

Krooniliste maksahaiguste ravi võimalikkusest

Reina Salupere – TÜ sisekliinik, TÜ Kliinikumi sisekliinik

Kroonilised maksahaigused, hepatiit ja maksatsirroos, on sagedased ja olulised haigused. Kroonilisi maksahaigusi võib jaotada mitmeti, näiteks hinnates histoloogilisi muutusi maksakoes ehk põletikulist aktiivsust või fibroosi olemasolu (1). Olulisemaks on aga etioloogia ehk maksakahjustuse tekkepõhjus, sest sellest tulenevad ka ravisoovitused. Sagedasemad kroonilised maksahaigused on maksa alkoholtõbi ja krooniline viirushepatiit, mis moodustavad 70–80% kõigist kroonilistest maksahaigustest. Kuni 80% kroonilise viirushepatiidi juhtudest on põhjustanud C-hepatiidi viirus. Harvemad on primaarne biliaarsirroos (kuni 2% kõigist maksahaigustest), autoimmuunhepatiit (1–2%), primaarne skleroseeriv kolangiit ja ka maksa pärilikud ainevahetushaigused.

Maksa alkoholtõve tekkes ei ole teada alkoholi ohutut kogust ning kahjustuse teke ei sõltu alkoholi liigist. Ravisoovitus on lihtne: lõplikult ja kohe alkoholist loobuda. Ägeda alkoholhepatiidi puhul võib lühiajaliselt kasutada ka glükokortikosteroide.

Krooniline B-hepatiit tekib ligikaudu 10%-l täiskasvanuist, kes on ägeda B-hepatiidi läbi põdenud. Viirust mõjustava ravi alustamise aluseks on B-hepatiidi viiruse olemasolu ja transaminaaside aktiivsuse kasv. Ravi eesmärgiks on B-hepatiidi viiruse replikatsiooni pidurdamine ja sellega maksahaiguse progresseerumise vältimine. Ravimeist kasutatakse kas alfa-interferooni või lamivudiini, mis mõlemad on efektiivsed nii biokeemilise kui virooloogilise remissiooni saavutamisel (2).

Ägeda C-hepatiidi haigeist tervistub kuni 20%, ülejäänuil tekib krooniline C-hepatiit. Ravi alustamiseks on vajalik tõestada C-hepatiidi viiruse olemasolu ja transaminaaside aktiivsuse kasv. Kroonilise C-hepatiidi ravi eesmärgiks on haiguse progresseerumise vältimine. Kõigil kroonilise

C-hepatiidi haigeil ei ole viirusevastane ravi näidustatud. Nii näiteks võib kuni 25%-l haigeist transaminaaside väärtus olla püsivalt normis ja need haiged viirust mõjustavat ravi ei vaja. Haigeil, kel krooniline C-hepatiit on progresseerunud maksatsirroosiks, ravitakse maksatsirroosi tüsistusi ja viirust ei mõjustata. Kroonilise C-hepatiidi puhul kasutatakse alfa-interferooni ja ribaviiriini kombinatsioonravi (3). Ravi kestus sõltub viiruse genotüübist: 1. genotüübi puhul kestab ravi kuni 48 nädalat, viiruse teiste genotüüpide puhul kuni 24 nädalat. Eestis domineerib C-hepatiidi viiruse 1. genotüüp, uuringuis on leitud seda kuni 64%-l kõigist haigeist (4). Kroonilise C-hepatiidi korral on sageli raua ja ferritiini sisaldus ning transferrini rauaküllastusaste suurenenud. Sellisel juhul on aadrilaskmine soovitatav ning raua vähenemisega kahaneb nii transaminaaside aktiivsus kui paraneb edasine allumine alfa-interferooni ja ribaviiriini ravile.

Primaarse biliaarsirroosi ravis on haiguskulgu pikendava efektiga end tõestanud ursodeoksükoolhape. Ursodeoksükoolhape aeglustab primaarse biliaarsirroosi haigel tsirroosistaadiumi teket ja vähendab nahasügelust. Intensiivse nahasügeluse korral võib soovitada ka kolestüramiini. Ebapiisavalt on andmeid glükokortikosteroidide ja asatiopriini kasutamisedu kohta primaarse biliaarsirroosi haigeil (5).

Autoimmuunhepatiidi puhul soovitatakse eelistada glükokortikosteroidi ja asatiopriini kombinatsioonravi. Juhul kui asatiopriin on vastunäidustatud, kasutatakse glükokortikosteroidi suuremas annuses ja siis peab ka arvestama nende võimalike kõrvaltoimetega (6).

Primaarne skleroseeriv kolangiit kaasub tavaliselt kas haavandilise koliidi või Crohni tõvele. Haiguskulg ning see, kas peamiseks on intra-

hepaatilise või ekstrahepaatilise kolestaasi sündroom, erineb haigeti. Kahjuks ei ole ühegi ravimiga haiguskulu mõjustamist tõestada suudetud. Seega on primaarse skleroseeriva kolangiidi ravis peamiseks kolestaasi komplikatsioonide vältimine, nahasügeluse korral võib kasutada ursodeoksükoolhapet ja kolestüramiini, vajadusel kasutatakse sapiteede endoskoopilisi raviprotseduure.

Maksa pärilikest ainevahetushaigutest on sagedasem raualadestushaigus ehk pärilik hemokromatoos. Päriliku hemokromatoosi ravis on end õigustanud ajalooline ravimeetod – aadrilaskmine. Regulaarsed aadrilaskmised kord nädalas, lähtudes ferritiini tasemest ja transferrini rauaküllastusastmest, samuti vähese raua- ja C-vitamiini sisaldusega dieet võimaldavad vältida maksatsirroosi teket (7). Wilsoni tõbi on pärilik vaseladestushaigus, mille ravis kasutatakse lisaks vasevaesele dieedile d-penitsillamiini. Wilsoni tõve fulminantse kulu puhul on maksasiirdamine ainuke ravivõimalus.

Paljud kroonilise maksahaiguse haiged kasutavad ka oletatavat antifibrootilist toimet omavaid taimseid aineid, millest levinuim on harilikku maarjaohaka (*Silybum marianum*) ekstrakt. Olenemata kroonilise hepatiidi või maksatsirroosi tekkepõhjusest, soovitatakse kõigil haigeil lõplikult ja kohe alkoholist loobuda, sest mitme kahjustava teguri koosinemine kiirendab maksatsirroosi ja tüsistuste teket.

Maksakahjustuse põhjust mõjustav ravi on otstarbekas kroonilise hepatiidi staadiumis. Kui on tekkinud maksatsirroos, siis lähtutakse ravis olemasolevaist või võimalikest maksatsirroosi tüsistustest. Söögitoru veenilaiendite verejooksu ennetamiseks kasutatakse beeta-adrenoblokaatoreid, verejooksu ravitakse endoskoopiliselt või kirurgiliselt, kasutades lüandioperatsioone. Astsiidi esinemisel kasutatakse diureetikume või vajadusel paratsenteesi. Antibiootikume kasutatakse, kui astsiidiga kaasneb spontaanne bakteriaalne peritoniit. Portosüsteemset entsefalopaatiat püütakse ennetada või ravida valguvaese dieedi, laktuloosi ja antibiootikumidega. Maksatsirroosi haigel võib maksasiirdamine osutada ainukeseks ravivõimaluseks.

Parim ravi oleks kroonilise maksahaiguse tekke vältimine. Tõestatud on see ainult kahel juhul: vaksineerimine väldib kroonilise B-hepatiidi tekke ning alkoholist loobumine väldib kroonilise alkoholhepatiidi ja alkoholtsirroosi tekke. Samuti on õigeaegse diagnoosi ja aadrilaskmistega võimalik päriliku hemokromatoosi haigel maksatsirroosi teket ennetada. Kroonilise B-hepatiidi ja kroonilise C-hepatiidi puhul on efektiivne ravi juba teada: viirusevastase ravi eesmärgiks on hepatiidi progresseerumise vältimine ja osal haigeist on ravitulemus väga hea. Aga näiteks primaarse biliaartsirroosi ja autoimmuunhepatiidi haigeil suudetakse raviga ainult haiguse kulgu ja tsirroosistaadiumi teket aeglustada.

riina.salupere@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Desmet VJ, Gerber M, Hoofnagle JH, Manns M, Scheuer PJ. Classification of chronic hepatitis: diagnosis, grading, and staging. *Hepatology* 1994;19:1513–20.
2. Lok ASF, McMahon BJ. AASLD practice guideline: chronic hepatitis B. *Hepatology* 2001;34:1225–41.
3. Salupere R, Margus B, Prükk T, Ott K. Kroonilise C-hepatiidi ravijuhend. *Eesti Arst* 2002;81:237–40.
4. Zusinaite E, Krispin T, Raukas E, Kiiver K, Salupere R, Ott K, et al. Hepatitis C virus genotypes in Estonia. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand* 2000;108:739–46.
5. Heathcote EJ. AASLD practice guideline: management of primary biliary cirrhosis. *Hepatology* 2000;31:1005–13.
6. Czaja AJ, Freese DK. AASLD practice guideline: diagnosis and treatment of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2002;36:479–97.
7. Tavill AS. AASLD practice guideline: diagnosis and management of hemochromatosis. *Hepatology* 2001;33:1321–8.