



Ravijuhendi “Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil” töörühma koosolek nr 3

05.05.2020 kell 11:00–15:00

E-koosolek (platvormi Webex kaudu)

Osalesid töörühma juht Kersti Veidrik; töörühma liikmed Helina Survo, Kadi Pähn, Pilleriin Liiva, Airi Toode, Malle Avarsoo, Hendrik Hütt; sekretariaadi juht Gerli Paat-Ahi, TÜ ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Kaja-Triin Laisaar ning Kairit Linnaste.

Ei osalenud töörühma liige Urmas Takker

Koosolekul osales töörühma 8st liikmest 7 – sisuliste otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatas Kaja-Triin Laisaar, protokollis Kairit Linnaste.

Koosoleku päevakord:

1. Huvide deklareerimine

Huvide deklaratsioonide esitamise vajaduse kontrollimine. Võimalikke huvide konflikte juhendi koostajatel tekkinud ei ole.

2. Eesmärk

Selle koosoleku eesmärgiks oli lõpetada kliinilise küsimus nr 1 ja 3 käsitlemine. Lisaks oli sekretariaadi liikmel K. Linnaste’l ette valmistatud materjal kliinilise küsimuse nr 2 kohta. Koosolekul osales ka sekretariaadi juht Gerli Paat-Ahi, kes käsitles patsiendijuhendi materjali, tervishoiukorralduslikke küsimusi jm.

KLIINILINE KÜSIMUS nr 1: Kas astma diagnoosiga patsientidele (sh sõltuvalt astma kontrolli astmest) tuleb määrata hooravile lisaks püsiravi (hooravi või hooravi + püsiravi või hooravi asemel püsiravi)?

KLIINILINE KÜSIMUS nr 2: Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele (sh krooniliste kardiovaskulaarhaigustega ja rasedad) tuleks ravi tiitrimisel (step-up) suurendada ICS annust (monoteraapia) vs ICS (algannusele) LABA lisamine (kombineeritud ravi)?

KLIINILINE KÜSIMUS nr 3: Kas astma diagnoosiga patsientidele, kellel on kaasuv krooniline kardiovaskulaarhaigus, tohib kasutada β -blokaatoreid vs mittekasutamise?

Käesolev protokoll kirjeldab lühidalt koosolekul toimunud arutelu, kuid arutelu kasutatud materjalid ja arutelu tulemused on esitatud vastavates GRADEpro tõendusmaterjali kokkuvõtete ja soovitude koostamise tabelites.

3. Esimesele kliinilisele küsimusele vastamine

Suuremahuline kliiniline küsimus nr 1 jagati tõendusmaterjali sünteesi käigus neljaks alaküsimuseks. Sellel koosolekul võeti ette alaküsimused 3 ja 4, mis käsitlesid teise astme ravimite valikut. Arutelude käigus vaadati üle ka eelmisel korral antud soovitused.

Alaküsimus nr 1: Kas astma diagnoosiga patsientidel kasutada esmase ravina püsiravi vs hooravi? Kõigis teemakohastes teadusuuringutes said uuritavad sekkumisrühmas püsiravi ning kontrollrühmas platseebo-püsiravi. Mõlemas uuringurühmas oli vastavalt vajadusele lubatud hooravi kasutamine.

Teadusliku tõendusmaterjali põhjal ja ka muid GRADE-metoodika korral arvesse võetavaid kriteeriume arvestades (taas)formuleeriti tööühma arutelu tulemusena 9 ravisoovitus:

1. Vahelduva astmaga patsiendil määrake hooraviks inhaleeritava kortikosteroidi väikse annuse ja formoterooli kombinatsioon. (tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste)
2. Püsiva astmaga patsiendil, kellel ei esine obstruktsiooni, alustage astma püsiravi väikses annuses inhaleeritava kortikosteroidiga. (tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste)
3. Püsiva astmaga patsiendil hingamisteede viirusinfektsiooni foonil tekkinud astma ägenemisel võite suurendada ICS annust (väiksest keskmiseni). (praktiline soovitus)
4. Püsiva astmaga patsiendil, kellel esineb obstruktsioon, kaaluge astma ravi alustamist väikses annuses inhaleeritava kortikosteroidi ja formoterooli kombinatsiooniga MART-skeemi kohaselt. (nõrk soovitus, keskmine tõendatuse aste)
MART- maintenance and reliever therapy. Tööühm arutles, kas eesti keeles oleks võimalik teistsugust lühendit kasutada, kuid otsustati jääda üldlevinud ja arstidele juba tuntud lühendi „MART“ kasutamise juurde.
5. Püsiva astmaga patsiendil, kellel esineb obstruktsioon, kaaluge astma püsiravi alustamist väikses annuses inhaleeritava kortikosteroidi ja pikatoimelise β 2-agonisti kombinatsiooniga (nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste)
6. Püsiva astmaga patsiendile, kellel inhaleeritava kortikosteroidi väikse annuse ja pikatoimelise β 2-agonisti kombinatsioon kõrvaltoimete tõttu ei sobi, võite määrata inhaleeritava kortikosteroidi keskmises annuses. (praktiline soovitus)
7. Püsiva astmaga patsiendile, kellel inhaleeritava kortikosteroidi väikse annuse ja β 2-agonisti kombinatsioon kõrvaltoimete tõttu ei sobi, võite määrata inhaleeritava kortikosteroidi väikse annuse ja leukotrieeni retseptori antagonistide kombinatsiooni (nõrk tingimuslik soovitus)
8. Püsiva astmaga patsiendile, kelle püsiravi ei sisalda formoterooli, määrake hooraviks lühitoimeline β 2-agonistid (praktiline soovitus)
9. Püsiva astmaga patsiendile, kellel astma ei ole esmase püsiraviga kontrolli all, suurendada inhaleeritava kortikosteroidi ja pikatoimelise β 2-agonisti kombinatsioonis inhaleeritava kortikosteroidi annust (praktiline soovitus).

Praegusel hetkel tegelevad perearstid ka juba nn keerukamate raviskeemide määramisega ja seepärast soovib tööühm sel korral välja anda ka soovitus, mis sisaldab kolme ravimrühma. Sekretariaat vaatab järgmiseks korraks üle uuringud, mis vaatlevad inhaleeritava kortikosteroidi ja pikatoimelise β 2-agonisti kombinatsiooni võrdlust

inhaleeritava kortikosteroidi, pikatoimelise β 2-agonisti kombinatsiooni ning leukotrieni retseptori antagonistiga (ICS+LABA vs ICS+LABA+LTRA).

4. Kolmandale kliinilisele küsimusele vastamine

2014. a valminud juhendis on kaks sarnase sisuga soovitus β -adrenoblokaatorite mittekasutamise kohta astma diagnoosiga patsientidel, kellel on kaasuv krooniline kardiovaskulaarhaigus:

- tugev negatiivne soovitus nr 30 “Kardiovaskulaarhaiguse ravimisel ärge kasutage astmaga patsientidel mitteselektiivseid β -adrenoblokaatoreid”- soovitus jääb samaks.
- praktiline soovitus nr 32 “Kõrgvererõhktõve ravimiseks ei ole astmaga patsientidel soovitatav kasutada β -adrenoblokaatoreid.” – soovitus sõnastatakse ümber ja viidatakse Eesti kõrgvererõhktõve juhendile. Uus soovitus kõlab nii:

„Kui astma ja kõrgvererõhktõvega patsiendil ei ole muud kaasuvat haigust, mis nõuab beetablokaatorite kasutamist, ärge kõrgvererõhktõve ravis neid kasutage, vaid kaaluge mõnda teise ravimirühma kuuluva ravimi määramist.“

5. Sekretariaadi juhi uuritud teemade arutelu

- Kas juhendisse peaks lisama nt kutseastma või muu tööst tingitud haiguse mõiste, kuna seda teemat ravijuhendis ei käsitleta.

Arutelu tulemus: Eraldi sellesse ravijuhendis ei laskuks, aga peab olema kõigil ühtne ülevaade kuhu kutseastmaga suunata ja mis tingimustel see suunamine käib (sh erinevate osapoolte tegevus, eelkõige töötervishoiuarst, perearst ja pulmonoloog).

- Millised on Eesti Kopsuarstide Seltsi poolt soovitatud spirometria referentsväärtused? Väljend “oluliselt madalam” ei ole piisavalt informatiivne.

Arutelu tulemus: kasutada võiks Kopsuarstide Seltsi poolt kasutatavaid väärtusi, sealjuures on oluline ka erisused välja tuua (mis on kohandatavad Eestile).

- Patsiendijuhendis anda kehalise aktiivsuse ja toitumise kohta ajakohased (nt Eesti toitumis- ja liikumissoovitustele viitavad) võimalikult konkreetset tegevusettepanekud.

Arutelu tulemus: Vaadata üle ka teiste haigustega seotud toitumissoovitused, sh kas teistes ravijuhendites on selle kohta infot.

6. Juhendi edasine kava

Järgmisel töörühma koosolekul (**09.06.2020**) lõpetatakse kliinilise küsimuse nr 1 arutelu (sekretariaat otsib lisainfot). Samuti saadakse vastus kliinilisele küsimusele nr 2.

Sekretariaat tegeleb uueks koosolekuks ka kliinilise küsimuse nr 4-ga: Kas astma diagnoosiga patsientidele, kellel on kaasuv krooniline skeleti-lihassüsteemi haigus, tohib kasutada mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (MSPVA) vs paratsetamool?

Patsiendi infomaterjali ja juhendi rakenduskavaga töötatakse samuti edasi, vajadusel saadetakse koosolekute vahelisel ajal töörühmale elektroonselt lisaülesandeid. Nende teemade lõplik arutelu toimub augusti lõpus- septembri alguses (kuupäev otsustatakse juuni koosolekul).

Materjalid saadetakse töörühmale ette hiljemalt nädal enne koosoleku toimumist.

Protokoll koostatud 18.05.2020