

Valmis kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi käsitlemise ravijuhend

Madis Filippov



Manfrid Danilovitš



Kai Kliiman

Äsja valminud kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi käsitlemise ravijuhend ei ole mitte ravikeskne, vaid põhitähelepanu on diagnostikal, profülaktikal, ravikorraldusel ja haige jälgimisel.

Mais kiideti heaks „Kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi käsitlemise“ ravijuhend, mis on mõeldud kasutamiseks nii esmatasandi arstidele kui ka kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi diagnostika ning raviga tegelevatele eriarstidele ja teistele tervishoiutöötajatele.

„Ravijuhend ei ole ravikeskne, vaid põhitähelepanu on tuberkuloosi diagnostikal, profülaktikal, ravikorraldusel ja haige jälgimisel,“ tutvustas juhendi koostanud tööjuhataja, Tartu Ülikooli Kliinikumi kopsukliiniku arst-konsultant Manfrid Danilovitš. „Konkreetsete raviprobleemidega tegeleb peamiselt kopsuarst ning ravijuhendis pole neid küsimusi otstarbekas käsitleda.“

Danilovitš ja sekretariaadi juht, Tartu Ülikooli kliinikumi kopsukliiniku vanemarst-õppejõud Kai Kliiman selgitasid, et tuberkuloosi haigestumine on viimase 15 aasta jooksul Eestis oluliselt vähenenud. Näiteks 800 haigusjuhult 2001. aastal 192 juhuni 2016. aastal. Seetõttu puutub arstikond haigusega järjest harvem kokku, haiguse sümptomeid ei tunta alati ära ja diagnoos võib hilineda. Eestikeelne ravijuhend on siin kindlasti abiks. Samas on Eestis tuberkuloosi haigestumus 100 000 inimese kohta veel 2–3 juhtumi võrra suurem kui Põhjamaades.

Eelmine tuberkuloosi ravijuhend pärineb aastast 2005 ning vahepeal on lisandunud uusi diagnostilisi laboratoorseid meetodeid (molekulaarsed kiiruuringud). Seetõttu oli vaja ühtseid soovitusi uute meetodite kasutamiseks. Nüüdisaegsete meetodite kasutamine võimaldab tuberkuloosi diagnoosi kiiremini kinnitada ja ravi kiiremini alustada.

Ravijuhendi eesmärk on juhtida ka tähelepanu kopsuvälisele tuberkuloosile, kuna võrreldes Lääne-Euroopa riikidega

on kopsuvälise tuberkuloosi osakaal Eestis oluliselt väiksem. Seega võib arvata, et osa kopsuvälise tuberkuloosi haigusjuhte jääb Eestis diagnoosimata. Danilovitši sõnul on oluline rõhutada kopsuvälise tuberkuloosi korral bioloogilise materjali mükobakterioloogilisele uuringule saatmise tähtsust, kuna üksnes nii on võimalik koostada raviskeem, lähtudes haigustekitaja ravimitundlikkusest. Ravijuhendi koostamise aluseks olid lisaks Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) juhenditele ka Ühendkuningriigi (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*), Kanada, Hispaania ja Malaisia ravijuhendid. Danilovitš peab oluliseks meie vajadustele vastava ravijuhendi olemasolu, sest WHO või teiste riikide ravijuhendite tõlkimine ei lahenda alati probleemi. Need on liiga mahukad ja detailsed ning WHO juhendite soovitusel on mõeldud nii arengumaadele kui ka arenenud maadele.

Danilovitš ja Kliiman töid välja mitu valukohta kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi käsitlemisel. Eestis on nendeks muu hulgas näiteks haigete õigeaegne jõudmine eriarsti juurde, kuna seoses tuberkuloosihärgestumuse vähenemisega ei tarvitse arstid kohe mõelda tuberkuloosi võimalusele. Veel on probleem patsientide halb ravisoostumus, neil sagedasti kaasnev alkoholism ja narkomaania ning kaasuva HIV-nakkusega patsiendid.

„Tuberkuloos võib HIVga infitseeritudel kliiniliselt kulgeda teistmoodi, seetõttu on mitmed ravijuhendi soovitusel just tuberkuloosile kaasuva HIV-nakkusega patsiendi käsitlemise kohta,“ ütles Kliiman. Danilovitš lisas, et sellistel patsientidel on tuberkuloosi raskem ära tunda, sest immuunpuudulikkuse foonil võib patsientidel samal ajal olla mitmeid kaasuvaid haigusi. „Maailma mastaabis on HIV-positiivsetel tuberkuloos üks põhiline surmapõhjus. Diagnoosida tuleb võimalikult kiiresti, sest õigel ajal diagnoositud tuberkuloosist paranevad ka HIV-nakkusega isikud.“

Lisaks on Eestis suhteliselt suur ravimiresistentse tuberkuloosi osakaal. See on siiski absoluutarvudes viimastel aastatel oluliselt vähenenud: 2016. aastal diagnoositi Eestis 25 multiravimiresistentse tuberkuloosi juhtu. Danilovitš tõi probleemkohadena välja ka tuberkuloosi õigeaegse avastamise ja profülaktika riskirühmades.

Kliiman rääkis, et erinevalt varasemast, 2005. aasta ravijuhendist on kõik soovituselised tõendus põhised alusel jagatud kategooriatesse. Täpsemalt saab lugeda ravijuhendist, mille leiab veebiaadressilt www.ravijuhend.ee, kuid allpool on mõni soovitus ka välja toodud.

Näiteks on kõigi eelneva morfoloogilise diagnoosita patsientidel, kellele tehakse torakaalkirurgiline operatsioon, ning ka ebaselge diagnoosiga opereeritavatel luuliigese või kuse-suguelundite haigusega patsientidel soovitatav operatsioonimaterjal lisaks morfoloogilistele (histoloogiline ja/või tsütoloogiline) uuringutele saata ka mükobakterioloogilisele uuringule. Mükobakterioloogilisele uuringule saadetavale materjalile ei tohi lisada formaliini või muud fiksatiivi.

Ravijuhendis on HIV-nakkusega patsientide kohta välja toodud mitmeid erisusi. Nii on HIV-nakkusega patsientidel soovitatav saata tuberkuloosi kahtluse korral röga mükobakterioloogilisele uuringule ka siis, kui rindkere röntgeniülesvõttel haiguslikke muutusi ei ilmne. HIVga infitseeritud peab saatma uuringuks vähemalt kolm rögaanalüüsi ning lisaks röga on soovitatav lasta uurida ka teisi bioloogilisi materjale.

Ravijuhendis on rõhutatud tuberkuloosihaigetega kokku puutunud isikute profü-

laktilise ravi olulisust, et ennetada nende haigestumist. Soovitustes on käsitletud ka patsientide jälgimist tuberkuloosiravi järel. Näiteks seisab soovitustes, et pärast edukat tuberkuloosiravi patsiente jälgima ei peaks, välja arvatud ravimiresistentse tuberkuloosiga, tuberkuloosi ja HIV-nakkuse koosesinemise juhud ning halva ravisoostumusega patsiendid. Selliseid patsiente peaks pärast kopsutuberkuloosi ravi jälgima kahe aasta jooksul iga kuue kuu järel.

Juhendi koostajad ootavad selle kasutusele võtmisest haiguse kiiremat ja varasemat diagnoosimist, ravitulemuste paranemist ja tuberkuloosileviku piiramist. Kliiman tõi veel välja, et kui erinevaid uuringuid kasutatakse õigesti – näiteks molekulaarset kiiruuringut ei kasutata ravi tõhususe jälgimiseks, milleks ta tegelikult ei sobi –, võib sel olla ka rahaline kokkuhoid.

Rakenduskavas on olulisel kohal koolitused arstidele, õdedele ja sotsiaaltöötajatele ning ravijuhendi tutvustamine trükiväljannetes.

„Märkimisväärne kasu saadi ja probleemi parem teadvustamine toimus juba ravijuhendi koostamise käigus, mis kestis 1,5 aastat ja milles osalesid erinevate erialade spetsialistid, õendustöötajad, patsientide esindaja jt,“ märkis Danilovitš. Ka aitas ravijuhendi kiirele valmimisele kaasa töörühma ja sekretariaadi hea koostöö ning Eesti Haigekassa toetav suhtumine.

Koos ravijuhendiga valmis ka patsiendijuhend, kus on patsiendile olulised teemad esitatud lihtsamas sõnastuses. Selgitatud on näiteks, mis haigusega on tegu, kuidas nakatatakse, millised on haiguse sümptomid, kuidas toimub ravi.

Eesti Haigekassa rahastab ravijuhendite valmimist, levitamist ja koolitusi tervishoiutöötajatele.