

Ravijuhendi

„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus esmatasandil“

töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 8

25. november 2019. a.

Biomedikumis, Tartus kell 10.30-15.00.

Osaesid tööühma liikmed: Rain Jõgi, Anne Minka, Alan Altraja, Anneli Poola, Aino Orgla, Angela Eensalu-Lind.

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

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: Argo Lätt, Argo Aug, Egle Seppo, Diana Ingerainen.

Ekspertid: Maire Oona, Vivika Adamson.

Protokollis: Kai Kliiman.

Päevakord:

1. *Huvide deklaratsioonide uuendamine.*
2. *Kliiniliste küsimuste arutelu:*

1) Kas KOKi diagnoosiga patsientide vaktsineerimine ülemiste hingamisteede nakkushaiguste vastu (pneumokokk, gripp, H.influenzae) vähendab ägenemiste arvu võrreldes mittevaktsineerimisega?

2) Kas kõigile ambulatoorsel ravil KOKi ägenemisega patsientidele määrata suukaudne antibiootikumravi vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

3) Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama pikatoimelisi metüülksantiine lisaks standardravile vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

4) Kas suitsetavatel KOKi haigetel parandab suitsetamisest loobumine vs mitte ravitulemust?

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Töörühma liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone uuendada.

2. Kliiniliste küsimuste arutelu

2.1. Kas KOKi diagnoosiga patsientide vaksineerimine ülemiste hingamisteede nakkushaiguste vastu (pneumokokk, gripp, H.influenzae) vähendab ägenemiste arvu võrreldes mittevaksineerimisega?

Eelmisel koosolekul töörühma poolt tehtud soovitus oli :“Vaksineeri kõiki KOK-i patsiente pneumokoki vastase 23-valentse polüsahariidvaktsiiniga ägenemise ärahoidmise eesmärgil.“

Töögrupp arutas kas vaksineerima peaks kõiki KOKi haiged või teatud alamgruppe (näiteks FEV1 alusel). Otsustati et kõiki KOKi haigeid tuleb vaksineerida eesmärgiga hoida ära KOKi ägenemisi. Kui võrrelda vaksineerimise maksumust kuludega, mis on seotud KOKi ägenemistega, on vaksineerimine kulutõhus ning tegemist on tugeva soovitusel. Uuringud on küll tehtud 23-valentse polüsahariidvaktsiiniga, kuid kuna parema immuunsuse annab konjugeeritud vaktsiini kasutamine, otsustati soovitusest ära jätta konkreetse soovitatava pneumokokivastase vaktsiini täpsustus.

Töögrupp arutas, kas KOK-i haigete vaksineerimise peaks lisama immuniseerimiskavasse või võiks vaktsiini edaspidi KOKi haigetele välja kirjutada soodusretseptiga. Otsustati et pigem võiks see toimuda soodusretseptiga ning ravijuhendi rakenduskavasse tuleb lisada KOKi patsientidele pneumokoki vaktsiinidele soodustuse taotlemine. Soodustuse taotlemise käigus saab ka otsustada millisele vaktsiinile soodustust soovime.

Soovitust muudeti :“ Vaksineeri kõiki KOKi patsiente pneumokokknakkuse vastu“ (tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste).

Eelmisel koosolekul koostatud soovitus „Vaksineeri kõiki KOKi patsiente hooajalise gripi suhtes ägenemise ärahoidmiseks“ muudeti „Soovitage gripivastast vaksineerimist hooajalise gripi vastu kõigile KOKi patsientidele KOKi ägenemiste ärahoidmise eesmärgil“ (nõrk soovitus, madal tõendatuse aste). Soovituse sõnastust muudeti kuna tõendusmaterjal on nõrk ja uuringutesse oli kaasatud vähe patsiente.

2.2. Kas kõigile ambulatoorsel ravil KOKi ägenemisega patsientidele määrata suukaudne antibiootikumravi vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

Kaarel Kisand andis ülesvaate kogutud tõendusmaterjalist ja ravijuhendite soovitustest.

Haigekassa andmetel on aastatel 2015-2017 perearstide poolt enim KOKi diagnoosiga välja kirjutatud antibiootikumid klaritromütsiin, amoksitsillin/klavulaanhape ja asitromütsiin. Eriarstid on kõige rohkem välja kirjutanud amoksitsillin/klavulaanhapet, asitromütsiini ja klaritromütsiini.

Eesti infeksionistide ravijuhend soovitab hetkel KOKi ägenemise korral raviks amoksitsillini ja klaritromütsiini, kuid lähiajal vaadatakse need soovitused üle.

Vivika Adamson andis ülevaate SA TÜK kopsukliiniku ambulatoorsete patsientide viimase 2 aasta röga analüüside tulemustest. Ainult 18% isoleeritud bakteritest olid gram positiivsed; gram negatiivsetest bakteritest isoleeriti enim E.coli, Klebsiellat, Haemophilust ja Moraxellat. Plaanis on analoogsed andmed koguda ka PERHist, ITKH ja LTKH ning Ida-Viru Keskhaiglast.

Antibakteriaalse ravikuuri pikkuse soovitus võtame NICE GRADE tabelist, kus ei leitud erinevust pika või lühikese ravikuuri kasutamisel. GRADE tabelisse tuleb lisada süstemaatiline ülevaade mille tulemusnäitajaks oli varane kliinilise ravi efekt.

Töörühm tegi järgnevad soovitused:

1. Manusta antibiootikume KOK'i ägenemisega patsientidele, kellel esinevad järgnevad 3 sümptomit: süvenev hingeldus, intensiivistunud röga eritus ja röga mädaseks muutumine **VÕI** 2 sümptomit nendest, millest üks on röga mädaseks muutumine (tugev soovitus, madal tõendatuse aste).
2. Antibiootikumravi vajaduse ilmnemisel vali kas makroliid, TMP/SMX, 2. põlvkonna tsefalosporiin (tsefuroksiimaksetiil). Soovitatav ravikuuri pikkus 5-7 päeva (nõrk soovitus, keskmine tõendatuse aste).

Töörühm kaalus kasu ja kahju, mis kaasneb soovitusega mädase rögaerituse korral antibiootikume määrata ning leidis, et kuna kasud kaaluvad üle võimalikud kahju (patsient saab rohkem kasu antibiootikumi kasutamisest), on tegemist tugeva soovitusega.

Töörühm arutas, et kuna KOKi ägenemise korral on oluline välistada pneumoonia (ravi on

erinev) siis tehti ka praktiline soovitus: „KOKi ägenemise puhul kaalu rindkere röntgeniülesvõtte tegemist pneumoonia välistamiseks“ (praktiline soovitus).

2.3.Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama pikatoimelisi metüülksantiine lisaks standardravile vs mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

Viktoria Ivanova andis ülevaate tõendusmaterjalist ja ravijuhendite soovitustest.

Tehti järgmised soovitused:

1. Võib kaaluda metüülksantiini lisamist raviskeemi KOKi haigele, kelle anamneesis on sagedased ägenemised (vt definitsiooni) ja kellel on juba raviskeemis pikatoimelised bronhilõõgastid ja inhaleeritav glükokortikosteroid (nõrk soovitus, kõrge tõendatuse aste).
2. Teofüllinravil oleval patsiendil on vaja kontrollida ravimikontsentratsiooni seerumis terapeutilise kontsentratsiooni saavutamiseks (10-20 mg/l). Praktiline soovitus.
3. Teofüllinravil olevat patsienti on vaja jälgida võimalike koos- ja kõrvaltoimete suhtes (praktiline soovitus).

1.soovitus on nõrk kuna me ei ole kindlad metüülksantiini toimes kuigi soovitus aluseks olev uuring on kõrge kvaliteediga.

Mõistetesse tuleb lisada sagedane KOKi ägenemine (ägenemised 2x aastas või 1 hospitaliseerimist vajanud ägenemine) ning ravijuhendi teksti loetelu teofüllini kõrvaltoimetest.

2.4.Kas suitsetavatel KOKi haigetel parandab suitsetamisest loobumine vs mitte ravitulemust?

Birgit Vatter andis ülevaate tõendusmaterjalist.

Patsiendi infomaterjali tuleb välja tuua kõik aspektid mis lähevad paremaks kui loobud suitsetamisest. Ka suitsetamisest loobumise interventsioonid võiksid olla edaspidi soodusravimitena, kuid eelnevalt peab hindama kas selleks kasutatavad ravimid on efektiivsed. Suitsetamisest loobumise temaatika saab liita KOKi taastusravi ravijuhendiga.

Tehti soovitus: „Nõusta patsienti loobuma suitsetamisest“ (tugev soovitus, kõrge tõendatuse aste).

3. Järgmised koosolekud toimuvad:

10.12.2019 kell 13.00 video koosolekuna samaaegselt Tartus ja Tallinnas



7.01.2020 kell 13.00

28.01.2020 kell 13.00

Ravijuhendi retsensentideks on Ruth Kalda ja Martti Jaanus

Arutati millised võiksid olla patsientidele suunatud voldikute teemad.

- Võiks olla infovoldik- suitsetamine ja KOK, sinna saab lisada kõik selle mis läheb paremaks suitsetamisest loobumise järgselt.
- KOKi haige raviplaan, lisada juurde kui sageli käija arsti juures.
- Kuidas ära tunda ägenemine, mida teha.

Kõik töörühma liikmed mõtlevad ettepanekuid järgmiseks koosolekuks.

Arutati milliseid algoritme ravijuhendisse teha:

- KOKi ägenemise algoritm kohandada, juurde lisada ka dif dgn
- Patsiendi liikumine tervishoiusüsteemis
- Diagnostiline algoritm