

# Kliinikum Leht

S I S E L E H T nr 68 Oktoober 2004

- Kliinilis-patomorfoloogilised koosolekud
- Kliinikumi teadustöö preemia
- Mati Ress 65



## Kuidas edeneb kliinikumi uue maja projekt?

Intervjuu projektijuht **Toomas Kivastikuga.**

**Kui kaugel on praeguseks arenenud kliinikumi uue maja projekt?**

Praegu on uue hoone esimese ehitusjätkorra projekt eskiisprojekti staadiumis. Eskiisprojekt peaks kõigi eelduste kohaselt valmima novembri lõpuks ja seda koostab Arhitektuuribüroo Kalle Rõõmus. Edasine protseduur on selline, et projekti saamiseks korraldatakse riigihange, et tuleva aasta alguses saaks projekteerimist alustada. Projekteerimiseks on ette nähtud terve 2005. aasta.

**Mis ajaks peaks uus maja olema valmis?**

Kliinikumi uus hoone peaks valmis olema umbes 2008. aasta keskpaigaks, kuid jäetud on ka mõnekuune lõtk; kindlasti peab uus hoone valmis olema 2008. a lõpuks.

**Missugused allüksused uude hoonesse täpselt tulema peaks?**

Praegune plaan on selline, et sinna uude maja koondatakse operatsiooniplokk, intensiivravi osakond, erakorralise meditsiini osakond, naistekliinik, suur osa praegu Vallikraavi tänaval paiknevast hematoloogia-onkoloogiakliinikust, v.a radio- ja onkoteraapia osa, mis kahjuks esimeses järjekorras sinna üle tulla ei saa. Radio- ja onkoteraapia korpus on järgmise etapi ülesanne. Lisaks nimetatule läheb uude hoonesse tervenisti üle närvikliinik.

Projekti kolmandasse etappi kuulub terve aktiivravi kompleksi (sealh ka sise-



Foto: Jaak Nilson

**Kliinikumi spordipäeval märgiti maha tulevase hoone piirid.**

kliiniku ja lastekliiniku) ühendamine ühte hoonesse.

**Kas on sel teemal veel mingeid lahendamist ja arutamist vajavaid probleeme ja kitsaskohti?**

Diskussioonikohti on praegu veel väga palju, võib öelda, et praktiliselt iga küsimus on selline, mis nõuab läbiarutamist ja kooskõlastamist. Kogu see asi ongi üks suur diskussioon, saavutada tuleb veel palju kompromisse. Eskiisprojekti tegemise ajal ongi hea võimalus uut

hoonet puudutavaid diskussioone pidada, sest see võimaldab projekteerimise faasis aega kokku hoida.

**Kui kaugel on uue hoone jaoks raha taotlemine?**

Praeguseks on Euroopa Liidu tõukefondidest raha eraldamise kohta olemas valitsuse põhimõtteline otsus, mille järgi eraldatakse raha kliinikumile, Põhja-Eesti Regionaalhaiglale ja Pärnu Haiglale. Lõplik otsus konkreetsete summade kohta on praegu veel puudu. Hetkel tegeleme

muuhulgas ka täistaotluse koostamisega raha eraldamiseks. Seal peab olema põhjendus, miks me vajame just nii palju raha kui 210 miljonit. Projekti kogumaksumus on ligikaudu 400 miljonit, tõukefondi rahadest üle jääv osa kaetakse pangalaenu abil.

Toomas Kivastikuga vestles  
**RIINA KUIK**

## Kliinikumi teadustöö preemia laureaadid on selgunud

Tartu Ülikooli Kliinikumi teadustöö preemia on uurimistöö "Hambakaaries Eesti 3aastastel lastel" eest pälvinud dr **Jana Olak**, dr **Reet Mändar** ja dots **Mare Saag**.

Tartu Ülikooli Kliinikumi teadustööpreemia anti esmakordselt välja 1999. aasta oktoobris, mil Tartu Ülikooli arstiteaduskond ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum korraldasid ühiselt arstiteaduskonna päevi.

Kliinikumi ülemarst **Margus Ulst** andis preemia üle arstiteaduskonna aastapäeva pidulikult aktusel 8. oktoobril Tartu Ülikooli aulas.

Kliinikumi teadustöö preemia suurus on 5000 krooni.

KLIINIKUMI LEHT

### Kokkuvõtte uurimusest

Hammaste tervise seisukohalt on väga oluline hoida tervena väikelapse hambad. Kui 3. eluaastani ei ole lapsel hambakaariest, siis on tal ka edaspidi terved hambad kui neil, kel juba väikelapsena esineb hambakaaries ja on vaja hambaid parandada.

Hambakaaries on multifaktoriline haigus, mille tekkimiseks peab olema täidetud neli tingimust: esiteks peavad suus olema hambad, teiseks peab suhu sattuma suhkru sisaldavaid toitaineid, kolmandaks on vajalik mikroobide olemasolu. Suus on üle saja erineva mikroobi, aga hambakaariese seisukohalt on olulised just need mikroobid, mis tekitavad hambakaariest: *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus sp.*, *Actinomyces sp.* jpt. Kui meil õnnestub enne kolmandat eluaastat vältida nakatumist *Streptococcus mutans*'iga, siis edaspidi on lapsel palju terved hambad.

Neljandaks faktoriks kaariese arengus on aeg; st, mida sagedamini me tarbime suhkru sisaldavaid toiduaineid ja jookke, seda kauem püsib suus happeline kesk-

kond ja seda intensiivsemalt hambad lagunevad. Üheks kaariese erivormiks selles vanuses on nn lutipudelikaaries, mis ilmneb laialdase kahjustusena väikelapse esimestel ülemistel hammastel ning viitab lapse valele toitmisel imikueas - laps jääb magama piim suus või saab liiga sageli rinnapiima ja mahla. Sellele lisandub puudulik hammaste pesemine.

WHO andmetel esineb hambakaariest Soomes 9%, Rootsis 7%, Hiinas 46%, Lätis 52% alla 3a lastel. Lutipudelikaariest on erinevates riikides 1-70% väikelastest; Soomes ja Rootsis ainult mõnel protsendil.

Kuna Eesti selle vanuserühma kohta varasemad andmed puudusid, siis antud uurimistöö eesmärgiks oli selgitada hambakaariese, sealhulgas lutipudelikaariese levik Eesti 3aastaste laste hulgas. Hinnati 472 lapse hammaskonna seisundit Eesti erinevates piirkondades kokku seitsmes linnas: Jõhvi, Pärnu, Tallinn, Tartu, Valga, Viljandi, Võru. Laste keskmine vanus oli 41 kuud. Uuring viidi läbi vastavalt WHO



Jana Olak.

nõuetele, dmft-(karioossed + ravitud + eemaldatud hambad) indeks määrati, kasutades peeglit, sondi ja pliiats-taskulampi.

### Tulemused

Kaariesest kahjustatud hammaskonnaga 3aastaseid lapsi oli Eestis keskmiselt 39,2%, kõige rohkem Võrus ja Valgas - 56,2%, kõige vähem Viljandis - 30,3%. Dmft-indeksi keskmine

väärtus oli 1,6 (st 1,6 kahjustatud ja/või plombeeritud hammast ühe lapse kohta). Dmft-indeks oli väiksem Tartus - 1,07 ja suurim Võrus - 2,37. Lutipudelikaariest esines 14-31% (keskmiselt 20%) lastest. Kaariesega lastest oli ainult 27,6% käinud hambaarsti juures ja neil oli hambaid ravitud. Emade küsitlusel selgus, et laste hambaid hakatakse pesema lapse 1- või 2aastaseks saamisel, vastavalt 27% ja 34% vastanutest. Hammaste lõikumisel nagu soovivad hambaarstid, hakkab hambaid pesema ainult 7% vanematest. 10% lastest

Järg lk 2

## Algus lk 1

pole 3. eluaastaks hambaid üldse pesnud.

Oluline on, millal laps saab esimese kommi. Kui esimene komm on antud, siis edaspidi hakkab laps komme tihti saama. Esimene komm antakse lapsele tavaliselt 1aastaseks (44% vastanutest) või 1,5aastaseks (24% vastanutest) saamisel.

## Järeldused

Karioosete hammastega 3a lapsi on Eestis rohkem kui 1/3, ka lutipudeli-kaariest esineb küllalt sageli. 3/4 lastest, kes vajaksid hammaste ravi, pole seda mingil põhjusel saanud. Töö tulemused viitavad vajadusele intensiivitada selgitustööd väikelastega tegelevate arstide ja lapsevanemate seas.

## Lõpetuseks hambaarstide soovitusel vältimaks väikelaste hambakaariest:

1. Esimest korda võiks lapsega hambaarsti külastada 12-15 kuu vanuselt. Ka piimahammaste kontroll ja ravi on oluline.
2. Lapsel tuleks hakata hambaid pesema kohe, kui need on löikunud, see on lapse 6-8 kuu vanuselt ja hambaid pesta kaks korda päevas. Esi-alku, kui laps ei oska sülitada, siis pesta ainult veega.
3. Laps ei tohi toit suus magama jääda. Kuna magades on sülge vähe, siis jääb toit hammastele kauaks püsima ja kogu aeg toimub mineraalainete kadu hammastest - seega hammaste lagunemine. Ei tohi ka lonksutada mahlade ja suhkrut sisaldavate teedega, pärast iga lonksu on suus jälle happeline keskkond.
4. Vältida mikroobide edasikandumist emalt lapsele. Selleks ei tohiks lapsevanem kasutada lapsega ühised toidunõusid, see tähendab, et ei tohiks süüa ühe lusikaga ja juua ühest klaasist. Mitte panna ka mahakukunud luttu endale ja seejärel lapse suhu.

JANA OLAK,  
lastestomatoloogia osakonna  
arst-õppejõud

## Dr Mati Ress 65

## 1. oktoobril tähistas oma 65. sünnipäeva kardiiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliiniku kardiokirurgia osakonna kauaaegne juhataja dr Mati Ress.

Mati Ress sündis 1. oktoobril 1939. aastal Valga linnas. 1964. aastal lõpetas ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ravi erialal, seejärel asus tööle Tapa linnahaigla kirurgia osakonda. 1969. aastast alates oli dr Ress sama haigla kirurgia osakonna juhataja.

1973. aastal sai dr Ressist Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalkirurgia kateedri aspirant. 1975. aastal loodi Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas iseseisev kardiokirurgia osakond, mille juhatajaks määrati Mati Ress, kelle ülesandeks sai uue osakonna



moodustamine ning tööle rakendamine. 1976. aastal viibis dr Mati Ress spetsialiseerumiskursustel Bakulevini nimelises Südame- ja Vere-soontekirurgia Instituudis, kus viibis ka hiljem täiendusel. 1988. aastast omab dr Mati Ress kõrgemat kvalifikatsiooni kardiiovaskulaarkirurgia erialal.

1993. aastast alates on ta regulaarselt tegelema üliõpilaste, residentide ja arstide õppetöö ning täienduskoolitusega kardiiovaskulaar- ja torakaalkirurgia õppetooli ning arstiteaduskonna täienduskeskuse juures.

1992. aastal pälvis dr Mati Ress koos kardiokirurgia osakonna kollektiiviga Eesti Vabariigi Teaduspreemia. Hilisemal ajal on ta end täiendanud põhiliselt konverentsidel ja seminaridel paljudes erinevates kohtades, sealhulgas Berliini Südamekeskuses. Ta on olnud üheks kaasaautoriks 84 teaduspublikatsioonil, samuti on dr Mati Ress Eesti Arstide Liidu, Eesti Kardioloogide Seltsi ja Rahvusvahelise Kardiiovaskulaarkirurgide Seltsi Liige.

Mati Ress on abielus, peres kasvab kaks last.

KLIINIKUMI LEHT

## KOMMENTAAR

DR ALARI ILVES,  
Keski-Pohjanmaa Sairanhoitopiiri  
kuntayhtymä (Kokkola, Soome)

Mati Ress on tõsimeelne ja aus töömehes. Järjepidevusega, ausa suhtumisega tööasjadesse ja probleemidesse on ta eeskujuks paljudele. Sõbralikult ja kannatlikult on ta pakkunud tuge minu teada kõigile oma töökaaslastele, sanitaridele, õdedele, noorematele ja vanematele, kogenenumatele ja vähem kogenenud arstidele. Julgen arvata, et isegi peaarstidele ja ministritele, juhul kui neil on võimalust ja taipu olnud temalt nõu küsida. Kannatlikult ja hoolitsusega on ta õpetanud tööd tegema noori, õigem oleks öelda kõiki, kes on mõistnud südamega tööd tegevast arstist eeskujuga õppetöö võtta. See on väga suur asi, õpetada oma esimesi samme astuvat noort inimest tööd tegema, mitte töö juures olema. Selline oskus ei tule iseenesest; on tänuväärne, kui kellelgi on piisavalt

kannatlikkust ja järjekindlust õpetada. See on kingitus kogu eluks. Arvan, et koolitajal nõudlikkusest puudu pole jäänud. Inimliku, mitte administratiivse tähelepanuga (nagu paraku sageli kombeks) on ta suhtunud kaastöötajatesse, proovinud mõista konkreetse inimese konkreetseid probleeme. Puhtinimlik julgus ja terve mõistus on lubanud vastu astuda tühja jahvatavale bürokraatiasinalale, arendada osakonda ja luua kindlustunnet kollektiivis. Olen päris kindel, et on väga palju neid, kellele Mati on eeskujuks olnud ja mul on hea meel, et olen ka ise võinud oma sõbralt õppida. Eelkõige näen Matis sūgavalt huumorimeest. Ameti poolest on ta arst, hea kirurg. Nagu me kõik teame, kõige tähtsamal kohal arsti töös on patsient, inimene oma suure murega. Peab märkama inimest, oskama temaga rääkida, looma haige inimesega usaldusväärse suhte. Haigus on loomulikult keskel kohal, seda tuleb ravida. Mati oskab hästi nii seda kui teist. Suurepärane kirurg teab, kuidas tehakse ja miks nii tehakse ja kui vaja, siis tehakse niikaua, kuni asi

on korras, mitte nii, et rutem töövaevast pääseks ja koju saaks.

Matil on isikupärane huumorimeel, tema olemus on asjalik, arutlev ja mõtlema sundiv - selline ta on. Jutuajamisel Matiga peab olema väga tähelepanelik, et mitte langeda mõne nalja ohvriks. Kui Mati on vahest väsinud, siis ta tukastab; vahel istudes, sekundiks, poole sõna pealt, samas on ta jälle virge arutama keerulist haigusjuhtu, ikka sūgavuti ja põhjalikult, küsides: „Mis on probleemi nimi, kas me teame? Miks on nii, kas see seletus on hea, midagi nagu ei klapi!“ Pikast arutlusest sünnib lõpuks tõde.

Uus põlvkond on kasvamas, töökuse ja sisukuse osas on neil Matist õppust võtta. Tunnustan Matit kui sūgavalt huumorimeest inimest, kes tunneb oma ametit ja seda au sees hoiab. Palju head jääb ütlemata, jäägu juubeli puhul tēpselt mainimata ka inimlikud nõrkused ja riigid, mis pole võõrad temalegi.

Head tervist ja õnne edaspidisteks aastateks!

## Frankofiilist anatoom, kes armastas seeni

Dotsent **Valter Pärtelpoeg** oli sõjajärgsetel aastatel arstiteaduskonna nooremate kursuste üliõpilaste hulgas üks populaarsemaid õppejõude.

Oli ta ju üks esimesi, kellele noviitsid oma stuudiumi alguses kokku puutusid ja psühholoogiast on teada, et esimene mulje jätab hästi tugeva jälje inimese teadvusesse. Populaarsust lisas Pärtelpoega mõistev ja heatahtlik suhtumine tudengitesse, joviaalne hoiak ja uudsusena tunduv frankofiilsus, millele lisandus veel siiras huvi seeneteaduse - mükoloogia vastu.

Anatoomiadotsendi silmatorkavalt punased põsed olid andnud talle hüüdnimeks "Roosamanna" ja see, sugugi mitte halvustav nimi kandus aastast aastasse uute tudengite kõnepruuki. Räägiti, et kord soovitanud vanemad meedikud uustulnukal pöörduda mingis küsimuses just Roosamanna poole. Maalt tulnud nooruk taipas, et tegemist on hüüdnimega, mida õppejõu kõnetamisel ei ole kohane kasutada ja kõnetas seejärel Pärtelpoega sõnadega: "Vabandage, seltsimees Manna..." Dotsent kuulanud kulumugi liigutamata küsimuse ära ja andnud siis ammendava vastuse, näitamata millegagi välja, et noor ja naiivne poiss eksis õige tublisti etiketi vastu.

Või teine lugu omaaegsest üliõpilaskooloorist. Keegi meestudeng, kes polnud kordagi varem Pärtelpoega kokku puutunud, pidi nüüd õppejõu anatoomikumis üles otsima. Kuidas seda kõige hõlpsamini teha? Teised soovitasid: mine ja otsi kiilaspead! Satubki Roosamannale vastu ja küsib viisakalt: "Vabandage, kas teie olete seltsimees Kiilaspea?" Pärtelpoeg vaikinud viivu, silunud siis pealage, mis läkis nagu Issanda pale ja küsinud rahulikult vastu:

1950. aasta sügisel tegid kolleegid väljasõidul Peedule Pärtelpoega eksperimendi - kumb lõhn, kas roosi või seene oma, meeldib anatoomile rohkem? Tulemus fikseeriti fotograafiliselt ja nii võivad järeltuleva põlvkonna esindajad ise interpreteerida selle teadusliku katse resultaati.



"Jah, olen vist küll. Noh, mis teil siis oli?"

Meenutatakse sedagi, et kui II kursusel tüütud anatoomia loengud lõppesid, siis tõstnud kursuse meestudengid ta koos tooliga õlgedele ja kandnud pidulikus protsessioonis Vanast Anatoomikumist välja. Ees kõndis kursusevanem lillekorviga, mille õite vahelt piilunud häbelikult välja konjakipudeli kael, taga kõndinud üksmeelses kogu arvukas kursus. Nii et ei olnud mingit kahtlust, et anatoomiaõpetajat austati ja armastati.

Valter Pärtelpoegast järele jäänud paberite hulgast leidsin väikese sedeli, mille ülaosas oli venekeelne pealkiri "Nervnaja

sistema", selle all paar rida õige raskesti loetavat meditsiinilist teksti ja siis kakskeelne värs:

Милый Rosa-Manna  
He будь же так жесток.  
Kas sa ei taha panna  
Зачет за прекрасных ног?

Ega ei tahtnud küll. Dotsent Pärtelpoeg jäi elu lõpuni poissmeheks, ei olnud tal nõrkust ei alkoholi ega õrnema soo võludesse suhtes.

Frankofiilsusest nii palju. Tema koolitee oli alanud Peterburis, kus õppis gümnaasiumis esimese võõrkeelena toleaege

trendi kohaselt just prantsuse keelt. Sellest peale jäi muistsete gallide keel ja kultuur talle südamelähedaseks. 1930. ja 1938. aastal külastas ta pikemate Euroopa-reiside käigus Pariisi, mis jättis eriti tugeva mulje. Pole siis imeks panna, et ta armastas põimida oma kõnesse prantsuskeelseid sõnu ja lauseid. Seda ka õppetöö käigus.

Kirurgist kolleeg **Ants Rulli** meenutas 1986. aastal: "Valter Pärtelpoeg oli mees, kes tundis väga hästi oma eriala - anatoomiat. Laialdaste teadmistega tugev õppejõud. Ainult et tal esines mingi arusaamatu hirm suuremate avalike esinemiste ees. Hakkas ettekandega peale, läks üleni higiseks ja võis jääda väärt mulje, et ta ei tea asjast suurt midagi. Jäi tal tegemata kandidaaditöö anatoomiast. Samal ajal kirjutas ta suurepäraseid artikleid seeneteaduse alalt."

Tudengid teadsid, et kui neil läheb korra anatoomia eksamil viia kuidagi jutt seentele, siis tõstab see teema nende aktiivselt Pärtelpoega silmis õige tunduvalt. Mõnigi olla eksamil minnes kaasa võtnud mingi vähemtuntud seene ja palunud dotsendi abi selle liigi määramisel. Edasine arutelu käis juba rohkem mükoloogiast kui anatoomiast. Aga **Rayber-Kopschi** anatoomiaatlases kirjapandu ja kujutatud pidi igal juhul selge olema, selles osas Pärtelpoeg juba järeleandmisi ei teinud.

HILLAR PALAMETS

## NOPPEID TARTU MEDITSIINI AJALOOST

Kliinikumi 200. juubeli aastal ilmub igas lehenumbri  
Hillar Palametsa artikkel Tartu Ülikooli Kliinikumi  
ja arstiteaduskonna ajaloo kohta.



# Kliinilis-patomorfoloogilistest koosolekutest

Ajast aega on kliiniklaste ja patoloogide ühisüritusteks olnud kliinilise patoloogia koosolekud, kus arutatakse praktilises ravitöös enim probleeme tekitanud lahangujuhte, esmajoones nn lahkdiagnoose. Asjaosalised, samuti kõigi teiste kliiniliste erialade arstid ja meditsiinitudengid on neist ammutanud alati palju õpetlikku. Kunaigi pole palju või liiga hilja õppida neist diagnoosimise ehk siis ravi probleemidest, mis otseselt või kaudselt on seotud haige surmaga.

Mõistetamatutel põhjustel on kliinilis-patomorfoloogilisi arutelusid teinekord alahinnatud, mis avaldus näiteks selles, et kliinikumis tekkis kõnesolevate koosolekute korraldamises enam kui kolmeaastane paus. Alles käesoleva aasta esimesel pooltel toimus üle hulga aja jälle viljaka aruteluga koosolek ning järgmine oli 13. oktoobril.

Võidakse küsida, mis on neist koosolekutest kasu, miks ja kuidas peab neid korraldama? Kasu on eelõige selles, et erialade üha kitsamaks muutumine ja teinekord asjaolu, et erinevad spetsialistid töötavad tihti üksteisest eraldi korrustel või hoonetes, on tekitanud vajaduse ürituste järgi, kus mitmete erialade esindajad kohtuvad näost näkku teatud regulaarsusega. Niisuguste ühisürituste hulka kuuluvad kahtlemata ka kliinilise patoloogia koosolekud. Osalejad kuuluvad kolleegide vahetus esinemises seda, mida nad oma eriala spetsiifilisuse tõttu tavaliselt ei kohta, saavad aru muude erialade raskustest haiguste diagnoosimisel ja haige ravimisel. Kui arst ise ei kohta kõikvõimalike haiguste-ga patsiente või neid esineb tema praktikas harva, siis on kasulik alati arvestada teiste kogemustega. Arukas arst õpib muuhulgas ka teiste vigadest ja kes meist arukas olla ei tahaks. Tudengid ning verinoored arstid kuuluvad ja näevad kliinilise patoloogia koosolekutel palju niisugust, et mitte öelda arsti eriala pahupoolele kuuluvat, millest nende ettekujutus arstimisest ja oma tulevikutööst muutub palju konkreetsemaks.

Ja on veel üks aspekt, miks paljude erialade arstide osalemine kliinilise patoloogia koosolekutel muutub arstidele hädavajalikuks. Elanikkond vananeb, sellega seoses vananevad ka patsiendid. Mida vanem on haige, seda enam võib tal olla haigusi. Kui üks haigustest ägeneb ja patsiendi haiglasse toob, siis pole võimatu, et ka teised haigused muutuvad halvemaks ning põhjustavad mitmeid probleeme, mida selle kitsa eriala arst tavaliselt ei kohta. Näiteks kui teadvusehäirega patsient satub närvikliinikusse, siis võib ta raske seisund olla hoopiski tingitud südamehaigusest (septiline endokardiit), mille diagnoosimine ja raviprobleemid võivad selle eriala arstidele olla võõrad, mistõttu haige käsitlemine ei õnnestu kõige paremini.

Mõnikord tavatsetakse kliinilise patoloogia koosolekuid nimetada ka üritusteks, kus toimub lahkdiagnooside arutelu, teinekord aga lahangukonverentsideks. Teatud määral on see nimetus õige, sest koosoleku korraldamine saab alguse sellest, et surnut lahates leiab patoloog elundites teistsuguseid muutusi kui kahtlustas kliiniklane ja oma diagnoosis seda väljendas. Selletõttu jätab ravi teinekord soovida, sest seda haigust, mille all patsient tegelikult kannatas, pole haige ravimisel üldse arvestatud või on ravi osutunud ebapiisavaks. Järelikult on juba ammu aega kliinilise patoloogia koosolekute korraldamise aluseks kliiniliste ja lahangudiagnooside lahknevus. See ei tähenda hoopistükkis tõika, et iga lahknevusdiagnoosides on nii tähts, et õiget haigust teades oleks haige ellu jäänud. Eksisteerib rida olukordi, kus diagnooside lahknevusest hoolimata ei saa ravijat eriti süüdistada. Näiteks võivad diagnoosid lahkenda seetõttu, et haige oli haiglas mõni tund või päev ning arst ei jõudnud teha uuringut, mis diagnoosi õiges suunas viinuks. Teinekord on patsiendi haigus läinud nii kaugele, et juba haiglasse saabumisel oli ta seisund kokkusobimatu eluga. See, et arst

tegi oletusdiagnoosi, kasutas haigusnähtudest tulenevat ravi, ja et haige sellest hoolimata suri, on mõnel juhul paratamatu. Niisuguseid juhte tavaliselt kliinilise patoloogia koosolekutel ei arutata, sest tahes-tahtmata jõutakse arutelu lõppedes järeldusele, et kui haige ei oleks nii lühikest aega haiglas olnud, selgunuks õige diagnoos suure tõenäosusega. Patsient võib surra ka ravimatus staadiumis kasvaja tõttu, sest ta pöördus arsti poole lootusetult hilja. Väga palju ei anna arstidele edaspidiseks tööks ka konstateering arutelu lõppedes, et kui haige oleks õigel ajal tulnud, siis selgunuks surma põhjustanud haigus kindlasti. Tähtsat uuringut ei saa enam korraldada haige seisundi raskuse tõttu.

Tuleb kergendusega märkida, et neid haigusjuhte, kus haige käsitlemine oli vale, ravi suundumus väär ning selle põhjuseks arsti lohaku, teadmiste puudumine, teise arvamuse ignoreerimine, või see, et omaenda kitsa spetsialiseerituse tõttu ei osata kahtlustada muud peale "oma" haiguse ning seetõttu muu eriala kolleegidelt nõu ja abi ei paluta, polegi nii palju. Teiste sõnadega, lahkdiagnooside olemuses on teinekord suur vahe

ning arutelu väärivate juhtude väljavahimine seetõttu raske.

Tavaliselt selekteerib arutelu väärivate diagnoosidega juhtumid välja patoloog, seejärel arutatakse neid koosolekut juhatava kliiniklasega ja kui otsustatakse võtta arutluse alla just see konkreetne diagnostiline lahknevus, siis informeerib sellest patoloog asjaosalisi, kellel palutakse teha koosolekul lühike kokkuvõtte haiglas toimunud. Patoloog esitab seejärel lahanguandmed ning edasises arutelus peaks sündima õppimist vääriv tõde.

Lahangudiagnoosi ja kliinilise diagnoosi lahknevuse aluseks võtmine on klassikaline meetod kliinilise patoloogia koosolekute korraldamiseks. Aeg on aga edasi läinud. Praegusel ajal kasutatakse kliinikutes palju haige elupuhust koematerjali uurimist, mis lahendab teinekord diagnoosi enne, kui haige seisund eelnevalt tehtud väärast kliinilisest diagnoosist ja ravist halvemaks muutuks. Teisiti öeldes, diagnostilisi vigu esineb praktikas märksa rohkem, kui seda võib järeldada lahkdiagnoosidest pärast surnu lahkamist. Kuid tänu diagnoosimismeetodite täiustumisele (endoskoopiad, kompuutertomograafia jt) ning võimalusele saada elupuhune pilt kahjustatud elunditest vastavate kujutiste analüüsimise, endoskoopilise leiu visuaalse hindamise või koematerjali elupuhuse morfoloogilise uuringu abil, korrigeeritakse diagnoosimise ja raviprobleeme haige elupuhusel paljudel juhtudel üsna edukalt. Järelikult on paras aeg teha järgmine samm kliinilise patoloogia koosolekute korraldamises ja temaatika valimises. Vajalik oleks arutluse alla võtta juhtumid, kus haige ei surnud ja eksidiagnoos ei selgunud lahangu, vaid keerukate juhtude analüüs, kus diagnoosi aitas lahendada elundite ehituse muutusi peegeldavate kujutiste ja elupuhuste biopsiamaterjalide uurimine. Paljudes kohtades (erialades) ongi toimumas erialasisesed koosolekud, kus arutletakse iganädalasel kliinilise leiu võrdlust kompuutertomograafia või biopsia tulemustega. Need arutelud tuleksid viia aga erialade vahelisteks analoogiliselt kliinilise patoloogia koosolekutega, mis toimuvad lahangumaterjalil lahkdiagnooside alusel.

Järg lk 4

## KOMMENTAAR

**MARGUS ULST**,  
kliinikumi juhatuse liige ravi,  
õppe- ja teadustöö alal



Margus Ulst.

Anatoomilised konverentsid on üks meditsiini õpetamise "ürgsemaid" viise. Meenutagem või õppurite innusunud nägusid Rembrandti 1632. a maalil "Dr Tulpi anatoomia". Aja nõudel on patoanatomilised konverentsid lahanguaalist kolinud kliinilise keskkonda, lähemale ravitegevusele. Üheks põhjuseks võib olla see, et nii on mugavam raviarstidele (harjumatu on mulle see termin "kliiniklane") ja tudengitele. Paraku mugavusest ei viitsi paljud tohtrid enam üldse lahangukäia ega saada isegi residentide end asendamata. Lihtsam on lahkunu omastele vihjata: "Ega te ju ometi lahangu ei soovi?". Nii jäävad tõenäoliselt lahkamata mitmedki õpetlikud haigusjuhud ja välja selgitamata lahkdiagnoosid. Teisalt kaob raviarstil risk saada süüdistatud väärarstiks.

Lahanguaktiivsus on kliinikumis püsinud aastaid madal (lahatakse ca kolmandik surnutest). Üheks põhjuseks on ka patoloogide nappus ja ülekoormatus elupuhuse tsüto- ja histoloogiaga. Tihti on elupuhusel tehtud diagnostika piisav otsustamiseks surma põhjuse üle ja seega kaob ka vajadus lahanguks. Paraku juhtub sageli ikka nii, et lõplik tõde selgub alles lahangu. See leidis kinnitust ka 13. oktoobri kliinilis-anatoomilisel konverentsil - patsiendi ravi ajal objektiivsetel asjaoludel tegemata jäänud ehokardiograafia tõi kaasa lahkdiagnoosi. Tõenäoliselt poleks patsiendi saatust muutnud küll ka õigeaegne südameuuring, kuid see on vaid oletus. Kokkuvõttes oli sügisene konverents (nagu ka kevadine) suurepärase moralite, mis prof Vello Salupere professionaalsel juhtimisel sai ette kantud ja päädis õpetliku kokkuvõttega.

Kui arutatakse lahkdiagnoose, siis on intriig "etendusse" juba eos sisse kirjutatud. Ja olgem ausad, professori irriteeriv küsitlemisviis lisab sellele veelgi võrtsi. Nõrganärvilised lähavad rõõpast välja, samas vapramad asuvad ka vasturunnakule. Arstiteadlased ja muud teadjad saavad kommentaarides näidata oma eruditsiooni jne. See ongi see näitemängu ilu, mis publiku saali toob, kohati rõkkama ning aplodeerima paneb ning suurendab kliinikumi ühtsustunnet. Samas tuleb tunnistada, et osavõtjad on konverentsi ajal suhteliselt passiivses rollis ning vaid ootavad lõpptulemust - kas raviarst lahkub kilbiga või kilbil. Didaktilises mõttes oleks õppuritele kasulik, kui haigusjuhu detailid oleks varakult teada ja iga osavõtjal oleks võimalik valmis mõelda oma diagnoos ja eelnevalt esitada see õppejõule koos diferentsiaalagnostiliste variantidega nt intraneti vahendusel. Selline **probleemorienteeritud õppimisviis** oleks kahtlemata veelgi arendavam. Parimaid vastajaid saaks autasustada jne. Loomulikult ei tuleks sellisel moel käsitleda segaseid haigusjuhte, kus õige diagnoosi panek on raske ka vilunud raviarstile. Pigem sobiks prof Salupere artiklis väljapakutud haigusjuhud, kus õpetusiva selgub juba elupuhuse diagnoosimise käigus. Igal juhul tuleks haigusjuht korralikult ette valmistada, et esitatud andmete põhjal oleks ka kõrvalseisjatel võimalik püstitada korrektne diagnoos, ning seejärel haiguslugu kliinilis-patomorfoloogilisel konverentsil pedagoogiliselt õigete rõhuasetustega lahti seletada.

Mis puutub konverentside kavasse, siis nüüdseks on plaanid tehtud ka kevadsemestriks: konverentsid toimuvad **9. veebruaril, 6. aprillil, 11. mail 2005. a.** Järgmistel kordadel on kavas hakata konverentside üle kandma ka internetti, et õpetusest saaksid osa ka kliinikumist eemalviibijad. Samuti laieneb eeskõnelejate ring.

Veel kord suur tänu prof Vello Saluperele tehtud töö ja heasoovlike ettepanekute eest! **Kohtumiseni 8. detsembril A. Linkbergi nim auditooriumis kl 8.30.**

**ANDRES KULLA**,  
patoloogiateenistuse direktor



Andres Kulla.

Kliinilis-patoanatomiliste konverentside traditsioon on tõesti vana. Üheks nendele aluse panijaks tuleb pidada Saksa patoloog Rudolf Virchow'it (1821-1902), kelle günekoloogiakliinikus surnute lahanguleidude demonstratsioone kliiniklastele mäletatakse tänapäevalgi.

Kui lahanguleide tegevuse üks põhi-eesmärke on muuhulgas olla ka raviga kvaliteedi hindamise võimaldajaks, siis kliinilis-patoanatomiliste konverentside peamiseks sihi on keerukate haigusjuhtude juures kõigi elupuhusel ilmnunud diagnostiliste momentide ja lahanguleide esiletõuamise käigus ühisarutelu jõuda võimalikult tõelähedaste ja praktilise väärtusega tõdemusteni. Need peaksid aitama arste edaspidises tegevuses diagnostilisi ja ravitaktikalisi vigu vältida.

Meditsiini arenedes tõuseb loomulikult nii diagnostika kui ka ravi kvaliteet ning suhteliselt enam tuleb ette lahangujuhte, mille puhul jääb vaid üle konstateerida, et üliharv haiguse, seisundi

või ka haiguse kiire kulu tõttu oli surmlõpe haigele vältimatu paratamatus. Meditsiini areng on viinud selleni, et esialgu valesti diagnoositud või ravitud haigust on võimalik tõe selgumisel siiski edukalt ravida ja haige tihti ka paraneda. Oma osa on siin kindlasti ka elupuhuste morfoloogiliste uuringute hulga mitmekordsel tõusul viimastel kümnenditel. Tänu meditsiintehnoloogiale (endoskoopia, kompuutertomograafia, MRT-uuringud, ultraheli jt) arengule pole enam kehapiirkonda, mis oleks nõi- või peennõelabiopsiale kättesaamatu. Seetõttu moodustab ka kaasaegse patoloogi igapäevase tegevusest vaid ehk 1/3 lahanguleide tööd. Uute lisauurimismeetodite (immuno histo keemia, molekulaaranalüüs) kasutuselevõtt võimaldab patoloogil jõuda tõele lähemale kui varem. Kõik see eeldab patoloogilt samas ka laiemaid teadmisi kliinilisest meditsiinist ja tihedamat kontakti erinevate erialade kliiniklastega. Seetõttu toetan igati prof Salupere ettepanekut arutada kliinilis-patoloogilistel (ehk sobiv nimetus juhtudel, mis pole viinud veel lahangu) konverentsidel enam haigetele hästi lõppenud, kuid keerukaid ja õpetlikke juhte.

Muuhulgas, pidagem meele, et ka patoloogid on inimesed ja eksivad samuti. Seega on taoliste ühisarutelude läbiviimine kõigile osapooltele hädavajalik. Et oma igapäevast arstitööd järjest paremini teha!



Heljo Preem (paremal) juubeliõnnitlusi vastu võtmas.

# Dr Heljo Preem 80

15. oktoobril tähistati lastekliinikus lastepolikliiniku kauaaegse juhataja ja lastehaigla peaarsti asetäitja dr Heljo Preemi 80. juubelit.

Juubilaril õnnitlustseremoonial pidas prof Tiina Talvik meeleoluka ettekande juubilaril eluloo teemal. Dr Heljo Preem sündis 11. oktoobril 1924 Tallinnas ja lõpetas 1943. a Tallinna 5. keskkooli, 1944 astus ta TÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1951. a ja asus pärast seda tööle Tartu Kliinilisse Lastehaiglasse jaoskonnarstina. 1955. a viidi dr Preem üle Tartu Vabariikliku Haigla metoodilisse kabinetti arst-metoodikuks, alates 1960. a sai temast lastehaigla ftisiasater. 10. aprillil 1964 määrati Heljo Preem lastehaigla peaarsti asetäitjaks polikliinilisel alal, lastepolikliinikus Ülikooli 12 töötas ta kuni aastani 1982. 1983-1992 töötas dr Preem kooliarstina.

Kolleegide seas on dr Preem olnud alati lugupeetud, hoolikas arst ja hea organisaator, muuhulgas on ta ka üheks kaasautoriks omaaegsele tuntud käsiraamatule "Lapse tervishoid". Lastepolikliinikus kuuluvad tema suurimate teenete hulka eriarstiabi arendamine ja parem korraldamine ning polikliiniku ruumiline laiendamine ja 1982. aastal avatud filiaal Annelinnas. 1980. a avati lastepolikliinikus surdoloogipeediline kabinet, 1982. a alustas tööd lasteendokrinoloog. Dr H. Preemi olulisemateks teeneteks on riskilaste ja krooniliselt haigete laste põhjaliku uurimise sisseviimine, meditsiinilise dokumentatsiooni ühtlustamine; samuti see, et peaaegu kõiki alla laastaseid lapsi hakati tema eestvedamisel suunama neuroloogi ning ortopeedi konsultatsioonile, mis tol ajal oli positiivne suundumus.

Dr Evi Samarüteli meenutustes on Heljo Preem olnud alati kolleegide suhtes tähelepanelik ja julgustav, oskas lahendada kaebusi ega unustanud kunagi kolleegide tähtpäevi. Alati on ta olnud rühikas ja maitsekalt riides.

Lastekliiniku pere soovib dr Heljo Preemile õnne, tervist, optimismi ja võimet kõigest ilusast rõõmu tunda.

KLIINIKUMI LEHT

## Kliinikumi Leht

TOIMETUSE KONTAKTANDMED:  
TEL 5331 9423, 731 9423,  
E-POST riina.kuik@kliinikum.ee  
TOIMETAJA: RIINA KUIK  
KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS  
KUJUNDUS: K30  
TRÜKK: LAKRITO TRÜKIARV 1500 EKS.

ISSN 1736-1222

Algus lk 3

Raskus on selles, kuidas leida haigusjuhte, mida arutlusele võtta, sest erinevalt nahaangukoosolekute peaks siin initsiatiiv lähtuma kliiniklastest, kellelt ootaks mehisust pakkuda arutluseks juhtum, milles ise alguses mindi ekslikule teele, kuid mis laheneb haige elupuhusel. Ka huvitavad algusest peale õieti lahendatud haigusjuhud väärivad arutelu. Kui kliiniklaselt lihtsalt küsida, kes ja millise juhtumi aruteluks soovitab, siis eriti palju pakkumisi vististi pole oodata. Järelikult

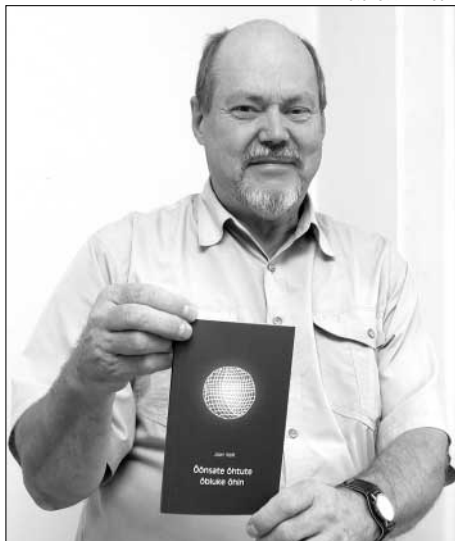
### ÜLESKUTSE

## Kes minevikku ei mäleta...

Kliinikumi töötajad, palun vaadake üle oma kodused fotoarhiivid ja pildialbumid - kindlasti leidub Teid hulgaliselt huvitavaid kliinikumiga seotud pilte kõikvõimalikel teemadel (igapäevatööst, üritustest jne). Palun saatke või tooge need Puusepa 1a, IV korrus, ruum 4114, avalikkussuhete juht Kristi Taelale või saatke aadressile Kristi.Tael@kliinikum.ee. Info telefonil 731 9310

KLIINIKUMI LEHT

Foto: Jaak Nilson



Jaan Kelg.

### Algoritmiline arstiteadus

On arstiteadus jõudnud sinna, Kus palju raskemad probleemid Ei lahendu arst-haige pinnal, Vaid elujõus on tegutsemisstrateemid.

Need algoritmid tagavad meil edu, Ei küsi, palju raisatud on sõnu. Siin tähtis on, et asi võtaks vedu, Mis sest, et mõõnab jutlemise mõnu.

Jääb siiski jõusse tohtri iidne tarkus: Sa ära haigust ravi, ikka haiget.

Siis vaibub seni kosund kõmn, Et haigest enam täna arst ei hooli, Ja tasaneks ka rumal kiusumõmni, Et arstid üldse ei tea asju pooli.

06.02.2000

TEAVITAMINE TAGAB LAHENDUSE  
<http://arvutiabi.kliinikum.ee/>

## Arvutiabi

Probleemid telefonide, arvutite või nende lisaseadmetega. Seadmete ja tarkvute tellimine.

Teata ARVUTIABISSE tel 731 9222 või saada e-kiri arvutiabi@kliinikum.ee

### Edastada tuleb:

- Kontaktsiku ees- ja perekonnanimi ning telefon
- Kliinik/teenistus ja osakond
- Probleemi asukoha andmed - aadress, korpus, korrus, kabinet
- Probleemi kirjeldus

oleks õigem meetod, kus kliinikumi ülemarsti initsiatiivil koostatakse aastane graafik, milles iga 2 kuu tagant toimuva arutelu peavad korraldama - s.o esitama oma juhud näiteks kahe eriala esindajad, näiteks kardioloogid ja reumatoloogid (või kardiokirurgid), gastroenteroloogid ja abdominaalkirurgid jne. Võibolla annaks see alust viljakaks diskussiooniks. Võimalik on korraldada koosolekuid lähtudes meetodist, näiteks analüüsida juhte, kus vigu tehti laparoskoopia raviotstarbel rakendamisel (günekoloogia, abdominaalkirurgia jne).

Veelkord, jääb soovida edu kliinilise patoloogia koosolekute regulaarselt korraldamisel Tartu Ülikooli Kliinikumis ja uut moodi, tänapäevaste kliinilise patoloogia arutelude juurutamisel. Haige ei peaks olema surnud, et tema haigusjuhtu erialadevahelistel koosolekutel arutataks.

**VELLO SALUPERE**,  
meditsiinidoktor, Tartu Ülikooli  
sisekliiniku emeritprofessor

Foto: dr Helli Kelgu erakogu



Maarjamõisa pargi kevadine korrastamine aprillis 1982.

## Dr Jaan Kelgul ilmus luulekogu

Septembrikuus ilmus sisekliiniku endokrinoloogil dr Jaan Kelgul luulekogu, mis kannab pealkirja "Õndsate õhtute õbluke õhin".

Tegemist on debüütikoguga; dr Kelgul on luuletajana alles noor autor, esimesed luuletused kirjutas ta alles viis aastat tagasi, 1999. aasta sügisel. Inspiratsiooni luuletuste kirjutamiseks sai Jaan Kelgul oma Peipsi ääres Nina külas asuvas maakodus. Luule-

letuskogu "Õndsate õhtute õbluke õhin" sai kaante vahele tänu dr Kelgu lähedaste julgustamisele. Jaan Kelgu luuletuste temaatika hõlmab meie igapäevast elu, oluline koht tema loomingus on muidugi elukutsest tulenevalt meditsiinil.

### Noor arst

Raamat, raamat  
Kogemuste koorukesed  
Logisev loogika  
Otsatu omatarkus  
Edev enesekindlus  
Raamat, internet  
Õilis õigustus  
Hüplevad hüpoteesid  
Uinutav usaldus  
Õõnsad õhulossid  
Raamat, internet  
Imetegijad iidolid  
Pöörsed pöörded  
Mööduvad moed  
Takkajärgi tarkus  
Internet, internet  
Kosuv kogemus  
Tunglev tunnetus  
Tarkuse tulv  
Dialektiline diakriis  
Põnev põetamine  
Internet, internet  
Haigusjuht ülekõige

15.12.2001

### Vana tohter

Raamat, raamat  
Kõike kuulnud  
Näod nähtud  
Ameti argipäev  
Hooliv hooletus  
Raamat, raamat  
Karm kahtlus  
Edendav ettevaatus  
Deviis de visu  
Edevuse epikriis  
Raamat, raamat  
Tegus töökindlus  
Toimiv tolerants  
Möödetud mõtted  
Üllatavad üldistused  
Raamat, internet  
Ulmelised uudised  
Looduse loogika  
Ülemuste ühmatused  
Üksikud ülemeelikused  
Raamat, internet  
Peaasi on patsient

31.01.2002



Kardioloogiakliiniku vastremonditud erakorralise kardioloogia intensiivravi palat.

Foto: Jaak Nilson

