

# Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse uued ravijuhtnöörid

Mõiste „krooniline obstruktiivne kopsuhaigus“ ehk „KOK“ võeti esimest korda kasutusele 1962. aastal, et tähistada „ebaselge etioloogiaga kroonilist hingamisteede obstruktsiooni“ (1). KOKi ühtse definitsioonini jõuti 2001. aastal konsensusdokumendis „Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease“ (GOLD): „KOK on haigus, mida iseloomustab õhuvoolu piiratus, mis ei ole täielikult pöörduv. Õhuvoolu piiratus on progresseeruv ning seotud kopsude haigusliku põletikulise vastusega kahjulikele osakestele ja gaasidele.“

KOKi seni suurimas rahvusvahelises epidemioloogilises uuringus, milles osales ka Eesti, leiti, et hingamisteede püsiostruktsiooni levimus maailmas üle 40aastastel oli meestel 12% ja naistel 9% (2). Eestis oli püsiostruktsiooni levimus väiksem, vastavalt 8% ja 5% ning naistel ei suurendanud suitsetamine hingamisteede püsiostruktsiooni riski (3). Eeltoodud uuringu valguses on Eestis oletatavasti umbes 25 000 KOKi-patsienti. Eesti Haigekassa ametliku statistika järgi oli 2017. aastal KOKi diagnoosiga patsientide umbes 13 000.

Palju on räägitud KOKi aladiagnoosimisest, kuid KOK on sageli ka ülediagnoositud, nii et õigem oleks rõhutada KOKi väärdiagnoosimist. Uuringu BOLD andmetel oli kas KOK, kopsuemfüsem, krooniline bronhiit või astma diagnoositud 25%-l püsiostruktsiooniga uuritavatest, ent 75%-l varasema KOKi-diagnoosiga uuritavatel püsiostruktsiooni ei olnud (4). Seega võivad ametliku statistika arvud olla küll õiged, kuid nende taga ei pruugi olla õige diagnoosiga isikud. Ülediagnoo-

simise peamiseks põhjuseks on KOKi diagnoosimine ilma spirograafilise kinnitusega või spiromeetria tulemuste väär tõlgendus.

Vaatamata sellele, et KOKi on võimalik spiromeetria abil diagnoosida igal ajal, on haiguse õigeaegne diagnoosimine probleemiks kõikjal maailmas. Põhjuseks on haiguse hiiliv kulg ja ühiskonna vähene teadlikkus haigusest, mistõttu ei pöördu õigel ajal oma probleemidega arsti juurde. KOK avaldub enamikul juhtudel pärast 60. eluaastat ning pahatihti on avaldumise hetkeks tegemist juba kaugelearenenud haigusega. Arvestades nii astma kui ka KOKi suurt levimust, on vaja muuta spiromeetria perearstile igapäevaselt kättesaadavaks.

Suitsetamine on üks olulisemaid KOKi tekke ja progresseerumise riskitegureid. Suitsetamisest loobumine on KOKi käsitluses kesksel kohal, olles ainus meede, mis pikendab KOKi-haigete eluiga ja tõmbab pidurit kopsufunktsiooni halvenemisele.

Hea kvaliteediga algupärased uuringud ja suuremahulised süstemaatilised ülevaated kinnitavad taastusravi olulisust ning tõhusust KOKi käsitluses (5). Kuna KOKi puhul on tegemist kroonilise haigusega, mis on seotud nii töövõimele kui ka tegevusvõime vähenemisega, on patsientide füüsilise võimekuse parandamine äärmiselt oluline. Praegu ei ole taastusravi KOKi-haigetele Eestis kättesaadav. Eestis puudub haigekassa teenusekood arenenud riikides standardiks kujunenud 8–12 nädalat vältavaks multidistsiplinaarseks KOKi-taastusraviks ning võimalused jätkata elukohas ambulatoorset taastusravi.

KOKi farmakoteraapias on kesksel kohal inhaleeritavad pikatoimelised bronhilõõgastid. Enamikule sümptomaatilistele KOKi-haigetest on näidustatud kombinatsioonravi pikatoimelise antikolinergilise aine ja pikatoimelise  $\beta_2$ -agonistiga ühes inhalaatoris (6). KOKi ravis on otsustava tähendusega patsiendile sobivaima inhalaatoritüübi valik. Protsess algab pulber- ja aerosoolinhalaatorite vahetegemisest. Mingi inhalaatoritüübi sobivuse üheks põhikriteeriumiks konkreetsele patsiendile on sissehingamise õhuvoolu tippkiirus (PIF), mida on mõõdetud inhalaatoritüübile vastava sisetakistuse juures spetsiaalse mõõteriista abil (7). Need mõõtmised koos inhalaatori praktilise kasutamise selgeksõpetamisega peaksid olema tehtud, enne kui ravim patsiendile välja kirjutatakse.

Uues KOKi ravijuhendis on käsitletud KOKi diagnostikat ja ravi, patsiendi jälgimist ja liikumist tervishoiusüsteemis ning KOKi ägenemise käsitlust. Ravijuhendis on antud loogilised ja tõenduspõhised suunised selle kohta, kellel kahtlustada KOKi, milliseid uuringuid teha diagnoosi kinnitamiseks, millised on KOKi farmakoteraapia ja taastusravi põhimõtted, kuidas käituda KOKi ägenemise korral ning millal on vaja KOKi-patsient kopsuarsti vastuvõtule suunata.

## KIRJANDUS

1. American Thoracic Society. Chronic bronchitis, asthma and pulmonary emphysema: a statement by the Committee on Diagnostic Standards for Nontuberculous Respiratory Diseases. *Am Rev Respir Dis* 1962;85:762–8.
2. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007;370:741–50.
3. Broström E, Jögi R, Gislason T et al. The prevalence of chronic airflow obstruction in three cities in the Nordic-Baltic region. *Respir Med* 2018;143:8–13.

4. Sator L, Horner A, Studnicka A et al. Overdiagnosis of COPD in subjects with unobstructed spirometry: a BOLD analysis. *Chest* 2019;156:277–88.
5. Yang J, Lin R, Xu Z et al. Significance of pulmonary rehabilitation in improving quality of life for subjects with COPD. *Respir Care* 2019;64:99–107.
6. Oba Y, Keeney E, Ghatehorde N, Dias S. Dual combination therapy versus long-acting bronchodilators alone for chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12:CD012620.
7. Mahler DA. Peak inspiratory flow rate as a criterion for dry powder inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14:1103-7.



**Rain Jõgi –**  
Tartu Ülikooli  
Kliinikumi  
kopsukliinik



**Alan Altraja –**  
Tartu Ülikooli  
Kliinikumi  
kopsukliinik,  
TÜ kliinilise  
meditsiini  
instituudi  
kopsukliinik

## Ka kergete ja mõõdukate haigusnähtudega KOKi-haigeid, kel on veres suurenenud eosinofiilide arv, tuleks ravida inhaleeritavate kortikosteroididega

Uuringutega on näidatud, et iga kroonilise obstruktiivse kopsuhäiguse (KOK) ägenemise episoodi järel halvenevad märgatavalt kopsufunktsiooni näitajad, esmaajoonel FEV<sub>1</sub> (esimese sekundi ekspiratoorne maht). See ilmneb juba KOKi kergete vormide korral. Mitmete uuringutega on näidatud, et KOKi-haigetel, kelle veres on eosinofiilide arv suurenenud, esinevad haiguse ägenemise episoodid sagedamini.

Ühendkuningriigi Aberdeeni ülikooli rahvusvahelise uurimiskohaga osavõtul korraldatud uuringu puüti selgitada, kas KOKi

nähtude ägenemise episoodid kiirendavad kopsufunktsiooni halvenemist ka haiguse kergete ja mõõdukate vormide korral ning kas vere eosinofiilide arvu suurenemine on KOKi progresseerumise riskitegur.

Vaatluse all oli 12 178 kergete või mõõdukate haigusnähtudega KOKi-haiget (keskmine vanus 66 aastat, 48% naised), kel eosinofiilide arv veres oli 350 rakku mikrolitris või enam. Neist 8981 patsiendile määrati lisaks teistele ravimitele inhaleeritavad kortikosteroidid, 3197 patsienti neid ravimeid ei kasutanud. Patsiente jälgiti keskmiselt 4 aastat, FEV<sub>1</sub>-t hinnati uuringusse kaasamisega ja keskmiselt veel 6 korral jälgimisperioodi vältel. Ilmnes, et patsientidel, keda ei ravitud inhaleeritavate kortikosteroididega, vähenes FEV<sub>1</sub> iga ägenemise järel, keskmiselt 19,4 ml võrra aastas. Seevastu patsien-

tidel, kes said raviks inhaleeritavaid kortikosteroidide, vähenes FEV<sub>1</sub> keskmiselt 4,3 ml võrra aastas.

Autorid hindavad, et kirjeldatud uuringu tulemused kinnitavad hüpoteesi, mille kohaselt eosinofiilne põletik hingamisteedes KOKi korral halvendab kiiresti kopsufunktsiooni ning ravi inhaleeritavate kortikosteroididega pidurdab kopsukahjustuse arengut. Autorid soovivad kõigile üle 35 aasta vanustele isikutele, kel on kahtlus KOKi suhtes, teha vereanalüüs ja neil, kel ilmneb eosinofiilia, teha kopsufunktsiooni uuringud ning kaaluda ravi alustamist inhaleeritavate kortikosteroididega.

### REFEREERITUD

Kerkhof M, Voorham J, Dorinsky P, et al. Association between COPD exacerbations and lung function decline during maintenance therapy. *Thorax* 2020;75:744–53.

## LÜHIDALT