

Kakskümmend aastat riikliku tuberkuloositõrje programmi käivitamisest Eestis

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Eesti iseseisvuse taastamise järgsetel aastatel algasid põhjalikud sotsiaal-majanduslikud ja tervishoiusüsteemi ümberkorraldused. Paraku katkes ka paljudel haigetel järjepidev tuberkuloosiravi ning iseseisvuse taastamise järgse viie aasta jooksul haigestumus tuberkuloosi (TB) varasemate aastatega võrreldes kahekordistus. Sellest tulenevalt kinnitas vabariigi valitsus oktoobris 1997 riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 1998–2003.

Tartu Ülikooli Kliinikumi kopsukliiniku arst-konsultant Manfred Danilovitš nõustus kommenteerima programmi elluviimisega seonduvat ja tuberkuloositõrje seisut Eestis tänapäeval.

Dr Danilovitš rõhutas, et tuntava panuse TB-tõrje programmi väljatöötamisele lisaks meie spetsialistidele ja poliitikutele andsid eksperdid põhjamaadest, ennekõike Soomest. TB halb epidemioloogiline olukord Eestis nagu ka teistes Baltimaades osutus inimeste vaba piiriülese liikumise tõttu ohuks ka naabritele. Seetõttu abistati TB-tõrjemeetmete kavandamisel kõiki kolme Balti riiki. Programmi „NO-TB-Baltic“ raames aastateks 2000–2002 osutati otseselt rahalist ja tehnilist abi nii Eestile, Lätile kui ka Leedule.

Tänu TB-tõrje programmile reorganiseeriti Eestis ambulatoorne ja statsionaarne TB-ravivõrk, laborisüsteem, loodi TB-register ning käivitati TB otseselt kontrollitav ravisüsteem (OKR). TB ravi on tasuta kõigile sõltumata ravikindlustusest, elamisloast või kodakondsusest. Ravimid soetati riiklike hangetena (põhipreparaadid, reservravimid, ravimid kõrvaltoimete korrigeerimiseks). Rakendati meetmed erialaseks täiend- ja ümberõppeks personalile, süvenes rahvusvaheline koostöö. M. Danilovitš peab oluliseks, et TB-tõrje programmile tagati kohe adekvaatne sihispärane rahastus, mis jätkub ka

tänapäeval. Alates aastast 2013 on TB-tõrje rahvastiku tervise arengukavast lähtudes Eestis sihtotstarbeliselt rahastatud.

Tänapäeval on TB statsionaarne ravi koondatud Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Ida-Viru Keskhaiglasse ning tahtest olenematu haiglaravi statsionaar on Viljandi Haiglas.

Tuberkuloositekitaja identifitseerimiseks kasutatakse lisaks külvimeetoditele molekulaarmedoodeid ehk nn kiirteste. Spetsialiseeritud mükobakterioloogilised laborid on regionaalhaiglas ning kliinikumis, viimane tegutseb ka Eesti referentlaborina. Otseselt kontrollitava ravisüsteemi kohaselt külastab ambulatoorsel ravil olev patsient regulaarselt selleks ette nähtud nn ravipunkti, kus ta võtab ravimid tervishoiutõotaja juuresolekul, vajaduse korral teevad tervishoiutõotajad koduviisi ja ravimite võtmise toimum kodus. See tagab hea ravisoostumuse ja annab ülevaate patsiendi ravirežiimist. Ravipunktid asuvad igas maakonnas kopsuarsti kabinetis või ka perearstikeskustes.

M. Danilovitši hinnangul on TB-tõrje programm igati oma eesmärgi täitnud, sellealane töö peab katkemata jätkuma. Alates aastast 1998, mil tuberkuloosi haigestumuskordaja (haigusjuhtude arv 100 000 inimese kohta) Eestis oli 59,5, on see igal aastal järk-järgult vähenenud ning aastal 2017 oli see 13,3. Seega on vähenemine olnud neljakordne. Siiski on meil veel TB-haigestumuskordaja suurem Euroopa Liidu keskmisest, mis 2017. aastal oli 10,7. Piltlikult: kui aastal 1998 oli meil 688 TB esmahaigestumise juhtu, siis aastal 2018 haigestus esimest korda tuberkuloosi 120 inimest. Märkimisväärselt on vähenenud ka TB retsidiivide (varem tuberkuloosi põdenud ja raviga paranenud isik, kel on uuesti diagnoositud tuberkuloos) juhud, mille

arv oli 1998. aastal 136 ja 2018. aastal vaid 26. Kolleeg M. Danilovitši hinnangul oleme Eestis tuberkuloosikontrollis edukamad kui Läti ja Leedu, kus haigestumus tuberkuloosi on vastavalt 2,2 ja 3,5 korda suurem.

Arvestades HIViga nakatunud isikute suhteliselt suurt arvu Eestis, on meie ülesanne ära hoida TB-nakkuse levik sellesse riskirühma. Kümne aasta eest oli tõsine oht kaksikdiagnoosiga (HIV + TB) patsientide arvu suurenemiseks. Koostöös kopsuarstide ja nakkusarstidega ning erinevate programmiliste tegevuste tulemusena (antiretroviirusravi kättesaadavus, infektsioonikontrolli tõhustamine, metadoonasendusravi, TB ravitulemuste paranemine jm) suudeti olukord stabiliseerida. Praeguseks on TB-haigestumus HIVi nakatunute seas oluliselt vähenenud. Aastal 2017 moodustasid kaksikdiagnoosiga haigusjuhud 8% kõigist TBsse haigestumise juhtudest.

Kui TBsse haigestumises liigub Eesti väikse TB-haigestumusega riikide hulka, siis multiravimiresistentsete tuberkuloositekitajate levimus on meil endiselt suur ning see on ohumärk, millele on tähelepanu juhtinud ka WHO. Multiravimiresistentset (*multidrug-resistant*, MDR) TB-juhtu iseloomustab tuberkuloositekitaja ravimiresistentsus vähemalt kahe põhivimmi – isoniaziidi ja rifampitsiini – suhtes. M. Danilovitš osutas, et viimastel aastatel on pea viiendikul TB esmashaigestumise juhtudel tegu multiravimiresistentsete haigustekitajaga. Tema hinnangul on see pärand perioodist, mil nii tuberkuloosi haigestumus kui ka ravimata juhtude ning ravi katkestanud patsientide hulk kasvas, mille tulemusena levisid rahvastikus resistentsed tüved. Kahjuks ei ole tänapäeval veel võimalik kindlaks teha nende tüvedega nakatunud isikute arvu.

Ravimiresistentsuse probleemi lahendamiseks on kasutusele võetud organisatoorsed meetmed: MDR-juhtude korral ordineerib ravi arstide konsiilium, kõikidel TB-juhtudel määratakse ravi haigustekitaja ravimitundlikkust arvestades, MDR-juhtude raviks on välja töötatud uued raviskeemid, saadaval on uued efektiivsemad ja vähem kõrvaltoimeid põhjustavad ravimid (nt delamaniid, bedakviliin). Arvuliselt pole MDR-tuberkuloosi põdevate patsientide hulk suur: 2017. aastal 36 ning 2018. aastal 32 juhtu. MDR-juhtude arv on aastatuhande algusest pidevalt vähenenud (2001. a 155

juhtu). Need patsiendid on aga ohtlikud nakkuse levitajad. Dr Danilovitš on ka MDR-tuberkuloosi ravi koordinaator.

M. Danilovitš nentis, et tänu TB leviku vähenemisele kahaneb arstkonnas valmidus TBd diagnoosida, eriti kopsuväliseid TB-vorme, mida oli Eestis 2018. aastal kokku 9 haigusjuhtu. Seetõttu on vajalik meditsiinipersonali pidev täiendusõpe selles vallas. Kopsu ja kopsuvälise tuberkuloosi ravijuhend koostati 2017. aastal, samal aastal valmis ka ravijuhend patsiendile.

Laste haigestumine tuberkuloosi on praegu väga harv: 2018. aastal haigestus 2 last, 2017. aastal ei diagnoositud lastel ühtegi TB-juhtu. Dr Danilovitši hinnangul on praegu õige aeg alustada laiapõhjalist diskussiooni laste tuberkuloosivastase vaksineerimise kohta tulevikus (üleminek valikulisele vaksineerimisele, vaksineerimise lõpetamine). Vaksineerimine ei anna eluaegset immuunsust, kuid leevendab nakatumise korral haiguse kulgu. Initsiaatiiv selles vallas võiks võtta Sotsiaalministeerium.

Dr Danilovitši arvates oleks vaja paremini korraldada meditsiinilise info vahetus seoses inimeste järjest suureneva reisimise ja töötamisega teistes riikides. Eriti oluline on see TB leviku kontrollimiseks. Takistuseks on mitmed isiku- ja andmekaitse õigusaktid. Praegu saab sellealast infot vahetada Terviseameti kaudu, kasutades rahvusvahelist varajase teavitamise süsteemi (*early warning and response system*, EWRS), mille kaudu vahetavad terviseohtude kohta infot kõik Euroopa Liidu riigid.

M. Danilovitš nentis, et praegu on tuberkuloosikontroll Eestis üks kõige stabiilsemaid ja piisavalt rahastatud ning paremini korraldatud haigustõrje programme. Oluline panus on siin Tervise Arengu Instituudil, kes koordineerib TB-strateegia elluviimist ja haldab TB-registrit. Tuberkuloosi leviku piiramine ja ravi on Sotsiaalministeeriumi prioriteet. Lähiaastatel tuleks suuremat tähelepanu pöörata sotsiaalsetele riskirühmadele, koostöös infektsionistidega leida optimaalne lahendus HIV-positiivsete isikute TB-profülaktika suhtes ning laialdasemalt peaks uurima TB-haigete kontaktseid, et diagnoosida ja ravida latentset tuberkuloosi. Ravimiresistentsse TB edasise leviku piiramine on Eesti tuberkuloosikontrolli üks peamistest väljakutsetest lähiajal.