

Ravijuhendi

„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus“

töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 7

24. september 2019. a.

Sämmi Grillis, Mäos kell 13.00-17.00

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

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

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: Alan Altraja, Argo Lätt.

Protokollis: Kai Kliiman.

Päevakord:

1. *Huvide deklaratsioonide uuendamine.*
2. *Käsitusala ülevaatamine.*
3. *Kliiniliste küsimuste arutelu:*
 - 1) *Kas KOKi diagnoosiga patsientide vaksineerimine ülemiste hingamisteede nakkushaiguste vastu (pneumokokk, gripp, H.influenzae) vähendab ägenemiste arvu võrreldes mittevaksineerimisega?*
 - 2) *Kas kõigil KOKi kahtlusega patsientidel kasutada spiromeetria fikseeritud suhet FEV1/FVC alla 0,7 vs NAP (normi alumine piir) KOKi diagnoosimiseks?*
 - 3) *Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama mukolüütikume lisaks standardravile vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?*

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Töörühma liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone uuendada.

2. Käsitlusala ülevaatamine

Tatjana Meister informeeris töörühma et 10.09.19 toimunud RJNK koosolekul arutati KOKi ravijuhendi käsitlusala. Enamus nõukoja liikmetest olid käsitlusalaga nõus, kuid Sotsiaalministeeriumi esindaja soovis, et kliiniliste küsimuste sõnastusi peaks ühtlustama. T.Meister arutas käsitlusala koosoleku järgselt SoM esindajaga Skype koosolekul koos Kaja-Triin Laisaarega. Käsitlusala soovitati jagada alateemadeks ning täpsustada tulemusnäitajaid.

Töörühm vaatas taas üle kõik seni koostatud kliinilised küsimused.

Otsustati lisada kliiniline küsimus: „Kas paremaks ravitulemuseks määrata kõikidele KOKi diagnoosiga patsientidele stabiilses faasis SAMA või SABA monoterapiiana vs SAMA+SABA kombinatsiooni?“

Kliinilise küsimuse „Kas kõigile ambulatoorsel ravil KOKi ägenemisega patsientidele määrata antibiootikumravi vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?“, kohta täpsustati et küsimuses peetakse silmas Eestis registreeritud suukaudselt manustatavaid antibiootikume. Tõendusmaterjali hindamisel peab arvestama ainult ambulatoorselt tehtud uuringuid. Juba ettevalmistatud otsinguprotokollis nimetatud antibiootikumidele peab lisama asitromüsiini, dokсотүклиini ja tsefuroksiimi. Otsustati teha otsing nii NICEs kasutatud antibiootikumide loeteluga kui ka töörühma poolt väljapakutud loeteluga.

Plaanis on kutsuda järgmisele koosolekule antud küsimuse arutelule ka SA TÜK infektsioonikontrolli teenistusest Dr. Piret Mitt või Dr. Vivika Adamson.

Otsustati teha uued kliinilised küsimused: „Kas KOKi diagnoosiga patsientidele tuleb teha spiromeetria kord aastas vs tihedamini parema ravitulemuse saavutamiseks?“ ja „Kas kõigil KOKi diagnoosiga patsientidel ravitaktika planeerimisel määrata vs mitte alfa-1-antitrüpsiini tase veres parema ravitulemuse saavutamiseks?“ .

A-1-AT küsimuse juures peab hindama kui sage on A-1-AT puudulikkuse levimus ning ka hetkel kasutatava asendusravi efektiivsust. A-1-AT määramisega võib loota, et KOK diagnoositakse noorematel patsientidel kelledele saab edaspidi pakkuda ravivõimalusena ka kopsude transplantatsiooni võimalust.

kokkuvõtted).

Rain Jõgi rääkis spiromeetria ajaloolisest arengust. Eestis ei ole kinnitatud konkreetseid nõudeid spiromeetria tegemiseks, Euroopa standard kehtib aastast 2005. Hetkel on normi standardiks Global Lung Initiative 2012.a normid, millede tegemiseks on kasutatud suuri patsiendigruppe erinevatest etnilistest gruppidest.

Perearstide jaoks on oluline, et edaspidi oleks ühine andmebaas kuhu salvestada kõigi spiromeetriliste uuringute andmed. Süsteem peaks olema integreeritav ja võimaldama uuringuid dünaamikas jälgida.

Praegu püsiobstruktsiooni diagnoosimiseks kasutatava fikseeritud suhte (post BDT-ne $FEV1/FVC < 0,7$) asemel normi alumise piiri kasutuselevõtuga ei kaasne täiendavaid riske patsiendile, kuid väheneb valepositiivsete KOKi juhtude diagnoosimine.

Edaspidi on oluline informeerida soovitusel eelistada NAPI fikseeritud suhtele püsiobstruktsiooni diagnostikas kõiki kopsuarste, et kõikjal Eestis kasutataks samasid standardeid.

Töörühm koostas järgnevad soovitused:

1. Eelistage püsiobstruktsiooni diagnoosimiseks post-BDT $FEV1/FVC$ normi alumist piiri; Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste
2. Juhul, kui kasutate püsiobstruktsiooni defineerimisel $FEV1/FVC$ fikseeritud suhet, siis kaaluge alternatiivse diagnoosi võimalust üle 50 aastastel patsientidel, kellel on $FEV1/FVC < 0,7$ ning kellel puuduvad KOKile viitavad sümptomid ja alla 45.a patsientidel, kellel on KOKile viitavad sümptomid, kuid $FEV1/FVC > 0,7$. Nõrk positiivne soovitus.
3. Spirograafia normväärtusena eelistage kasutada GLI 2012 norme. Praktiline soovitus.
4. KOKi diagnoosimiseks peab patsiendil olema vähemalt üks KOKile viitav sümptom ja spiromeetrial püsiobstruktsioon. Praktiline soovitus.

Praktilised soovitused spiromeetria tegemise kohta tehakse järgnevatel koosolekutel.

Koolituse nõue personalile spiromeetria tegemiseks lisatakse rakenduskavasse.

3.3. Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama mukolüütikume lisaks standardravile vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

Viktoria Ivanova tutvustas kogutud tõendusmaterjali (vt tõendusmaterjali ja soovitude kokkuvõtet).

Töörühm tegi järgnevad soovitused:

1. Kaaluge mukolüütikumi lisamist ravikseemi KOKi haigele kellel esineb kroonilise bronhiidi sümptomaatika (peab lisama definitsiooni). Nõrk positiivne soovitus
2. Ei ole vaja lisada mukolüütikume rutiinselt KOKi raviskeemi. Nõrk negatiivne soovitus.

Järgmine töörühma koosolek toimub 25.11.19 Tartus.