

HIV-testimine

Kristi Rüütel – Tervise Arengu Instituut

Võtmesõnad: HIV-testimise juhised, universaalne testimine, riskirühmad, kiirtestimine

Varane HIV-nakkuse diagnoosimine on oluline nii HIV-nakkuse ravi kui ka ennetamise seisukohalt. Euroopa Liidu riikides ei ole hinnanguliselt oma seisundist teadlik 15–50% HIV-nakatunute ning seetõttu kuulub HIV-testimine ja nõustamine ning oma staatusest teadlike osakaalu suurendamine Euroopa Liidu HIV-ennetuse prioriteetide hulka. Eestis on aasta-aastalt suurenenud inimeste hulk, keda uuritakse HIV-nakkuse suhtes. Samas ei ole näiteks meie suurimas riskirühmas – süstivate narkomaanide seas – ligi kolmandik nakatunute oma nakkusest teadlik. Laiaulatuslikku HIV-nakkuse levikut Eestis arvestades peab HIV-testimine ka meil olema oluliseks osaks HIV-ennetamise strateegiast.

Mõned aastad tagasi USA haiguste kontrolli ja tõrje keskuses (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC) välja antud uusi HIV-nakkuse uuringute ehk HIV-testimise juhiseid peetakse üheks oluliseks sammuks HIV-paradigma lõpliku muutuse suunas. Seda paradigmat on pikka aega iseloomustanud erinev rahvatervise poliitika AIDSi-valdkonnas, võrreldes teiste nakkushaiguste ning seksuaalsel teel levivate infektsioonidega (1).

Kõigel on oma ajaloolised põhjused. Aastast 1985, kui esimesed HIV-vastaste antikehade määramise meetodid laiemalt kasutusele võeti, hoiatasid paljud AIDSi-valdkonna aktivistid HIV-testimise võimalike negatiivsete tagajärgede eest. Seda põhjustasid kartus stigmatiseerimise ja diskrimineerimise ning tõsiste psühholoogiliste probleemide ees, mis kaasuvad haigusega, mille ravi ei olnud olemas; samuti skeptilisus HIV-staatuse teadasaamise ning riskikäitumise muutmise seoste suhtes. Efektiiivse kombineeritud antiretroviirusravi (ARV-ravi) kättesaadavusega 1990ndate keskpaigast on HIV-testimine rahvatervisespetsialistide vaatenurgast olnud vastuvaieldamatult oluliseks osaks HIV-nakkuse ennetamisel. Traditsiooniliselt on HIV-testimise puhul peetud oluliseks patsiendi spetsiifilise informeeritud nõusoleku tagamist ning testieelset ja -järgset nõustamist, mis sisaldab lisaks testimise protseduuri kirjeldamisele ka HIV-nakkuse olemuse, levikuteede ning nakatumisest hoidumise infot.

VARANE DIAGNOOSIMINE

Varane HIV-nakkuse diagnoosimine on oluline nii HIV-nakkuse ravi kui ka ennetamise seisukohalt. Teadlikkus oma HIV-staatusest koos asjakohase nõustamisega aitab muuta käitumist ning seeläbi vähendada nakkuse edasiandmise riski. Teadlaste hinnangul on 54% uutest HIV-juhtudest USA-s edasi andnud inimesed, kes ei ole oma staatusest teadlikud (neid on hinnanguliselt 25%) (2). Nakatumisest teadasaamine võimaldab teavitada partnereid (nii seksuaal- kui ka süs-

timispartnereid), olles seetõttu oluliseks vahendiks HIV-leviku ennetamisel. Õigel ajal alustatud ARV-ravi ning oportunistlike infektsioonide profülaktika parandab HIV-ga inimeste elukvaliteeti ning vähendab suremust. HIVga naiste puhul annab varajane diagnoosimine võimaluse ennetada HIV-nakkuse levikut emalt lapsele.

Kõigist positiivsetest aspektidest hoolimata on hiline diagnoosimine probleemiks ka arenenud riikides. Näiteks on USA-s 40% AIDSi haigestunudest saanud oma HIV-nakkuse diagnoosi vähem kui aasta enne AIDSi-diagnoosi (3). Suurbritannias oli sama osakaal 2005. aastal 34% ning HIV-diagnoosimise hetkel oli 11% juhtudest juba AIDSi faasis (4). Merimetsa nakkuskeskuse andmetel olid Eestis 2001.–2007. aastal 43% AIDSi-diagnoosidest hilised diagnoosid (5).

Samas ei ole üksnes testimine võlukepike üldise olukorra lahendamiseks ning teadlikkus oma staatusest ei ole ainus tegur ja motivatsiooniallikas käitumise muutmiseks. Eesti süstivate narkomaanide (SN) seas korraldatud uuringus selgus, et need HIV-nakatanud, kes olid oma staatusest teadlikud, käitusid oluliselt riskeerivamalt (jagasi suurema tõenäosusega süstimisvarustust ja seda ka oma seksuaalpartneritega) kui need, kes ei olnud oma nakatumisest teadlikud (6). Seetõttu on käitumise muutmisele suunatud nõustamine ja toetus üliolulised.

JUHISED HIV-TESTIMISEKS

MAAILMA TERVISEORGANISATSIOON

Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organization*, WHO) lähtub oma HIV-testimise soovitus-tervishoiuasutustele epideemia olukorrast (7). Juhised madala ning kontsentreeritud HIV-epideemiga piirkondade jaoks ei soovita HIV-testimist kõigile tervishoiuasutuste patsientidele, kuna enamiku inimeste risk HIV-sse nakatuda on väike. Tähelepanu soovitatakse pöörata ning HIV-testimist pakkuda eelkõige riskeerivalt käituvatele inimestele ning kõigile lastele, noortele ja täiskasvanutele, kelle

esinevad sümptomid, mis võivad kaasneda HIV-nakkuse erinevate faasidega.

USA

USA-s hinnatakse, et 25% HIV-nakatun-dest ei ole oma nakatumisest teadlikud (3). CDC HIV-testimise juhised soovivad rutiinset HIV-testimist kõigi tervishoiuasutuste patsientidele ja seda nn vaikimisi-testimise põhimõttel (*opt-out screening*), mille puhul piisab patsiendi üldisest teavitamisest ning vajalik ei ole eraldi kirjaliku informeeritud nõusoleku võtmine ega pikk ja põhjalik testi-eelne nõustamine. Suuremat rõhku soovitatakse panna testi-järgsele nõustamisele, lähtudes patsiendi staatusest ja riskidest. Suure HIV-riskiga patsientidele soovitatakse HIV-testimist vähemalt kord aastas (8).

EUROOPA

Euroopa Liidu (EL) riikides ei ole hinnanguliselt oma seisundist teadlik 15–50% HIV-nakatunustest ning seetõttu kuulub HIV-testimine ja nõustamine ning oma staatusest teadlike osakaalu suurendamine ELi HIV-ennetuse prioriteetide hulka (9). ELi riikide jaoks ei ole välja töötatud ühtseid HIV-testimise juhiseid; osas riikides on riiklikul tasandil kinnitatud suunised, osa riike piirduv erialaselt juhustega. Näitena võiks tuua Suurbritannia, kus 2008. aastal anti välja HIV-testimise juhised (10). Britid soovivad universaalset HIV-testimist kõigile

- patsientidele, kes pöörduvad veneroloogi vastuvõtule (kellel diagnoositakse mõni seksuaalsel teel leviv infektsioon);
- naistele, kes end rasedusega arvele võtavad (ka neile, kes otsustavad raseduse katkestada);
- narkomaania ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammide patsientidele;
- inimestele, kes põevad tuberkuloosi, B- või C-hepatiiti või lümfoome.

Lisaks soovitatakse pakkuda rutiinset HIV-testimist kõigile

- inimestele, kes on süstinud / süstivad narkootikumide;

- meestega seksivatele meestele (MSM);
- naistele, kes on olnud seksuaalvahekorras mehega, kes omakorda on olnud seksuaalvahekorras meestega;
- inimestele, kes on pärit riikidest, kus HIV-levimus on suurem kui 1%, ning
- inimestele, kes on olnud vahekorras inimesega, kes on pärit riigist, kus HIV-levimus on suurem kui 1%.

Väga oluliseks peetakse primaarse HIV-infektsiooni võimaluse arvestamist (ligi 80%-l nakatunutest ilmneb 2–4 nädala jooksul palavik, peavalu, lihasevalud, neelupõletik, makulopapuloosne lööve) ning kõigile selliste kaebustega patsientidele HIV-testimise pakumist. Kõigile patsientidele hoolimata riskikäitumisest ja kaebustest soovitatatakse HIV-testimist üksnes nendes piirkondades, kus HIV-levimus rahvastikus on suurem kui 2/1000 (0,2%). Ka britid ei soovita enam põhjalikku testi-eeset nõustamist, välja arvatud juhul, kui patsient seda vajab või soovib. Testi eel peetakse kõige olulisemaks teadliku nõusoleku saamist.

EESTI

Eestis oli 2008. aasta lõpuks ametlikult registreeritud 6909 HIV-nakatunut (11). Valdav osa HIV-juhte on registreeritud Ida-Virumaal ja Tallinnas. Hinnanguliselt on HIV-levimus elanikkonna seas Tallinnas 0,6%, Ida-Virumaal 2%, mujal Eestis alla 0,1% (12, 13). Uuringud riskirühmade seas näitavad, et suur osa nakatunutest ei ole oma staatusest teadlikud. SNide seas 2007. aastal korraldatud uurimuses selgus, et HIV-positiivseks osutunutest olid Tallinnas 62,5% ning Kohtla-Järvel 62,3% oma nakatumisest teadlikud (14).

Aasta-aastalt on Eestis suurenenud inimeste hulk, keda uuritakse HIV-nakkuse suhtes (näiteks 2007. aastal tehti üle 184 000 HIV-uuringu). Suurima rühma moodustavad veredoonorid (ligi kolmandik uuritustest). Erialaselt soovivad HIV-testimist end rasedusega arvele võtvatele naistele, tuberkuloosi ning seksuaalsel teel levivaid infektsioone põdevatele inimestele ning riskirühmadele (SN, MSM jt). Justiitsministri

määruse alusel pakutakse HIV-testimist kõigile kinnipeetavatele. Lisaks uuritakse järjest enam inimesi ka kliinilistel ning profülaktilistel näidustustel (ligi kolmandik uuritustest 2007. aastal). AIDSi nõustamiskabinette külastab aastas üle 6000 inimese ning nendes on aastate jooksul avastatud ligi kolmandik kõigist uutest HIV-juhtudest (12).

MILLINE HIV-TESTIMISE STRATEEGIA VALIDA?

HIV-testimise suuniste koostamisel on näitajad, millega arvestada, epidemioloogiline olukord, tervishoiusüsteemi võimalused, kaasuvad kulud ja kulutõhusus. 2008. aasta lõpus tekitas diskussiooni Lancetis ilmunud artikkel universaalse HIV-testimise võimalikust tõhususest (15). Autorid modelleerisid universaalset HIV-testimist ning kohest ARV-ravi pakumist generaliseerunud HIV-epideemia kontekstis ning järeldasid, et selline strateegia võiks oluliselt mõjutada generaliseerunud HIV-epideemia kulgu. Uuringuid, mis kinnitaksid universaalse testimise kulutõhusust madala või keskmise HIV-levimusega piirkondades, on vähe. USA teadlased (3) on leidnud, et nende riigis on universaalne testimine kulutõhus, samas aga ulatuvad USAs ühe uue HIV-nakatunu avastamisega seotud kulud 20 000 dollarini. Teaduskirjanduses ning praktikas jätkub diskussioon, kas on olulisem testimise üldine laiendamine või jõupingutused suurema riskiga rühmadele jõudmiseks.

RISKIRÜHMAD

Suure HIV-nakkuse riskiga ja levimusega rahvastikurühmade (näiteks SNid) seas võib varajane diagnoosimine olla raskendatud erinevatel põhjustel. Inimesed ei pruugi piisavalt teadvustada riske ning seetõttu ka testimise vajadust. Patsiendi vaatevinklist võib problemaatiline olla ka testimisvõimaluste kättesaadavus.

Testimisvõimaluste suurendamiseks suure riskiga rahvastikurühmades on paljudes riikides rakendatud uusi mudeleid, pakkudes testimist väljaspool tavapärasest tervishoiusüsteemi, kohtades ja asutustes, kus inimesed käivad

suhtlemas omasugustega, saamas sotsiaalhoolekande teenuseid jne. CDC korraldas aastatel 2004–2006 USA eri piirkondades laiaulatuslikke HIV-testimise programme, pakkudes testimist varjupaikades, klubides, baarides, päevakeskustes, parkides, süstlavahetuspunktides (SVP) ja paljudes teistes kogukonna organisatsioonides ning asutustes. Sellisel viisil testiti ligi 24 000 inimest, kellest paljud olid MSMid, SNid, prostitutsiooni kaasatud, endised kinnipeetavad, kodutud (16). Uuringu tulemuste alusel soovib CDC pakkuda kogukonnapõhist HIV-testimist lisaks klassikalistele tervishoiusüsteemi võimalustele.

Ka Eestis on riikliku HIV ennetamise strateegia raames AIDSi anonüümsed kabinetid käinud HIV-testimist pakkumas nii riskirühmade kui ka üldelanikkonnaga tegelevates erinevates asutustes (näiteks SVPdes, hooldekodudes, kutsekoolides). HIV-testimise pakkumiseks kogukonna organisatsioonides korraldati 2008. aasta kevadel prooviuring, mille käigus pakuti HIV-kiirtestimist Tallinna ühes SVPs ning kolmes gay-orientatsiooniga klubis (17). Osalemise määr oli SVPs 97,6% (200 osalejat) ning klubides 73,7% (126 osalejat). 30% klubides ning 49% SVPs osalenutest eelistas kiirtesti. Tavapärase vereanalüüsi andmist eelistas viiendik nii SVPs kui ka klubides osalenutest. Põhjused HIV-kiirtestimise eelistamiseks olid ootuspärased: selle vähene invasiivsus ning kohene vastuse teadasaamine. Vereanalüüsi eelistajad pidasid selle tulemust usaldusväärsemaks kui kiirtesti oma.

KIIRTESTIMINE

Mujal maailmas laialt kasutusel olevad nn HIV-kiirtestid, mille puhul negatiivne vastus on võimalik patsiendile teada anda 15–20 minutiga, on Eestis seni suhteliselt vähe kasutatust leidnud. Kiirtestide sensitiivsus ja spetsiifilisus jääb vahemikku 99–100%. Kuna sensitiivsus on võrdne klassikalise ELISA-meetodi omaga, ei ole negatiivse vastuse korral vaja tulemust kordusanalüüsiga kontrollida. Ka kiirtesti positiivne ning selgusetu vastus antakse kohe patsiendile teada, kuid tulemust kontrollitakse kindlasti vähemalt ühe kordusanalüüsiga. Kohene tulemusest teavitamine vähendab nende hulka, kes ei ole oma staatusest teadlikud (vajadus vastuse järele tulla mõne päeva pärast tekitab paratamatult olukorra, kus kõik inimesed ei pöördu tagasi, nende seas ka nakatanud) ning annab võimaluse oma käitumist kohe muuta (8, 10, 18).

KOKKUVÕTE

„Testida või mitte testida?“ ei ole laiaulatuslikku HIV-nakkuse levikut Eestis arvestades küsimuseks. HIV-testimine on ka meil oluliseks osaks HIV-ennetamise strateegiast. Ühest küljest on oluline tõhustada riskirühmadele suunatud meetmeid ning teistest küljest laiendada HIV-testimise pakkumist ka üldises tervishoiusüsteemis, pöörates eelkõige tähelepanu riskeerivalt käituvatele või HIV-nakkusele viitavate sümptomitega patsientidele.

krsti.ruutel@tai.ee

KIRJANDUS

1. Bayer R, Fairchild AL. Changing the paradigm for HIV testing – the end of exceptionalism. *NEJM* 2006;355:647–9.
2. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20(10):1447–50.
3. Koo DJ, Begier EM, Henn MH, et al. HIV counselling and testing: less targeting, more testing. *Am J Public Health* 2006;96(6):962–4.
4. The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. A complex picture. HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: 2006. London: Health Protection Agency, Centre for Infections; 2006.
5. Zilmer K. Lääne-Tallinna Keskhaigla nakkuskeskuse 2001.–2007. a andmed HIV/AIDSi Epidemioloogilise Jälgimise Euroopa Keskusele (European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS (EuroHIV); www.eurohiv.org).
6. Abel-Ollo K, Uusküla A, Rahu M, et al. Knowledge of HIV serostatus and risk behaviour among injecting drug users in Estonia. *AIDS Care* 2009. (accepted)
7. WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/>
8. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*

- Recomm Rep2006;55(RR-14):1–17. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/guideline.htm>
9. EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006. European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS: Institut de Veille Sanitaire, 2007, No. 75. http://www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf
 10. British HIV Association. UK national guidelines for HIV testing 2008. <http://www.bhiva.org/files/file1031097.pdf>
 11. Tervisekaitseinspeksioon. 2008.aastalEestisdiagnoositud HIV-positiivsed. <http://www.tervisekaitse.ee/documents/nakkushaigused/statistika/2008/hivstatistika2008.pdf>
 12. Lääne-Tallinna Keskhaigla. HIV-nakkuse Referents-laboratoorium. HIV nakkus Eestis aastatel 1987–2007. HIV infitseeritud riskigrupi alusel 1987–2007. <http://www.ltkh.ee/?id=1070>
 13. Eesti Statistika. Rahvastikunäitajad ja koosseis. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=RV022&ti=RAHVASTIK+SOO%2C+VANUSER%DCHMA+JA+MAAKONNA+J%C4RGI%2C+1%2E+JAANUA>
R&path=../Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ ja_koosseis/04Rahvaarv_ ja_rahvastiku_koosseis/ &lang=2
 14. Lõhmus L, Rüütel K, Abel-Ollo K jt. HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel. Uurimusraport. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
 15. Granich RM, Gilks CM, Dye C, et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009;373:48–57.
 16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rapid HIV testing in outreach and other community settings – United States, 2004–2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56(47):1233–7.
 17. Rüütel K, Parker RD. HIV-kiirtestimise piloteerimine. Uurimusraport. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
 18. Spielberg F, Kassler WJ. Rapid testing for HIV antibody: a technology whose time has come. *Ann Intern Med* 1996;6(125):509–11.

SUMMARY

HIV testing

Early HIV diagnosis is important both for prevention of further transmission and for treatment outcomes. An estimated 15–50% of people living with HIV in the European Union are unaware of their infection, and therefore do not benefit from early treatment and may transmit HIV to others unknowingly. Among the priorities for HIV prevention in the European Union are increasing application of HIV testing

and counselling as well as decreasing of the proportion of the undiagnosed. The number of people tested for HIV has increased in recent years in Estonia. Yet the proportion of those unaware of their status, e.g. among the main risk group – injecting drug users – is almost one third. Considering the high prevalence of HIV infection in Estonia, HIV testing should form an important part of our HIV prevention strategy.