



Kliinisessä lääketieteessä ja sen monilla tutkimusaloilla on lukuisia kiistanalaisia aiheita ja käytäntöjä, joista on perustellusti hyvinkin mahdollista olla eri mieltä. Eri näkökulmat parhaimmillaan täydentävät kokonaisnäkemyistä mutta toisaalta saattavat myös hämmentää ristiriitaisuudellaan.

Aikakauskirja Duodecim avaa uuden NAPIT VASTAKKAIN -palstan, jonka tarkoituksena on nostaa esille tällaisia ristiriitaisia lääketieteen teemoja. Toivomme lukijoiden ottavan aktiivisesti kantaa, esittävän kritiikkiä tai vaihtoehtoisia toimintatapoja

Turistiripulin mikrobilääkehoito

Aikakauskirjan matkailulääketieteen teemanumerossa (4/2010) Lääveri ym. kirjoittivat selkeästi turistiripulista. Olen eri mieltä heidän suosituksistaan, jotka koskevat turistiripulin mikrobilääkehoitoa. Kirjoittajat toteavat: ”Turistiripuli on itsestään ohimenevä sairaus, jonka perushoitoon ei kuulu mikrobilääkitys, paitsi erityisryhmille.” Kirjoittajat hyväksyvät, että suurella osalla lomamatkailijoista seitsemän vuorokauden lomasta ja 1000–3000 euron sijoituksesta keskimäärin neljä vuorokautta voi kuluu oksennus-ripulitaudin kourissa (Casburn-Jones ja Farthing 2004). Kuten artikkelissa sanotaan, nopeasti aloitettu mikrobilääkitys lyhentää turistiripulin kestoa 0,7–1,5 vrk (De Bruyn ym. 2000). Kun mikrobilääkehoitoon lisätään heti suolen liikkuvuutta estävä loperamidi, ripuli loppuu muutamassa tunnissa ja loma- tai työmatka on pelastettu (Sanders ym. 2007). Kirjoittajat suosittelevat mahdollisen mikrobilääkehoidon pituudeksi 3–5 vrk. Miksi, kun selvästi on osoitettu, että yksi annos mikrobilääkettä turistiripulin hoidossa on riittävä (Sanders ym. 2007)?

Tutkimusten ja ulkomaisten suositusten perusteella määrään kaikille matkoille lähteille ystäväilleni ja potilailleni nesteytysohjeiden lisäksi lääkelaukkuun loperamidia (4 mg:n kerta-annos, ei suositella alle viisivuotiaille lapsille mahdollisten haittavaikutusten takia), levofloksasiinia (500 mg:n kerta-annos, lapsille 10 mg/kg) ja atsitromysiiniä (1 g:n kerta-annos aikuisille, lapsille kerta-annos 20 mg/kg, maksimi 500 mg) (Mackell 2005, Sanders ym.

2007). Atsitromysiini ja loperamidi otetaan heti ensimmäisen selvän ripuliulosteen jälkeen. Jos oireet jatkuvat 12–24 tuntia, voidaan hoitoon lisätä kerta-annos levofloksasiinia.

Olen hyvin tietoinen siitä, että nämä ohjeet lisäävät antibioottien kulutusta ja lääke-resistenssi voi lisääntyä. Minun järkeeni ei kuitenkaan mahdu, että lomamatkalla saatua ja matkan pilaavaa ripulitautia ei suositella heti hoidettavaksi kiistattomasti tehokkaalla mikrobilääkkeellä. Aiheetonta ja tehotonta mikrobilääkehoitoa pitää välttää, mutta matkailijan yleisin vitsaus turistiripuli ei ole oikea kohde. ■

KIRJALLISUUTTA

- Casburn-Jones AC, Farthing MJG. Traveler's diarrhea. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:610–8.
- De Bruyn G, Hahn S, Borwick A. Antibiotic treatment for travellers' diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, Issue 3. Art No:CD002242. DOI:10.1002/14651858.
- Mackell S. Traveler's diarrhea in the pediatric population: etiology and impact. *Clin Infect Dis* 2005;41:S547–52.
- Sanders JW, Frenck RW, Putnam SD, ym. Azithromycin and loperamide are comparable to levofloxacin and loperamide for the treatment of traveler's diarrhea in United States military personnel in Turkey. *Clin Infect Dis* 2007;45:294–301.



OLLI RUUSKANEN, infektioautiopin professori
TYKS:n lastenkliniikka
PL 52, 20521 Turku

SIDONNAISUUDET

OLLI RUUSKANEN: Ei ilmoitusta.