



”KOPSU- JA KOPSUVÄLISE TUBERKULOOSI KÄSITLUS”
PROTOKOLL nr.10

Kuupäev	18.novembril 2016
Koht	Sämmi Grill, Mäo
Aeg	kl 11.00- 15.30
Osalejad	<i>Töörühma liikmed:</i> Manfred Danilovitš (töörühma juht), Tiina Kummik, Merike Toomik, Piret Viiklepp, Anu Kurve, Kaie Mõtte, Tanel Laisaar, Sirle Võsu, Rein Raudsepp, Kaia Varblane, Lea Pehme (osales Skype teel). <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Kai Kliiman (sekretariaadi juht), Maarja Sukles, Argo Aug <i>Koordinaator ja metoodiline tugi:</i> Mare Oder, Kaja-Triin Laisaar
Puudujad	<i>Töörühma liikmed:</i> Margit Närska, Kaja Hurt, Marika Jürna-Ellam, Veronika Iljina, Alan Altraja, Marika Raukas <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Katre Jürgenson, Kadri Klaos, Marju Raukas
Juhatas	Manfred Danilovitš
Protokollis	Kai Kliiman
Päevakord	<ol style="list-style-type: none">1. Huvide deklaratsioonide uuendamine2. Ravijuhendi soovitude koostamise arutelu (kliiniline küsimus 1 (HIV-nakkusega patsientidega seotud TB diagnostika soovitus) ja eelnevalt kinnitatud kliinilise küsimuse 2 soovitude täiendamine vastavalt Tanel Laisaare ettepanekule), täiendatud kopsuvälise tuberkuloosi diagnostika algoritmi arutamine ning senikoostatud soovitude sõnastuse ühtlustamine ja patsiendijuhendi ülesehituse arutelu ning soovitude valimine3. Piret Viiklepa ülevaade tuberkuloosihaigete kontaktsete käsitleusega seotud dokumendi ettevalmistamise käigust.4. Järgmise koosoleku aeg
	<p>1. Huvide deklaratsioone ei soovinud keegi uuendada.</p> <p>Koosolekul osales 11 töörühma liiget, kvoorum ei olnud koos. Koosoleku otsuste kinnitamine toimub järgneval e-koosolekul.</p>
Arutelu ja otsused	<p>2. Kliinilised küsimused</p> <p>Kliiniline küsimus nr. 1</p> <p>Kai Kliiman andis ülevaate kogutud tõendusmaterjalist. Tõendusmaterjali selle kohta, et tuberkuloosi haigestunud HIV-nakkusega patsientidel võib olla patoloogiata rindkere röntgeniülesvõtte korral patoloogiline leid rindkere KT-uuringul, ei leitud. Seega ei ole võimalik muuta senikoostatud soovitude:</p>

„Kopsutuberkuloosi kahtlusega HIV-nakkusega patsientidele, kellel on rindkere röntgeniülesvõtte tuberkuloosile viitava leiuta, soovitame teha rindkere kompuutertomograafiline uuring“ tugevust. Tegemist on praktilise soovitusena.

Kuna mitmed kirjeldavad uuringud näitavad, et HIV-nakkusega patsientidel võib TB haigestumise korral olla normaalne rindkere röntgeniülesvõtte isegi kuni 46% patsientidest, siis otsustati aluseks võttes 16.03.2016 koosolekul arutatud tõendusmaterjali lisada **uus soovitus:** Kopsutuberkuloosi kahtlusega HIV-nakkusega patsientidele, kellel on rindkere röntgeniülesvõtte tuberkuloosile viitava leiuta, peaks saatma bioloogilise materjali mükobakterioloogilisele uuringule. NPS

Täiendatud kopsuvälise tuberkuloosi algoritmi arutamine

Kai Kliiman andis ülevaate algoritmis tehtud muudatustest. Sümptomaatika on lisatud kõigile paikmetele (v.a. nahk ja lokaalne abstsess) ning kõigi paikmete juures on võimalusel välja toodud olulisemad uuringud paksus kirjas.

Rõhutatakse tabeli päises oleva lause „Kopsuvälise tuberkuloosi kahtluse korral peab alati täpsustama varasemat tuberkuloosi põdemist ning tegema rindkere röntgeniülesvõtte, vajadusel kompuutertomograafia“ olulisust, soovitas töögrupp kirjutada lause paksus kirjas ning jätta vahe järgneva lausega.

Kolmest väljapakutud variandist selgitamiseks tabelis loetletud uuringute valikupõhimõtet eelistas töögrupp varianti: „Teostatavate uuringute valik sõltub kliinilisest situatsioonist.“

Tekkis küsimus, kas lisaks diagnostika algoritmile peaks tegema ka juhise perearstidele, et millal peaks kopsuvälise TB kahtluse korral patsiendi saatma edasi. Töögrupp otsustas, et see ei ole vajalik. Juhul kui juhendit retsenseerivad erialaseltsid seda soovivad, saab selle hiljem lisada.

Senitehtud soovitude läbivaatamine.

Soovitus 2 - Tanel Laisaar tegi ettepaneku lisada senitehtud soovitusse fraas „või kui diagnoositakse kopsutuberkuloos,“. Täiendatud tööühma soovitusena lõplik sõnastus on: „Kõigil eelneva morfoloogilise diagnoosita patsientidel, kellel teostatakse torakaalkirurgiline operatsioon, saata operatsioonimaterjal morfoloogiliseks kiiruuringuks. Kui kiiruuring ei anna kindlat diagnoosi või kui diagnoositakse kopsutuberkuloos, saata operatsioonimaterjal mükobakterioloogilisteks uuringuteks (mikroskoopia, külv, molekulaarne kiirtest). Mükobakterioloogilise uuringu tegemiseks säilitada osa algsest materjalist kiiruuringu vastuse saabumiseni steriilses anumal, mitte lisada formaliini või muud fiksiivi.“

Küsimus 8

Kai Kliimani ettepanekul nõustus töögrupp kliinilise küsimuse 8 soovitud tõstma ravijuhendis ravi ja ravijälgimise soovitude järele, kuna need on seotud kontaktsete käsitlusega.

Vajalik on lisada mõistesse latentse tuberkuloosi mõiste, latentse tuberkuloosi ravi asemel peab kasutama ravijuhendi tekstis läbivalt mõistet tuberkuloosi profülaktiline ravi.

Soovitus 8.1 - täpsustati, et mõeldakse immuunosupressiivset bioloogilist ravi. Lõplik soovitude sõnastus: “Tuberkuloosi profülaktiline ravi tuleb määrata ravim tundliku, mikroskoopiliselt positiivse kõri- või kopsutuberkuloosiga patsiendi lähikontaktsetele, kellel on tuvastatud latentne tuberkuloos ja kes saavad immuunosupressiivset bioloogilist ravi või on kaasuvate haiguste või nende ravi tõttu immuunkomprimeeritud või on siirdamise ootejärjekorras. Tuberkuloosi profülaktilise ravi määramise eel tuleb välistada aktiivne tuberkuloos.”

Soovitus 8.2 - ei muudetud.

Soovitus 8.3 - HIV-nakatanud asemel kasutada HIV-nakkusega. Lõplik sõnastus on: “Tuberkuloosi profülaktiline ravi tuleb määrata ravim tundliku mikroskoopiliselt positiivse kopsu- või kõrituberkuloosiga patsiendi HIV-nakkusega lähikontaktsetele, kellel on välistatud aktiivne tuberkuloos.”

Soovitus 8.4 - multiresistentse asemel kasutada multiravimresistentse. Lõplik sõnastus on: “Tuberkuloosi profülaktilist ravi ei määrata nakkusohtrliku multiravimresistentse tuberkuloosiga haige lähikontaktsetele.”

Soovitus 8.5 - multiresistentse asemel kasutada multiravimresistentse. Lõplik soovitus on: “Nakkusohtrliku multiravimresistentse kõri- või kopsutuberkuloosiga haige lähikontaktseid tuleb profülaktilise ravi määramise asemel jälgida kahe aasta vältel pärast arvatavat nakatumist.”

Soovitus 9.1 - sõnastust muudeti. Lõplik sõnastus: “Mikroskoopiliselt positiivse kopsu- või kõrituberkuloosiga haige ravi on soovitatav alustada statsionaarselt. Nakkusohu kadumisel ja vastunäidustuste puudumisel jätkata ravi ambulatoorselt.

Statsionaarne ravi on soovitatav järgmistel juhtudel: patsiendi raske üldseisund, sobiva ravikombinatsiooni valimine, ravimite tõsiste kõrvaltoimete esinemine, ravimiresistentsuse või raske kaasuva haiguse (nt HIV-nakkus) esinemine ning kui ravi pole võimalik korraldada ambulatoorselt (nt halva ravisoostumuse korral).“

Soovitude selgitusse peab lisama viited nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadusele (NETS). Mõistesse peab lisama ravisoostumuse mõiste (Kaja-Triin Laisaar aitab).

Soovitus 10.1 - muudeti sõnastust ning lisati „ravi ajal“. Lõplik sõnastus: „Kopsutuberkuloosi ravi ajal tuleb ravitulemuse hindamiseks teha igakuiselt bioloogilise materjali mikroskoopia ja külvi”

Soovitus 11.1 - ei muudetud

Soovitus 11.2 - ei muudetud.

Soovitus 12.1- ei muudetud

Soovitus 13.1 - muudeti sõnastust. Lõplik sõnastus: „Kopsutuberkuloosi eduka ravi järgselt ei ole patsientide jälgimine vajalik, v.a ravimresistentse tuberkuloosiga, HIV/TB ning halva ravisoostumusega patsientidel.“

Soovitus 13.2 - soovitus ei muudetud.

Tekstis peab kontrollima, et lühendid MDR-TB ja HIV/TB oleks alati ühtemoodi kasutatud

Soovitus 13.3 - soovitus ei muudetud.

Soovitus 14.1 - soovitus ei muudetud.

Soovitus 14.2 - lisada algusesse täpsustus „Kopsuvälise“. Lõplik sõnastus: „Kopsuvälise tuberkuloosi ravi lõppedes peab patsienti õpetama tuberkuloosi retsidiivi sümptomeid ära tundma ja nõustama sümptomite tekkel arsti poole pöörduma.”

Soovitus 14.3 - lisada algusesse täpsustus „Tuberkuloosi“. Lõplik sõnastus: „Tuberkuloosi retsidiivi kahtlusel on diagnoosi kinnitamiseks vajalikud paikmele vastavad uuringud, sh mükobakterioloogilised uuringud. “

Soovitus 15.1 - sõnastust ei muudetud.

Mõistetesse tuleb lisada aktiivne tuberkuloos. Tekkis diskussioon, kas siirdamise ootejärjekorrast rääkides peaks täpsustama, et „kudede ja organite siirdamise ootejärjekorras“, otsustati ei selline täpsustus ei ole vajalik.

Soovitus 15.2 - muudeti sõnastust. Lõplik sõnastus: „Latentse tuberkuloosiga patsiente, kellel on olnud teadaolev lähikontakt MDR-TB haigega, tuleb profülaktilise ravi määramise asemel jälgida kahe aasta vältel pärast arvatavat nakatumist. “

Selgitavasse teksti lisada, et jälgimise eesmärgiks on vajadus õigeaegselt avastada võimalik tuberkuloosi haigestumine.

Soovitus 16.1 - lisada juurde „soovitav“, lõplik sõnastus: „Latentse tuberkuloosiga patsientidest on soovitatav jälgida neid, kes saavad immuunosupressiivset bioloogilist ravi või on kaasuvate haiguste või nende

ravi tõttu immuunkomprimeeritud või on siirdamise ootejärjekorras, ning kuni 14-aastaseid lapsi.”

Soovitus 16.2 - sõnastust ei muudetud.

Soovitus 16.3 - sõnastust ei muudetud.

Soovitus 17 - soovitati kasutada mõiste perearsti süsteem/esmatasandi arstabi asemel mõistet perearstisüsteem ning kasutada laste infektsionisti asemel terminit laste infektsioonhaiguste arst.

Lõplikud soovitused: „Täiskasvanute kopsutuberkuloosi ravi määrab ja koordineerib pulmonoloog.

Kopsuvälise TB korral määrab ja koordineerib ravi pulmonoloog koostöös vastava eriarstiga.

Laste TB ravi määrab ja koordineerib laste infektsioonhaiguste arst koostöös pulmonoloogiga.

TB ambulatoorse ravi ajal jälgib patsienti pulmonoloog.

TB ambulatoorse ravi läbiviimiseks võib kaasata perearstisüsteemi. “

Soovitus 18 - HIV-infitseeritud asemel tuleb kasutada HIV-nakkusega ning muudeti viimase soovitus sõnastust. Lõplikud soovitused : „Pärast ravim tundlikust kopsutuberkuloosist paranemist ei vaja patsiendid edasisi uuringuid ja jälgimist.

MDR-TB paranemise järgselt jääb patsient pulmonoloogi jälgimisele kaheks aastaks.

Tuberkuloosist paranenud HIV-nakkusega patsiendid jäävad infektsioonhaiguste arsti jälgimisele.

Kõik aktiivse tuberkuloosiga patsiendid, kellel on TB ravi lõppenud, kuid kes ei ole paranenud (nt ravikatkestajad või patsiendid, kelle ravi on mitteefektiivne ravimite kõrvaltoimete, kaasuvate haiguste jms tõttu), jäävad pulmonoloogi jälgimisele.”

Soovitus 19 - soovitati kasutada laste infektsionisti asemel mõistet laste infektsioonhaiguste arst.

Lõplik soovituste sõnastus: „Latentse tuberkuloosiga patsienti, kellele on näidustatud TB profülaktiline ravi, jälgib pulmonoloog.

HIV-nakkusega latentse tuberkuloosiga patsiente jälgib infektsioonhaiguste arst.

Latentse tuberkuloosiga patsienti, kes saab immuunosupressiivset bioloogilist ravi või on kaasuvate haiguste või nende ravi tõttu immuunkomprimeeritud või siirdamise ootejärjekorras, jälgib tema raviarst.

Latentse tuberkuloosiga lapsi jälgib laste infektsioonhaiguste arst või pulmonoloog.“

Patsiendijuhendi ülesehituse arutelu.

Sirle Võsa andis ülevaate, milliseid teemasid peaks tema hinnangul patsiendijuhendis käsitlema. Vajalikud käsitletavat teemad oleksid ülevaade tuberkuloosist, millised on haiguse sümptomid, kuhu sümptomite esinemisel pöörduda ning kes tuberkuloosi ravimisega tegeleb ja kuidas ravi toimub. Ka peab käsitlema seda, millised on põhirea ja reservrea ravimid, millised on peamised ravimite kõrvaltoimed ning kuidas toimub tuberkuloosiravi lõpetamise järgne jälgimine (kes, kus, kui sageli). Juurde peab lisama ka praktilised soovitusel, milline peab olema elurežiim, kas võib reisida (üldjuhul ei saa reisile minna kuna OKR ravi, otsustakse koostöös arstiga). Kas ravi ajal saab töötada, rääkida võimalusest olla haiguslehel ning vajadusel võimalusest töövõime kaotuse vormistamiseks.

Kõrvaltoimete juures tuleb mainida, et nende leevendamiseks kasutatakse vastavaid kõrvaltoimeid leevendavaid ravimeid. Kõrvaltoimetest peaks patsient alati rääkima arstiga, osa vastavaid ravimeid on kättesaadavad tasuta.

Juhendis peab selgitama ka hea ravisoostumuse olulisust ning et patsiendilt eeldatakse ravi ajal koostööd. Tuleb hoiatada, et kui korralikult ravimeid ei võta, tekib ravimresistentsus ning et ravi poolelijätmisel pikeneb ravikuur. Peab selgitama, et vajadusel saab kasutada seadusandlikke vahendeid (tahtevastane ravi) teiste inimeste kaitseks, samuti selgitama, mis juhtub, kui ei lähe ravile.

Patsiendijuhendisse peab lisama ka informatsiooni kontaktsete käsitluse kohta: kelle poole kontaktid saavad pöörduda, et teatud juhtudel määratakse ka profülaktiline ravi, mille määramise otsustab raviarst. Lisada, et tavalise profülaktilise ravi kestvus on 6 kuud. Oluline on selgitada kontaktsete otsimise käiku. Selleks kaardistab õde kontaktid patsiendiga tehtud intervjuu alusel ning seejärel kutsutakse kontaktid kontrolli. Oluline on selgitada, et kontaktsete uuringutele kutsumine teostatakse delikaatselt, selle käigus ei mainita TB haigestunud patsiendi nime.

Peab lisama lingid, kust patsiendid saavad otsida täiendavat infot.

Ravijuhendi lisana tuleb lisada TB raviskeemide tabelid nii põhi- kui reservrea preparaatide kohta ning ka sagedamini esinevate kõrvaltoimete kohta.

	<p>3. Piret Viiklepp andis ülevaate tuberkuloosihaigete kontaktsete väljaselgitamise ja tervisekontrolli kutsumise taustaraporti valmimise kohta.</p> <p>Raporti valmimist rahastas WHO. Plaanis on valmistada ka vastav algoritm (millele oodatakse ka RJ töörühma soovitusi) ning õe küsimustik patsiendiga intervjuu tegemiseks nii eesti, vene kui inglise keeles. Kontaktsete nõustamisele on plaanis kaasata perearsti nõuandetelefon. Kaie Mõtte juhtis tähelepanu, et kõik Eestis kasutavad küsimustikud peab valideerima, seega peab ka selle planeeritava küsimustiku kindlasti valideerima. Tulevikus on plaanis selle korra rakendamine sätestada NETS-iga. Edaspidi on plaanis koostöös TAI ja FILHA-ga koolitajate koolitus.</p>
--	---

<p>Järgmise koosoleku aeg ja päevakord</p>	<p>Koosoleku aeg ja toimumiskoht: 17. või 24. jaanuaril 2017 Tallinnas. Mare Oder paneb kuupäevad hääletamiseks Doodle'sse, hääletamine toimub kuni 28.novembrini.</p> <p>Koosolekul vaadatakse üle ravijuhend ning selle rakenduskava.</p>
--	---