

HIV-testimise ravijuhend

Pilleriin Soodla¹, Kai Zilmer²

Erilise COVIDi-aasta tõttu on võimalik alles nüüd tutvustada HIV-testimise ravijuhendit, mille ravijuhendite nõukoda kinnitas 3. novembril 2020. See ravijuhend on leitav ravijuhend.ee leheküljelt: <https://ravijuhend.ee/tervishoiu-varav/juhendid/151/hiv-testimise-ravijuhend#9b510b07>.

SISSEJUHATUS, RAVIJUHENDI KOOSTAMISE VAJADUS

2019. aastal diagnoositi Eestis 178 uut HIVga (inimese immuunpuudulikkuse viirus) nakkuse juhtu (13,5 juhtu 100 000 inimese kohta). Uute juhtude seas oli naiste osakaal 37%. Uutest juhtudest 53% avastati Tallinnas ja 25% Ida-Virumaal. Ajavahemikul 2010–2019 on uute juhtude arv aastas kahanenud kaks korda, kuid on jätkuvalt väga suur (1). Euroopa Liidus on Eesti HIV-juhtude arvu poolest 100 000 inimese kohta esireas olnud juba 20 aastat (2). Nakkuse heteroseksuaalsel teel levimise osakaal on kasvanud (69% teadaolevatest nakkuse levikuteedest 2019. aastal olid heteroseksuaalsed), eriti naiste ja üle 29aastaste seas. Suurenenud on ka homoseksuaalsel teel levinud juhtude osakaal (14% teadaolevatest nakkuse levikuteedest 2019. aastal olid homoseksuaalsed) (1).

Eestis uuritakse aastas HIV-nakkuse suhtes ligi 200 000 inimest, nende seas veredoonorid ja kinnipeetavad (1). See moodustab ligi 15% kogu rahvastikust. Kui võrrelda Eesti HIV-testimist testimisega teistes Euroopa Liidu riikides (kus andmeid kogutakse), on meil testimise tase keskmisest kõrgem. 2018.

aastal uuriti Eestis HIV suhtes 85 inimest 1000 inimese kohta (ilma anonüümselt testitute ja veredoonoriteta). Samal ajal testiti näiteks Prantsusmaal 87, Belgias 64, Iirimaa 50, Lätis 47 ja Leedus 39 inimest 1000 inimese kohta. Venemaal testiti 278, Gruusias 47 ja Ukrainas 44 inimest 1000 inimese kohta (2).

HIVga nakatunud inimestega puutuvad kokku kõigi erialade esindajad. 2014.–2015. aasta uute HIVga nakatunute andmed näitasid, et 82% neist olid kahe aasta jooksul enne HIV-nakkuse diagnoosimist kasutanud tervishoiuteenuseid (keskmise visiitide arv oli üheksa). Vaid 16% nendest oli vähemalt korra HIV suhtes testitud. Seejuures oli HIV-indikaatorseisunditega isikutest testitud vaid 5%. Perearsti oli külastanud 75%, kuid HIV-test oli tehtud vaid 0,8% visiitide käigus (3). 2019. aastal testiti HIV suhtes 7% tervishoiuteenuseid saanud inimestest (4). Perearstid testisid 2% oma patsientidest. Ühe nimistu kohta tegid perearstid 2019. aastal keskmiselt 26 HIV-testi. Harjumaa ja Ida-Virumaa 16–49aastastest patsientidest olid perearstid testinud vähem kui 4% (4). Naisi testiti oluliselt enam kui mehi (10% vs. 5%), peamiselt oli see seotud raseduse jälgimisega (30% kõigist testidest ja 40% naistele tehtud HIV-testidest olid seotud raseduse jälgimisega). Kõige rohkem oli testitud Ida-Virumaa 16–49aastaseid naisi (22%) ja mehi (10%). Kui vaadata tervishoiu testitute arvu rahvaarvu suhtes, siis olid Harjumaa ja Ida-Virumaa naistest 2019. aastal testitud kümnendik ja meestest umbes 5%. HIV-indikaatorseisunditega raviarvetest oli 3%-l kirjas ka HIV-test (4).

Peamiste riskirühmade – narkootikumide süstivate inimeste ja pros-

titutsiooni kaasatud naiste – seas on HIV-testimise tase ja teadlikkus HIVga nakatumisest üsna hea, kuid meestega seksivate meeste seas halvem (1).

Heast üldisest testimise tasemest hoolimata elab Eestis hinnanguliselt ligi tuhat inimest, kellel ei ole HIV-nakkus veel diagnoositud (5). Keskmiselt 6%-l uutest HIVga nakatunutest diagnoositakse kolme kuu möödudes AIDS, mille osakaal on viimase kümne aasta jooksul kasvanud (1). 2019. aasta andmete põhjal oli hiliseid diagnoose enam heteroseksuaalsel teel nakatunute ja vanemate vanuserühmade seas (1). Hilise diagnoosimise tõttu hilineb ravile pöördumine, halveneb elukvaliteet ja suurenevad ravikulud (6). Peale selle levivad inimesed, kes oma nakkusest ei tea, HIVd palju suurema tõenäosusega kui teadlikud nakatunud (7, 8).

Eestis on HIV-testimise suunised aastaid olnud kooskõlas rahvusvaheliste soovitusetega. HIV-testimine on alati olnud võimalik kõikide arstlike erialade raames. Aastast 2016 on kehtivate juhiste alusel võimalik testida ka ravikindlustamata patsiente ja aastast 2017 on perearstidel piiramatud vahendid HIV-testimiseks. Sellest hoolimata on HIV varases diagnoosimises olulisi puudujääke. Et testimine täidaks oma eesmärgi, on vaja juhiseid ja tõhusaid tervishoiukorralduslikke meetmeid. Nii saab HIV-nakkuse diagnoosida võimalikult varakult ja panustada selle edasise leviku ennetamisele.

RAVIJUHENDI KÄSITLUSALA JA SIHTRÜHM

HIV-testimise ravijuhendis on antud soovitused HIV-testimise kohta eri rahvastikurühmades ja tervishoiuvaldkondades. Valminud ravijuhend

¹ Tartu Ülikooli Kliinikum,
² Lääne-Tallinna Keskhaigla

ei asenda senist laboratoorse diagnoosimise praktikat, vaid eesmärk on olnud leida lisavõimalusi suurendada HIV-testimisse kaasatust (nõudlust parandavad strateegiad, sotsiaalvõrgustikupõhine lähenemine, enesetestimine ja mitte-tervishoiutöötaja juures testimine).

Ravijuhend on mõeldud kasutamiseks kõikidele tervishoiutöötajatele eri tervishoiuvaldkondades (esmatasand ja eriarstiabi), teistele tervishoius töötavatele spetsialistidele (sh farmatseudid ja proviisorid) ning teemakohaste mitteriiklike organisatsioonide ja/või MTÜde ja rahvatervishoiu poliitikaga tegelevatele isikutele.

Ravijuhend hõlmab kogu täiskasvanud rahvastikku, rõhuasetus on HIVga nakatumise olulise riskiga inimestel. HIV riskirühma kuuluvad narkootikumide süstivad inimesed; prostitutsiooni kaasatud isikud; meestega seksivate mehed; eespool nimetatud isikute sekspartnerid; isikud, kel on olnud sekskontakt HIV-positiivse isikuga; isikud, kelle kallal on tarvitatud seksuaalvägivald.

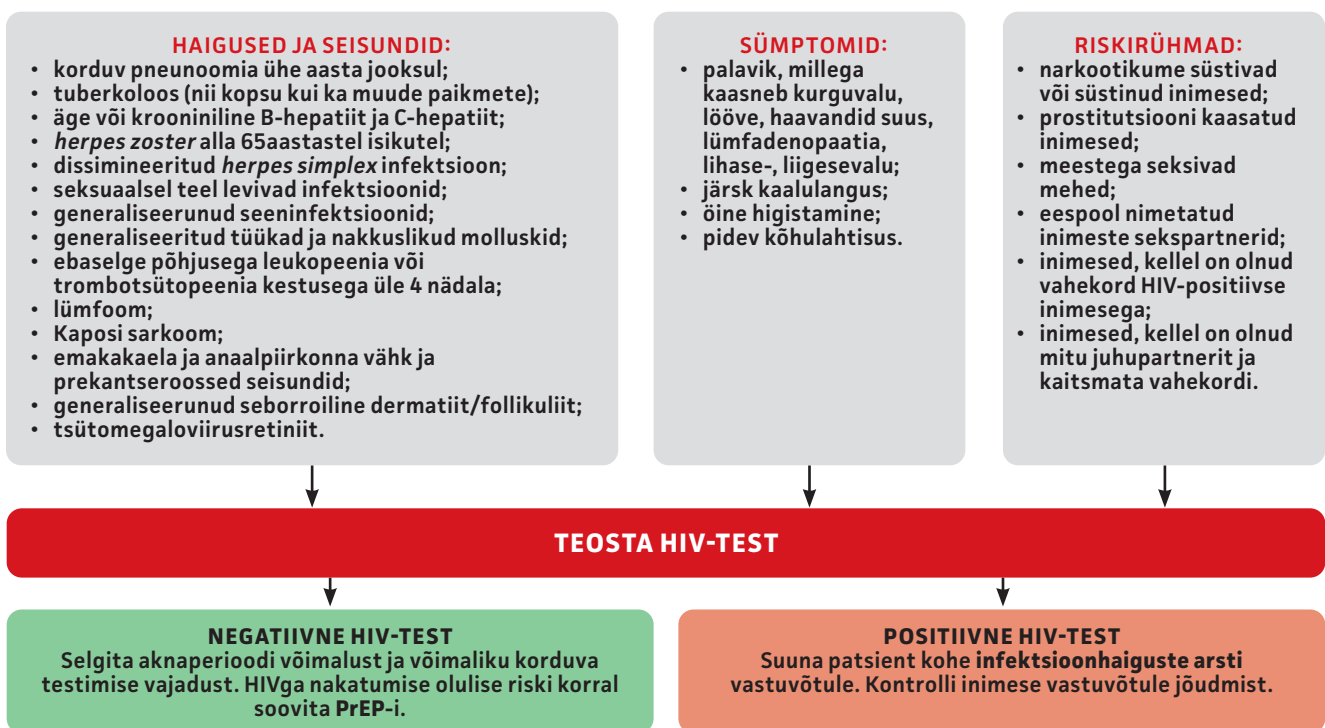
Tabel 1. Ravijuhendis kasutatud mõisted

HIV-testimine (ingl <i>HIV testing services</i>)	Ravijuhendis on HIV-testimine defineeritud teenuste kogumina, mida tuleb pakkuda koos testimisega. Teenuste hulka kuuluvad nõustamine (info andmine enne HIV-testi ja nõustamine pärast HIV-testi); negatiivse testitulemuse puhul vajaduse korral HIVd ennetavale teenusele suunamine või positiivse testitulemuse puhul ravi- ja tugiteenusele suunamine.
HIV-testimine laborimeetodiga (ingl <i>HIV laboratory testing</i>)	HIVga nakatumise määramine laboris HIV-1 ja HIV-2 antikehi ja HIV-1 p24 antigeeni sisaldava testi abil, millele järgneb positiivse tulemuse korral kinnitav testimine Eesti Laborimeditsiini Ühingu kinnitatud algoritmi järgi. Aknaperiood on 18–45 päeva. Uuritav materjal on veeniveri. Tulemuse saamise aeg sõltub testivast laborist, kuid see on üldjuhul võimalik ühe päeva jooksul.
HIV-kiirtestimine (ingl <i>point of care testing</i>)	HIVga nakatumise määramine spetsiaalsete testikomplektidega väljaspool laborit. Olenevalt testikomplektist hinnatakse HIV-vastaste antikehade või ka p24 valguga olemasolu. Aknaperiood on testikomplektist sõltuvalt 23–90 päeva. Uuritavaks materjaliks on kõige sagedamini sõrmeotsa veri, aga ka sülg. Tulemuse saab olenevalt testikomplektist 1–30 minutiga. Kiirtestimine ei asenda suurema tundlikkuse ja spetsiifilisusega laboratoorset testimist.
HIV-enesetestimine (ingl <i>HIV self-testing</i>)	Inimese enda tehtud HIV-kiirtest väljaspool laborit HIVga nakatumise määramiseks.

Ravijuhendis on käsitletud HIV-testimise nõudlust parandavaid strateegiaid, sotsiaalvõrgustikupõhist lähenemist olulise HIV nakatumise riskiga inimeste seas, HIV-testimist, sealhulgas enesetestimist ja mitte-tervishoiutöötaja juures testimist,

HIV-testimisele järgnevat nõustamist, kiirtesti positiivse tulemuse järgset diagnoosi lõplikku kinnitamist, ravile jõudmist ja kontaktsete teavitamist.

Ravijuhendis kasutatud mõisted on esitatud tabelis 1.



Joonis 1. HIV-testimine HIV sümptomite, HIVga seotud seisundite ja haiguste või HIV riskikäitumise korral.

KEDA PEAKS HIV SUHTES TESTIMA?

2012. aastast kehtinud Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi HIV testimise ja ravile suunamise juhise indikaator-sümptomid või -seisundid ning riskirühmad on suures osas jäänud samaks (vt joonis 1).

Harjumaal, sh Tallinnas, ja Ida-Virumaal tuleb HIV suhtes testida kõiki stacionaarse ravi patsiente vanuses 16–49 aastat (k.a erakorralise meditsiini osakonnas ja päevakirurgias). Nooremaid ja vanemaid stacionaari patsiente tuleb testida eelnevalt toodud loetelu põhjal (vt joonis 1). Samades piirkondades tuleb testida kõiki 16–49aastaseid ambulatoorseid patsiente, keda pole varem testitud, esimesel visiidil ja edaspidi indikaatorhaigus(t)est lähtudes või juhul, kui patsient jätkab pärast viimast negatiivset HIV-testi riskikäitumist. Ravijuhendi rakenduskava kohaselt keskendatakse kuni 2023. aastani nii ambulatoorses kui ka stacionaarses ravis esmalt indikaatorseisundite ja -haigustega inimeste ning riski-

rühmade HIV-testimisele. Selle järel toimub rakendumise vahehindamine ning lähtuvalt tulemustest hinnatakse vajadused ja planeeritakse tegevused indikaatorseisundite- ja haigusteta ning riskirühma mittekuuluvate rahvastikurühmade HIV-testimiseks.

TESTIMISE SAGEDUS

Riskirühma kuuluvatele inimestele tuleb teha HIV-test esimesel visiidil ja edaspidi üks kord aastas või vajaduse korral sagedamini, kui sümptomid viitavad võimalikule ägedale primaarsele HIV-le või kui jätkub riskikäitumine. HIV-le iseloomulike sümptomite või haiguste korral tuleb HIV-test teha esimesel võimalusel.

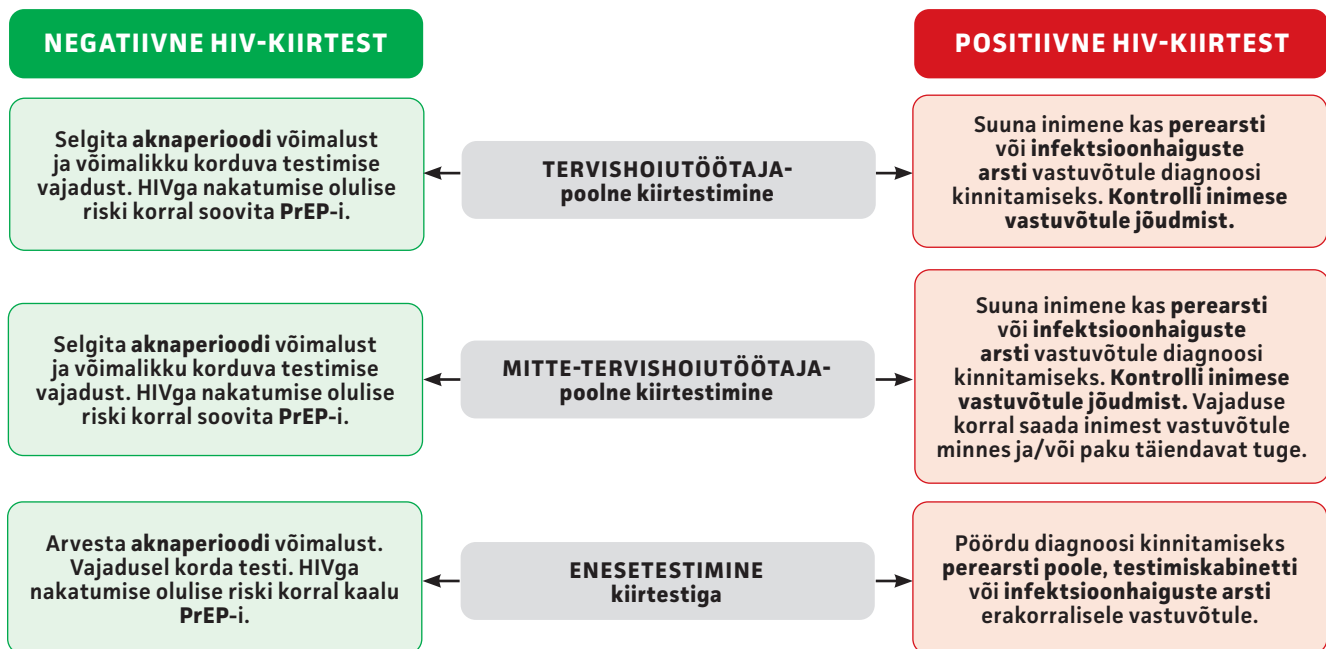
HIV SUHTES KIIRTESTIMINE

Ravijuhend ei asenda senist laboratoorse diagnoosimise praktikat, vaid sellega on püütud leida lisavõimalusi suurendada HIV-testimise kaasatust. Kui varem ei ole Eestis HIV suhtes kiirtestimine kuulunud testimise juhenditesse, siis testimi-

sega hõlmatus suurendamiseks tuleb kasutada kõiki võimalusi, ka kiirtestimist. Joonisel 2 on toodud juhised, mida teha kiirtestimise erinevate tulemuste korral. Esimest korda on käsitletud ka HIV suhtes kiirtestimist mitte-tervishoiutöötaja juures (nt süstlavahetuspunktides) ning HIV suhtes enesetestimist.

INFORMEERIMINE JA NÕUSTAMINE

HIV suhtes testimiseks ei ole vaja võtta eraldi kirjalikku informeeritud nõusolekut, piisab testitava suulisest teavitamisest. HIV suhtes testimine on tavapraktika osa niisamuti kui kõik teised vereanalüüsist tehtavad testid. Kuna HIV sümptomid on mittespetsiifilised ning riskirühma kuulumine ei ole meile alati (esimesel visiidil) teada, aitab HIV sõeluurimine ainukesena saada selgeks HIV-staatuse. Positiivse HIV-kiirtesti või laboratoorse testi tulemuse korral tuleb tagada, et patsient jõuaks võimalikult kiiresti infektsioonhaiguste arsti vastuvõtule. Kõik nakkuskabinetid tegelevad



Aknaperiood – aeg, mille möödudes pärast nakatumist on võimalik HIV inimese organismis tuvastada. Kiirtesti aknaperiood on 23–90 päeva.
HIVga nakatumise oluline risk – on meestega seksivatel meestel ning transsoolistel ja heteroseksuaalsetel meestel ja naistel, kelle seksuaalpartneriteks on diagnoosimata või ravimata HIV-infektsiooniga inimesed.
PrEP – kokkupuute-eelne profülaktika (ingl *pre-exposure prophylaxis*).

Joonis 2. Kiirtestimine HIV suhtes.

HIV-positiivsetega esimesel võimalusel ja pikki järjekordi pelgama ei pea. Vastuvõtule jõudmist tuleb kindlasti kontrollida, et välistada patsientide kadumine tervishoiutöötajate vaateväljast.

KOKKUPUUTE-EELNE PROFÜLAKTIKA

Praegu on võimalik suure nakatumisriski korral (nt meestega seksivad mehed, HIVga patsiendi seksuaalpartnerid, palju partnereid, sugulisel teel levivate infektsioonide põdemine, kondoomi ebajärjepidev kasutamine, süstimisvahendite jagamine) HIVga nakatumist ennetada. Kokkupuute-eelne profülaktika (*pre-exposure prophylaxis*, PrEP) tähendab antiretroviirusravis kasu-

tavate preparaatide (emtritsitabiin ja tenofoviirdisoproksiil) tarvitamist olulise nakatumisriskiga HIV-negatiivsete inimeste poolt, et vähendada ja/või vältida HIVga nakatumise riski (9). Inimestele, kelle risk nakatuda HIVga on oluline, on nakatumise vältimiseks lisaks tavapärastele ennetusmeetmetele (kondoomi kasutamine) soovitatud kokkupuute-eelset profülaktikat (10).

Haigekassa infomaterjalid, mis on mõeldud patsiendile, on leitavad veebist: <https://www.hiv.ee/kaitse-ennast/profulaktiline-ravi/>.

KIRJANDUS

1. Rüütel K, Epstein J, Kaur E. HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis viimase 10 aasta jooksul, 2010–2019. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; 2020.
2. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
3. Rüütel K, Lemsalu L, Lätt S, Epstein J. Missed opportunities for HIV testing in people diagnosed with HIV, Estonia, 2014 to 2015. Eurosurv; 2019.
4. Rüütel K. HIV-testimine 2019. Eesti Haigekassa andmete analüüs. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2020.
5. Marty L, Lemsalu L, Vals K, et al. The HIV epidemic in two Baltic States: A tale of two stories? HepHIV, 28–30 January 2019, Bucharest, Romania.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.
7. Marks G, Crepaz N, Jansse RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 2006;20:1447–50.
8. Hall HI, Holtgrave DR, Maulsby C. HIV transmission rates from persons living with HIV who are aware and unaware of their infection. AIDS 2012;26:893–6.
9. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach 2nd ed. WHO; 2016.
10. HIV-infektsiooni kokkupuute eelne- ja järgne profülaktika ning HIV-positiivsete isikute ravi (RJ-A/40.1-2019. Ravijuhendite Nõukoda. 2019. <https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/6/hiv-infektsiooni-kokkupuute-eelne-ja-jargne-profulaktika-ning-hiv-positiivsete-isikute-ravi#9b510b07>).