

## Ravijuhendi

### „Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus esmatasandil“

#### töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 9

10. detsember 2019. a.

Koosolek toimus videokoosolekuna kell 13.00- 17.00

Tartus SA TÜK, Puusepa 8 ja Tallinnas SpringHub OÜ Pärnu mnt 148

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

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

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: Argo Lätt, Angela Eensalu-Lind, Viktoria Ivanova.

Protokollis: Kai Kliiman.

#### **Päevakord:**

1. *Huvide deklaratsioonide uuendamine.*

2. *Kliiniliste küsimuste arutelu:*

1) *Kas kasutada SABA või SAMA monoteeraapia või SABA/SAMA kombinatsiooni KOKi haigetele stabiilses faasis.*

2) *Kas kasutada spiromeetria kord aastas või tihedamini kui kord aastas KOKi diagnoosiga patsientidele.*

3. *Juba koostatud ravijuhendi teksti ülevaatamine.*

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

Töörühma liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone uuendada.

## 2. Kliiniliste küsimuste arutelu:

### 2.1. Kas kasutada SABA või SAMA monoterapia või SABA/SAMA kombinatsiooni KOKi haigetele stabiilses faasis.

Tatjana Meister andis ülevaate kogutud tõendusmaterjalist (vt tõendusmaterjali ja soovitude kokkuvõtted). SABA ja SAMA kasutamise uuringud on tehtud > 20.a tagasi kui pikatoimelised bronhodilataatorid ei olnud veel rutiinselt kasutusel ja uuringutes kasutatud võrdlusrühmad ei ole relevantset. Hetkel on pigem küsimuseks kas SABA või SAMA lisamine pikatoimelisele bronhodilataatorile annab lisaefekti. Igapäevases praktikas on KOKi patsiente, kes kasutavad SABA kui ka patsiente, kes seda üldse lisaks ei vaja/sellest efekti ei tunne. SABA võiks sobida patsiendile, kes tahaks rohkem rohtu võtta kui 1x päevas ja kerge ägenemise korral baasravile lisamiseks.

Töörühm otsustas teha soovitusel:

1. Väldi SAMA regulaarset kasutamist KOKi ravis monoterapiiana sellisel juhul, kui on võimalik kasutada pikatoimelist bronhilõõgastit (nõrk negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste).
2. Eelista SAMA/SABA kombinatsiooni lühitoimeliste bronhilõõgastite monoterapiale (nõrk positiivne).

Tehakse lisaotsing kas SABA lisamine on pikatoimelisele mõistlik (SABA + LAMA/LABA vs LAMA/LABA) ja seejärel otsustatakse, kas teha soovitus SABA lisamise kohta raviskeemi KOKi ägenemise ajal.

### 2.2 Kas kasutada spiromeetria kord aastas või tihedamini kui kord aastas KOKi diagnoosiga patsientidele.

Tatjana Meister andis ülevaate kogutud tõendusmaterjalist (vt tõendusmaterjali ja soovitude kokkuvõtted).

Randomiseeritud uuringuid spirograafia tegemise sageduse kohta ei ole, ravijuhendid soovivad teha SPG KOKi haigetele konsensusliku soovitusena 1x aastas.

Töörühm tegi soovitusel:

1. Stabiilse KOKga patsiendi jälgimine võib toimuda esmatasandil (praktiline soovitus).
2. Perearsti jälgimisel võiksid olla KOKi haiged, kes kuuluvad GOLD ABC gruppi ja kelle FEV1 üle 30% eeldatavast (praktiline soovitus).

3. Ära tee spiromeetiat KOKi ägenemise ajal, kuna selle tulemus ei ole usalduväärne (praktiline soovitus).
4. Tee spiromeetria stabiilse KOKga patsiendile vähemalt kord aastas (tugev soovitus, madal tõendatuse aste).
5. Kaalu spiromeetria tegemist iga poole aasta tagant sagedaste või raskete ägenemistega KOKi haigele ja nendele KOKi haigetele, kelle FEV1 on alla 50 (nõrk soovitus, madal tõendatuse aste)
6. Patsient peab jõudma (muud sõnastused: soovita patsiendile pöörduda/nõusta patsient pöörduma) arsti ambulatoorsele vastuvõtule ühe kuu jooksul peale hospitaliseerimist KOKi ägenemise tõttu (tugev soovitus, madal tõendatuse aste)

Kuna uuringutes on leitud et ägenemise järgselt 1 kuu pärast tehtud arsti visiit vähendab uut ägenemise riski siis peab ravijuhendi rakenduskavasse lisama tegevuse, et ühenduda haigekassaga loomaks edaspidi tehnilist lahendust et terviseinfosüsteemis jõuaks perearstini info tema patsiendi hospitaliseerimisest KOKi ägenemise tõttu et PA saaks patsiendi kutsuda 1 kuu pärast kontrollile.

Sagedaste ägenejate definitsioon tuleb lisada ravijuhendisse.

Ravijuhendisse peab NICE eeskujul tegema joonised/tabelid mida peab PA jälgima KOKi patsiendil 1 x aastas.

### **3. Ravijuhendi sissejuhatuse ja KOKi diagnostika ning juba tehtud soovitude ülevaatmine.**

- KOKi patsiendi taastusravi senise mõiste sõnastust muudeti „individuaalne interdistsiplinaarne programm parandamaks iga patsiendi iseseisvat füüsilist ja sotsiaalsest toimetulekut, mis sisaldab individualiseeritud kehalise koormuse programme koos patsiendikoolitusega“.

- Sümptomite ja riskitegurite kirjeldavast tekstist tehakse praktiline soovitus.

- FEV6 tuleb lisada lühenditesse ja mõistetesse.

- Muudeti 8.soovituse sõnastust „Juhul, kui kasutate püsobstruktsiooni defineerimisel FEV1/FVC fikseeritud suhet, siis kaaluge alternatiivse diagnoosi võimalust üle 60 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  $FEV1/FVC > 0,7$ . „

Teksti tuleb lisada viitena uuring Swanney MP, Ruppel G, Enright PL et al. Using the lower limit of normal for the FEV1/FVC ratio reduces the misclassification of airway obstruction. Thorax. 2008 Dec;63(12):1046-51.

- Spirograafia tegemise nõuete kohta teeb Rain Jõgi Lisa 1.
- Praktilised soovitused tehakse KOKi raskusastme hindamise kohta ja KOKi diagnoosi vormistamise kohta.
- Tatjana Meister küsib GSK luba CAT küsimustiku lisamiseks ravijuhendisse lisana
- GOLD-st võetud Joonist 1 ei muudeta, kuid selle pealkiri peaks olema „KOKi diagnoosimise ja raskusastme määramise algoritm. Obstruktsiooni defineerimiseks soovitab töögrupp kasutada FEV1/FVC <LLN.“
- Joonis 1. tuleb muuta asendades:
  1. „Sümptomite ja ägenemise riski hindamine“ „Sümptomite hindamine ja ägenemise riski hindamine“
  2. „Mõõdukad või rasked ägenemised anamneesis“ „Mõõdukad või rasked ägenemised viimase 12 kuu jooksul“
  3. Ära tuleb jätta nool spiromeetria kinnitatud diagnoosi ja püsiobstruktsiooni raskusastme hindamise vahel ning vahe SPG puudutava osa ja sümptomeid/ägenemisi puudutava osa vahel tuleb teha suuremaks.
- KOKi dif dgn tabelist otsustati ära jätta difuusne panbronhioliit kui harva esinev haigus, võimalusel proovitakse dif dgn tabel teha teistpidi.
- Astma ja KOKi eristamise tabeli juurde peab tekstina lisama et sageli esinevad KOK ja astma koos ning tabel ei ole mõeldud kasutamiseks diagnostilise algoritmina.. Tabelisse tuleb lisada SPG- astma korral FEV1 obstruktsiooni suur variaabelsus jataaspöörduvus.
- Rindkere röntgeniülesvõtte, kliinilise vereanalüüsi ja EKG tegemise kohta KOKi diagnoosimisel tehti praktiline soovitus

Veel arutati A-1-AT määramise kohta tehtud küsimuse eesmärki. Kas A-1-AT peaks määrama kõigil KOKi haigetel, milline on A-1-AT asendusravi efekt? Missugune on A-1-AT puudulikkusega patsientide prognoos võrreldes teiste KOKi haigetega? Eesmärgiks on leida sellised patsiendid õigel ajal suunamaks neid kopsude transplantatsioonile ning pakkuda ka lähisugulastele geneetilist skriiningut.

**Järgmine töörühma koosolek toimub 7.01.2020 vidoekoosolekuna.**