



Lugupeetud Eesti Naistearstide Seltsi juhatus

Eesti Naistearstide Selts on avaldanud oma kodulehel info (**Quattromedi paneelid ja nende ohud**  E, 2013-01-21 18:42 |  Made) ning lisaks ka samasisulise seisukohavõtu „ENS seisukoht molekulaardiagnostiliste paneelide osas“.

On tervitatav, et Eesti Naistearstide Selts on alustanud diskussiooni niivõrd olulisel ja aktuaalsel teemal nagu seda on molekulaarne kompleksdiagnostika. Kahjuks on seisukohavõttus mitmeid olulisi ebatäpsusi, mis on ilmselt tingitud vastavat temaatikat käsitleva info ebapiisavuses. Diskussiooni jätkamiseks ja adekvaatsema pildi loomiseks kommenteerin allpool ENS esitatud seisukohti (väljavõtted ENS kodulehelt on esitatud punasega kursiivis ning kommentaarid mustaga).

Quattromedi paneelid ja nende ohud

Alates 01.oktoobrist 2012 pakub Quattromed HTI Laborid OÜ molekulaardiagnostilisi paneele.

Oleme seisukohal, et sellise paneeldiagnostika järele puudub Eestis vajadus, sest kõiki nimetatud haigustekitajaid on võimalik määrata vastavalt patsiendi kaebustele, kliinilisele leiule ja diagnoosi hüpoteesile ka eraldi.

Kahjuks jääb ülaltoodud väidetes veidi ebaselgeks, kas (vajaduse puudumist) väidetakse paneeldiagnostika kohta üldiselt, spetsiifiliselt Quattromedi paneelide kohta või konkreetselt allpool loetletud patogeeni molekulaarse diagnostika kohta. Lisaks pakutavatele on Quattromedil mitmed paneelid veel valideerimis- ja väljatöötamisetapis. ENS info pealkiri ning sissejuhatus paneb aga negatiivsesse valgusse kogu Quattromedi (ja muude laborite pakutava) paneeldiagnostika. Püüan seetõttu hõlmata selgituses nii paneeldiagnostika üldiseid kui ka spetsiifilisemaid aspekte.

Molekulaarne kompleksdiagnostika (diagnostilised paneelid, kus määratakse koos palju erinevaid markereid, kasutades mitmesuguseid molekulaarse diagnostika meetodeid ja platvorme) on viimase aastakümne jooksul leidnud rakendust mitmetes erinevates nakkushaiguste diagnostika valdkondades ning on rutiindiagnostikana kliinilises mikrobioloogias üks kiiremini arenev ja järjest laienev suund (vt näiteks: Higgins RR et al, 2011; Brittain-Long R et al, 2008; Brittain-Long R et al, 2010; Wiemer D et al 2011; Tissari P et al, 2010; Lehmann LE, 2007; Bellau-Pujol S et al, 2005; Freymuth F et al. 2006; Liu J et al, 2012).

Võrreldes klassikalise diagnostikaga on kompleksdiagnostikal mitmeid eeliseid, milledest üheks oluliseks on võimalus kiiresti ja täpselt diagnoosida segainfektsioone. Kuigi paljude haigusseisundite puhul on ammu teada, et infektsioonis osalevad enamasti mitmed erinevad patogeenid korraga (näiteks intraabdominaalsed infektsioonid, kroonilised haavandid jne), on molekulaarse kompleksdiagnostika abil leitud palju segainfektsioone ka selliste haigusseisundite korral, mida varem peeti eelkõige monoinfektsioonideks (näiteks kõhulahtisused, hingamisteede haigused jne: Higgins RR et al, 2011; Amar CFL et al, 2007; Espar FP et al, 2011; Aberle JH et al, 2005; Huguenin A et al, 2012; Wilkesmann A et al, 2006; Hindiye MY et al, 2008) või kus varem arvati segainfektsioonide osakaalu

madalamaks (näiteks urogenitaaltrakti infektsioonid: Lee SJ et al, 2012; McKechnie ML et al, 2011; McKechnie ML et al, 2009; Samra Z et al, 2011; Diaz N et al, 2010). Kasutades diagnoosimist üksikute haigustekitajate kaupa (nende olemasolu kas kinnitades või väljalülitades) jäävad sellised segainfektsioonid märkamata. Seetõttu omab molekulaarne kompleksdiagnostika olulisust nii igapäevases rutiinses diagnostikas, kuid ka muudab meie arusaamu infektsioonide olemusest ning erinevate patogeenide mikroökoloogilistest suhetest sellistes infektsioonides (segainfektsioonide kohta vt näiteks Griffiths EC et al, 2011; Peters BM et al, 2012; Pasman L, 2012).

Lisaks eelnevale võimaldab kompleksdiagnostika määrata olulisemad patogeenid kiiresti ja korraga. Üksikute patogeenide väljalülitamistaktikat kasutades võib diagnoosini jõudmine võtta kauem aega, olla tülikam patsiendile ning kokkuvõttes ka kallim.

Arvestades ülaltoodut ei saa nõustuda ENS väitega (et kompleksdiagnostikat pole Eestis vaja), kui samal ajal mujal maailmas on järjest suurenev nii teaduslik kui kliiniline huvi molekulaarse kompleksdiagnostika vastu.

ESN juhatusel teadaolevalt ei kasutata sarnaseid molekulaardiagnostilisi paneele mujal maailmas.

Molekulaarne kompleksdiagnostika on maailmas järjest laiemalt kasutusel. Võimalik, et kõige laiemalt kasutusel (ja kõige varem kasutusele võetud) on nimetatud diagnostika just seksuaalsel teel levivate infektsioonide puhul, kuna siin on ammu teada sagedane eri patogeenide koosinemine riskirühma patsientidel (vt näiteks: Spizz G et al, 2012; Lee SJ et al, 2012; McKechnie ML et al, 2011; Kim SJ et al, 2011; Suntoke TR et al, 2009; McKechnie ML et al, 2009; Samra Z et al, 2011; Diaz N et al, 2010; Muvunyi CM et al, 2011; Ginocchio CC et al, 2012). Näiteid kompleksdiagnostikat pakkuvatest laboritest/testidest võib hulgaliselt leida internetist, siin vaid illustreerimiseks mõned viited:

<https://www.labcorp.com/wps/portal/provider>

<http://www.questdiagnostics.com/testcenter/TestDetail.action?ntc=16491>

<http://www.genpathdiagnostics.com/womens-health/genpap/cervicitis-vaginitis-profile/>

<http://www.pcrdiagnostics.eu/en/Products/Urogenital-Infections.alej>

<http://www.interlabservice.ru/en/catalog/index.php?sid=1040>

<http://www.genoid.net/products-and-services/std-diagnostics/>

Molekulaarne kompleksdiagnostika pole uus ka Eestis, näiteks pakuvad Terviseameti nakkushaiguste labor, Pärnu haigla labor (ja võimalik, et ka teised) mitmeid molekulaardiagnostilisi paneele nii seksuaalsel teel levivate infektsioonide kui ka muude haigusseisundite diagnostikaks.

On mõisteta, et raviarstid ei saa olla alati kursis uusimate diagnostikavõimaluste kättesaadavuse ja eelistega. Seda puudujääki aitaks vähendada kindlasti parem koostöö kliinilise meditsiini ning diagnostiliste distsipliinide vahel. Kõik ettepanekud selles osas on jätkuvalt teretulnud.

1. Mitmeid paneelides pakutavate haigustekitajate esinemine on Eesti oludes või naistel ebatõenäoline. Näiteks *Chlamydia trachomatis* LGVd on väljaspool Aafrika endeemilisi piirkondi sh Euroopas täheldatud eelkõige meestel, kes seksivad meestega. *Haemophilus ducreyi* poolt tekitatud haavandilise haiguse juhte on kogu Euroopas vaid üksikud

Mõlema patogeeni kohta võib ilmselt öelda, et tegelik epidemioloogiline situatsioon Euroopas sh. Eestis pole teada ja seda eelkõige ebapiisava laboratoorse diagnostika kättesaadavuse tõttu. Andmed pärinevad vähestest riikidest/laboritest, kes neid diagnoosivad ning üksikutest piiratud teadusuuringutest. Allpool täpsemalt nendest patogeenidest.

Kuigi varem peeti LGV esinemist Euroopas väga harvaks, siis alates 2003. aastast on Euroopas avastatud mitmeid LGV puhanguid (Nieuwenhuis RF et al, 2004; van de Laar MJ et al 2005; Ward H et al, 2007). ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) andmeil esines 2009. aastal EU/EEA maades 245 LVG juhtu (ECDC surveillance report. Sexually transmitted infections in Europe 1990-2009). Samas raporteeriti neid vaid 5 riigist, ning raportis järeldatakse, et „on väga tõenäoline, et tegelik intsidents on tugevalt alahinnatud“ ning „raporteerimine on oluliselt mõjutatud diagnostika kättesaadavusest“. Loodame, et Quattromedi poolt pakutav diagnostika aitab seda puudust Eesti osas vähendada ning anda oma panus seeläbi ka Euroopa infektsioonide järelevalve parandamiseks. LGV diagnostika vajadus on ära toodud nii Euroopa (European guideline for management of *Chlamydia trachomatis* infections 2010) kui ka vastavas Eesti juhendis (STLlde ravijuhis Eestis 2011). On tõsi, et LVG on meil peamiselt homoseksuaalsete meeste haigus, samas ei saa ka välistada selle esinemise võimalust Euroopa heteroseksuaalsetel meestel ja naistel (De Munain JL et al, 2008; Verweij SP et al, 2012; Peuchant O et al, 2011) ning jällegi on võimalik, et üksikud kirjeldatud juhud on vaid väike osa tegelikust levimusest.

Samuti on *Haemophilus ducreyi* esinemise kohta Euroopas andmeid napilt. Euroopa juhendi (2010 European guideline for the management of chancroid) andmeil leiti näiteks Pariisis *Haemophilus ducreyi* 3%-l genitaalhaavandiga STD kliinikusse pöördunudatel, UKs diagnoositi aastatel 1995-2000 kokku 450 juhtu ning kohalikke puhanguid on diagnoositud erinevates Euroopa maades. Sama juhendi väitel on aga *Haemophilus ducreyi* oluliselt sagedasem teisi suguhaigusi põdevatel isikutel, eriti neil, kellel on *Herpes simplex* infektsioon (seega kasutades vaid monodiagnostikat herpese suhtes on tõenäoline, et teine patogeen jääb avastamata). Peamiseks ohuks peetakse seksiturismiga sissetoodud infektsioone ning kõrge riskiga maadest Euroopasse seksteenust osutama tulnud isikuid. Hiljutise Taani uuringu järgi võib sissetoodud juhtudele järgneda ka kohalik levik (Knudsen TB et al, 2010). Samuti on ka raporteeritud sissetoodud juhtumeid, kus esinesid vaid naha haavandid (Ussher JE et al, 2007).

Üldise heaolu ja turismi tõusuga sageneb ka imporditud suguhaiguste sagedus. Nii näiteks on Norras heteroseksuaalsetel meestel enamik gonorröa juhtumeid imporditud (www.fhi.no). Teiselt poolt on meil olukord, kus Euroopas on ülaltoodud patogeenide laboratoorne diagnostika peaaegu kättesaamatu ning seda rakendatakse väga harvadel juhtudel. Seega on väga raske väita midagi tegeliku epidemioloogilise situatsiooni kohta ning ei tohiks *a priori* välistada nende patogeenide diagnostika vajadust.

ning sellise väga madala esinemissageduse [levimus testitavas materjalis] juures on molekulaardiagnostika sageli valepositiivne.

Seda väidet on raske kommenteerida, kuna puudub viide, millise teadusuuringu andmete molekulaardiagnostika mittespetsiifilisuse osas tuginetakse. Mis puudutab Quattromedi LGV ja *Haemophilus ducreyi* diagnostikat, siis kõik laboris saadud positiivsed tulemused sekveneeritakse ning *Haemophilus ducreyi* puhul kasutatakse ka kahe lookuse kaudu tuvastamist. Sellist kinnitavat diagnostikat kasutades on valepositiivsete tulemuste tõenäosus praktiliselt olematu. Kui teil on edaspidi kahtlusi või küsimusi laboratoorse diagnostika osas (valepositiivsete, -negatiivsete juhtude tõenäosus jne), palume lahkesti meiega eelnevalt konsulteerida ja mitte tugineda ainult muudele uuringutele või ekspertarvamustele.

2. Bakteriaalse vaginooosi diagnoos põhineb kliinilisel leiul ja bakterioskoopial ning selleks ei kasutata molekulaardiagnostikat.

Kuigi klassikaliselt on bakteriaalse vaginooosi diagnostikas kasutusel bakterioskoopia ja mitmed sümptomitel põhinevad hindamisskoorid, on viimase 5-10 aasta jooksul publitseeritud hulgaliselt andmeid bakteriaalse vaginooosi molekulaarsete (mikroobiökoloogiliste) uuringute ning võimalike diagnostiliste testpaneelide sobivuse kohta. Vaid mõned näited hiljutistest publikatsioonidest: Menard JP et al, 2008; Magnot-Bertrand J et al, 2012; Menard JP et al, 2012; Dumonceaux TJ et al, 2009; Verstraelen H et al, 2009; De Backer E et al, 2007; Verhelst R et al, 2004; Verhelst R et al, 2005; Menard JP et al, 2010; Jespers V et al, 2012; Cartwright CP et al, 2012; Speksnijder A et al, 2012. Samuti pakutakse rutiindiagnostikas mitmeid molekulaarseid teste kas siis üksikute bakteriaalse vaginooosi indikaatormikroobide või nende koosluse määramiseks. Nimetatud diagnostika on olnud saadaval ka Eestis juba enne Quattromedi vastava paneeli juurutamist (näiteks *G. vaginalise* PCR test Pärnu haigla laboris).

Põhjusi, miks töötatakse välja molekulaarset diagnostikat bakteriaalse vaginooosi jaoks, on ilmselt mitmeid: molekulaarne diagnostika on objektiivne (vs mikroskooperija kogemus, tõlgendus); tulemust on võimalik kas siis kvantifitseerida või kvalitatiivse vastuse korral optimeerida analüütilise tundlikkuse piiri nii, et see korreleeruks kliinilise leiuga; uuring on spetsiifiline – saab määrata kindlat liiki (vs mittespetsiifiline morfotüüp mikroskoopia preparaadis); molekulaarne diagnostika on paindlik - markereid saab valida vastavalt parimale korrelatsioonile kliinilise haigusega (näiteks bakteriaalse vaginooosi korral toimuvad erinevate laktobatsillide liikide hulkades erisuunalised muutused, kuid mikroskoopial ei saa neid liike eristada); molekulaarsed paneelid võimaldavad kompleksdiagnostikat – lisaks bakteriaalse vaginooosi markeritele saab lisada muid võimalikke vaginiidiga seotud patogeene nagu pärmseened, trihhomonas jne; molekulaardiagnostika hind väheneb pidevalt vastupidiselt mikroskoopiaks vajaliku kvalifitseeritud tööjõu hinnale. Lisaks eelnevale pole ka mikroskoopial põhinevad hindamissüsteemid ideaalsed: ka mikroskoopia on vaid kaudne meetod ning paljudel juhtudel jääb tulemus ebamääraseks. Näiteks Nugent skoori korral langeb 8-22% kõigist proovidest vahepealsesse kategooriasse, mille tähendus on ebaselge (Menard JP et al, 2008). Erinevate diagnostika meetodite hindamise teeb problemaatiliseks ühese kuld-standardi puudumine. Kasutades standardina Gram'i preparaati on saadud Amsel'i kriteeriumite tundlikkuseks 70-92% ja spetsiifilisuseks 77%, kasutades aga standardiks kliinilisi kriteeriume on Gram'i preparaadi tundlikkus vahemikus 62-100%. Samuti on sage (50-75%) asümptomaatiline vaginooos, mille tähendus tundub ebaselge ja mis võib mõnikord lihtsalt tähendada mikroskoopial põhinevate skooride mittespetsiifilisust. (<http://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis>, 2013; Magnot-Bertrand J et al, 2012)

3. Paneelide ülesehitus ja kasutamine võib tekitada olukordi, kus bakteri leidu seostatakse haigusega. Näiteks on tervetel naistel tupe mikroflooras Gardnerella vaginalise, Atobium vaginae, Mycoplasma hominise, Ureaplasma urealyticumi, Ureaplasma parvumi leid sage. Ka kaebuste korral ei viita nende leid põhjuslikule seosele haigusega.

Laboratoorse leiu ja haiguse seostamist on diskuteeritud allpool. Põhimõtteliselt vajab igasugune leid interpreteerimist vastavalt haigustekitaja iseloomule ja hulgale, patsiendi seisundile jne. Selliseid olukordi, kus mingit leidu võidakse valesti tõlgendada (või tõlgendamata jätta) täielikult vältida pole võimalik, kuid neid saab ilmselt oluliselt ennetada laboratoorse meditsiini ja klinitsistide tihedama koostöö ning sellega kaasneva koolitustegevuse kaudu.

Gardnerella vaginalise ja *Atopobium vaginae* esinemise ning bakteriaalse vaginooosi puhul võib ilmselt tõesti rangelt võttes väita, et põhjuslik seos on nõrk. Bakteriaalne vaginooos on eelkõige mikrobiökoloogia häire (düsbioos), kus on toimunud muutused paljudes erinevates mikroobigruppides (Srinivasan S and Fredricks DN, 2008). Laboratoorse diagnostika korral ei hinnata mitte muutusi komplekselt (kuigi ka see oleks võimalik, vt Whitley R, 2008), vaid kasutatakse erinevaid kaudseid indikaatoreid nagu võtmerakkude esinemine, grampositiivsete pulbakterite (ja muude morfotüüpide) hulgad, *G. vaginalise* esinemine (ja hulk) jne. Molekulaarsetes kompleksdiagnostika paneelides on hinnatud mitmete erinevate indikaatormikroobide sobivust. Nii kirjanduse põhjal kui ka Quattromedi läbiviidud uuringus osutusid kõige sobivamateks just *G. vaginalis* ja *A. vaginae*, mis on kõige tundlikumad vaginooosi indikaatorid (Menard JP et al, 2012; Dumonceaux TJ et al, 2009; Verhelst R et al, 2004; Menard JP et al, 2010; Menard JP et al, 2008). Probleemiks on siin tõesti asjaolu, et nimetatud mikroobe võib leiduda mõnikord ka tervete naiste vaginaalses mikrobiotas. Samas on tervetel nende mikroobide hulgad oluliselt madalamad. Et parandada testi spetsiifilisust tuleks määrata neid mikroobe kas kvantitatiivselt (ja diagnostiliselt oluliseks loetakse alates mingist piirkontsentratsioonist) või muudetakse testi analüütilist tundlikkust (nihutades see lähedale kliiniliselt olulisele kontsentratsioonile – nagu on tehtud Quattromedi paneelis). Vaginaalse mikroobikoosluse uurimine erinevate haigusseisundite korral on tänu tehnilistele võimalustele (nagu pürosekvenerimine) kiiresti arenev valdkond ning kuigi juba praegu on molekulaardiagnostilised testid oma tulemuselt heas korrelatsioonis klassikaliste kriteeriumitega, täiustub lähiajal nimetatud diagnostika kindlasti veelgi, võimaldades kompleksdiagnostilistes paneelides määrata ja interpreteerida paljude oluliste markerite muutusi. Selles osas pole ka Quattromedi paneelid midagi lõplikku ja staatilist, vaid pidevas arengus täpsema ja optimaalsema diagnostikalahenduse suunas, kasutades uusimate teadusuuringute tulemusi ning loodetavasti ka naistearstide, veneroloogide jt kliiniliste spetsialistide kogemusi.

4. *Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum ja Ureaplasma parvum* käsitlemine suguhaigustena on eksitav.

Mükoplasmade ja ureaplasmade osa erinevates suguteede infektsioonides ja seos muude haigusseisunditega on komplitseeritud ja lai teema, mida siinkohal pole võimalik ammendavalt käsitleda. See arutelu väärriks vähemalt omaette konverentsi. Kokkuvõtvalt võib väita, et nimetatud patogeenide rolli on erialaspetsialistide poolt korduvalt ümberhinnatud ning ka hetkel, nii nagu kogu maailmas, nii ka Eestis, võib nii teadlaste kui ka praktiseerivate arstide seas kohta väga erinevaid seisukohti nende ravi ja kliinilise olulisuse osas. Nende rolli hindamisel infektsioonides on üheks oluliseks aspektiks järjest täpsem alatüüpide ja virulentsusfaktorite selgitamine. Kui hiljuti eristati eri liikideks erineva patogeensusega *U. urealyticum* ja *U. parvum*, siis mõningate uuringute kohaselt koosneb ka *U. parvum* erineva virulentsusega alagrupidest (De Francesco MA et al, 2008). Erinevalt klassikalistest meetoditest võimaldaks molekulaarne kompleksdiagnostika potentsiaalselt eristada ja määrata selliseid kõrge infektsiooni/patoloogia riskiga tüüpe (sarnaselt näiteks papilloomiviirusega). Kuni täiendavate teoreetiliste teadmiste kogunemiseni jääb lõplik otsus diagnostika teostamise ja interpretatsiooni osas konkreetsele raviarstile. Samas tuleb mõnda, et ühine arutelu ja teatud osas konsensuse saavutamine nimetatud patogeenide käsitlemisel oleks vajalik.

Olemasolevad ja võimalikud ohud seoses paneelide kasutamisega:

1. *Paneelide kasutamine suurendab asjatuid tervishoiukulutusi diagnostikale ning võib viia asjatutele ravikuludele,*

Tegemist on oletusega, mille kinnituseks pole toodud ühtegi uuringut (nt kus oleks võrreldud diagnostika, ravi ja muid kaudseid kulusid juhuslikult valitud patsientidel, kellel on diagnostika teostatud kompleksuuringuga ja kellel mitte). Kuigi suguhaiguste kohta publikatsioone sellistest uuringutest ei leidnud, on näiteks hingamisteede infektsioonide korral näidatud molekulaarse kompleksdiagnostika kuluefektiivsus võrreldes klassikaliste meetoditega (Dundas NE et al, 2001; Mahony JB et al, 2009). Erinevate diagnostikameetodite kuluefektiivsuse hindamisel tuleb arvesse võtta ka kiiremast ja täpsemast diagnostikast tulenevad kaudsed mõjud nagu näiteks täiendav kokkuvõid diagnostika pealt, täpsem ja kiirem ravi, mõju hospitaliseerimise kestusele, hilisemate tüsistuste esinemine ja nende ravikulud ning mõju ühiskonnale (näiteks viljatuses) jne. On näiteks näidatud, kuidas kiirem ja täpsem (kuid laboratoorse testi hinnalt kallim) molekulaarne diagnostika mõjutab infektsioonide ja patogeenide ülekande riski ning võib kokkuvõttes vähendada summaarselt patsiendi diagnostika ja ravi kulusid (Stürenburg E, 2009; Polisena J et al, 2011). Hinnanguliselt kulutatakse arenenud maades diagnostikale vaid 2% kõigist tervishoiukuludest, kuid selle mõju on 60-70% tervisega seotud otsustele (Okeke IN et al, 2011). Loodetavasti teostatakse ja publitseeritakse taolisi (kuluefektiivsuse ja kulutuluse) uuringuid ka suguteede infektsioonide diagnostiliste paneelide kohta. Seksuaalsel teel levivate infektsioonide laboratoorset diagnostikat Eestis ning selle võimalikku mõju diagnoosi kvaliteedile ning suguhaiguse järelevalvele oleme käsitlenud oma eelnevas uuringus (Naaber P et al, 2005).

2. Paneelide kasutamine võib põhjustada ülediagnostikat ja põhjendamatu ravi,

Ühelt poolt on tegemist oletusega, mille kinnitamiseks pole toodud ühtegi fakti (vt eelmine punkt). Teiselt poolt võib üldisemalt nii väita igasuguse diagnostika kohta. Ilmselt igäüks võib tuua oma praktilisest kogemusest näiteid, kus diagnostikat (laboratoorset testi või muid diagnostikameetodeid) on tehtud näidustuste puudumisel või on interpreteeritud valesti. Triviaalne tõsiasi on ju, et igat laboratoorset leidu tuleb arsti poolt interpreteerida, ning et positiivne tulemus (mikroobi leid, antikeha olemasolu jne) ei tähenda automaatselt ägedat haigust, mida peaks ravima, vaid see võib olla seotud ka kolonisatsiooniga, asümptomaatilise infektsiooni, kontaminatsiooni, mikroobi transitoorse leiu vms-ga. Nii nagu see kehtib igasuguse diagnostika puhul, on see oluline ka molekulaarse kompleksdiagnostika korral. Kuid kuna kompleksdiagnostika annab rohkem (kasulikku) informatsiooni, võib sellega kaasnev interpretatsioon olla keerulisem ning vajada senisest tihedamat labori ja klinitsisti koostööd. Quattromed on selles osas võtnud suuna konsultatsiooniteenuse parandamiseks ja uuringutulemuste täiendava laborisisesse interpretatsiooni juurutamiseks. Samas mõistame, et see ei saa toimuda ilma mõlema osapoole huvi ja koostööta.

3. Põhjendamatu ravi suurendab ohtu antibiootikumide ravimresistentsuste tekkeks,

Selle väitega võib täiesti nõustuda. Antibiootikumide ebaõige kasutamine on üldtuntud tõsiasi ning arvatavasti võiks antibiootikumide kasutamist vähendada 50% ilma negatiivsete tagajärgedeta (Dryden MS et al, 2009). Ekspertarvamuste kohalselt oleks antibiootikumide ülekasutamist ja sellest tulenevat ravimresistentsust võimalik vähendada just parandades täpsema ja kiirema diagnostika kättesaadavust (Okeke IN et al, 2011) ning selles mõttes on diagnostika tähtsus selgelt alahinnatud. Näiteks võiks molekulaarne kompleksdiagnostika ambulatoorses praktikas oluliselt vähendada mittevajalikku antibiootikumravi, kuna ilmsete viiruslike infektsioonide korral on tavaline igaks juhuks antibiootikumide kasutamine (Brittain-Long R et al, 2008; Brittain-Long R et al, 2010). Nagu haigekassa auditi põjal näitasime, on antibiootikumide ülekasutamine tavaline ka Eesti ambulatoorses praktikas (Naaber P & Naaber J, 2005). Suguteede infektsioonide kompleksdiagnostika mõju antibiootikumide kasutamisele ning ravimresistentsuse dünaamikale oleks kindlasti huvitav ja praktilist kasu pakkuv teadusteema.

4. Põhjendamatu ravi on seotud tupe mikrofloora tasakaalu häirumisega ja sellest tulenevate uute probleemide tekkega (sh antibiootikumide kasutamisel tupe kandidiaas),

5. Üle- ja väärdiagnostika võivad põhjustada psühholoogilisi probleeme ja võib varjata psühhosomaatilisi probleeme

Jällegi täiesti õiged väited. Võimalikult õige diagnostika ja selle adekvaatne interpretatsioon võiks selliseid sekundaarseid probleeme ennetada. Samuti vähendab kiire ja õige diagnostika suguhaiguste levikut ning muid sekundaarseid probleeme (kroonilised põletikud, viljatus jne).

Eelpool esitatud põhjenduste alusel võib väita, et molekulaarse kompleksdiagnostika temaatika pole mitte ainult, ega ka mitte eelkõige, Quattromediga seonduv, vaid tunduvalt laiem nii Eesti kui ka rahvusvahelises kontekstis. Seega tuleks diskussiooni kaasata laiemalt kliinilise mikrobioloogia, laborimediitsiini ja teiste asjassepuutuvate erialade esindajad.

ENS avalduse mitmed seisukohad viitavad eelkõige puudulikule kommunikatsioonile laborimediitsiini ja klinitsistide vahel ning ilmselt pole ka Quattromed ega teised molekulaardiagnostikaga tegelevad laborid piisavalt selgitanud ja tutvustanud uute diagnostikasuundade eelseid, võimalusi ja võimalikke ohtusid valesti tõlgendamisel.

ENS-i (nagu iga erialaseltsi) seisukohavõtt on äärmiselt kaalukas dokument, mis peaks olema juhendumiseks kõigile arstidele. Seetõttu võiks see põhineda rahvusvaheliselt aktsepteeritud seisukohtadel ning olla kooskõlas tõenduspõhise mediitsiini põhimõtetega. Leian, et sellistes interdistsiplinaarsetes küsimustes võiks olla korrektne praktika asjassepuutuvate erialaseltside (antud juhul näiteks ELMÜ, ENS, STLIEÜ, EIS) ühine seisukoha väljatöötamine (või vähemalt nende korrektne informeerimine).

Eeldan, et meie ühine huvi on tõenduspõhise, optimaalse ja kaasaegse diagnostika võimaldamine kõigile raviasutustele ja arstidele ning lähtume siinkohal eelkõige patsientidele parema diagnostika ja ravivõimaluste seisukohast.

Eespooltoodud seisukohti arvestades oleme planeerinud mitmeid tegevusi, et parandada info kättesaadavust ning koostööd nii naistearstide kui ka teiste kliiniliste distsipliinide esindajate vahel.

Näiteks oleme kavandamas molekulaarse kompleksdiagnostika alaseid diskussioone mitmetel erialaseltside sümposiumitel. Loodame siin ENS ja teiste asjassepuutuvate seltside esindajate aktiivset abi ning nõuandeid. Samuti on kavas publitseerida Eesti mediitsiiniajakirjanduses vastavat diagnostikat tõenduspõhiselt käsitlevaid artikleid - jällegi igasugune koostöö sh. kaasautorlus on teretulnud. Sooviksime ka käivitada koostööna laiema uuringu vaginoosi/vaginiidi paneeli kliiniliseks hindamiseks, kus loodame igakülgset koostööd naistearstidega.

Meeldivat koostööd soovides,

Paul Naaber, MD, PhD

Quattromed HTI infektsioonhaiguste keskuse juht

TÜ mikrobioloogia instituudi vanemteadur
