain Jõgi tegi koosoleku protokollis ülevaadetes ettepaneku, et 1. soovituselise võiks muuta konkreetsemaks asendades „kuni 7 päevase ravikuurina“ „5-7 päevase ravikuurina“. Plaanis on soovituselise sõnastus üle vaadata järgmistel koosolekutel.

#### **4. Järgmistel koosolekute ajakava.**

Järgmine koosolek toimub 24.09.19 kell 13.00 Mäos.

Oktoobri koosolek otsustati ära jätta ning ülejäämine koosolek toimub 25.11.19 kell 10.30 Tartus.



Tatjana Meister rõhutas, et vastavalt ravijuhendite koostamise käsiraamatule on tööühma koosolek otsustusvõimeline, kui kohal on kolm neljandikku liikmetest. Tööühma liikme ülesanded ei ole delegeeritavad ja kui selgub, et tööühma liige ei saa püsivalt osaleda, tuleb vajadusel määrata tööühma uus liige.