

Kliinikumileht

S I S E L E H T nr 82 Jaanuar 2006

• Hemodialüüsi kabinet Valgas

• VideoEEG kabinet närvikliinikus

• Arstiteaduse doktori vandetöötusest

Professor Veiko Vasar 50

16. jaanuaril tähistas 50. sünnipäeva kliinikumi psühhiaatrikliiniku juhataja ja Tartu Ülikooli psühhiaatriaprofessor Veiko Vasar.



Foto: Jaak Nilson

Milline oli Teie haridustee? Miks asusite õppima Tartu Ülikooli arstiteaduskonda?

Haridustee valikul oli omal ajal minu esimene valikukriteerium see, et tulevane eriala ei oleks poliitikaga seotud. 1970. aastatel, kui asusin arstiteaduskonda õppima, andis arstiõppe läbimine väga suured valikuvõimalused - ei pidanud tingimata arstiks saama, vaid võis valida ka teadlase tee. Arvan, et see, millised valikud elus ette tulevad, sõltub väga palju inimesest endast. Ülikooli ajal pakkusid huvi mitmed erialad, näiteks kardioloogia. Ja tegelikult olin ma pikka aega veendunud, et psühhiaatria on see, mille jaoks ma kõige vähem sobin. Mõte psühhiaatriast tekkis siis, kui ülikooli lõpupoole sai käidud tolaeagse farmakoloogia kateedri juures teadustööd harjutamas. Sinna juhatas tee dots Lembit Mehilane. Farmakoloogia on tihedalt seotud neuroteadustega, edasi tekkis huvi psühhofarmakoloogia vastu ja selles kontekstis oli psühhiaatriasse üleminek loogiline jätk.

Mis on Teie teadustöö põhiteemad?

Peamised uurimisvaldkonnad on ärevus- ja meeleoluhäirete epidemioloogia, psühhosotsiaalsed tegurid ja bioloogilised markerid ning unehäirete levik ja patogeneesimehhanismid. Viimane on võrdlemisi uus valdkond Eestis. Kliinilise diagnostika prioriteetide tõttu on senini kõige enam uuritud uneparandusprobleeme. 2001. aastal alustati unehäirete leviku ja nende häiretega seonduvate psüühiliste tegurite uurimist üliõpilastel. Läbi teadusuuringute soovime parandada unehäirete diagnostika ja ravi võimalusi Eestis. Ärevus- ja meeleoluhäirete epidemioloogia ja psühhosotsiaalsed tegurite uurimiseks on loodud emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK), mida saab kasutada depressiooni ja ärevuse sümptomite kindlakstelemiseks epidemioloogilistes uuringutes, seisundi raskusastme hindamisel ärevushäiretega patsientidel ja kasutamiseks perearstiasis ärevus- ja meeleoluhäirete sõeltestina. Depressiooni levikut Eestis ja selle seo-

seid psühhosotsiaalsete teguritega käsitles Anu Aluoja doktoritöö (2002). Ärevus ja meeleoluhäiretest on psühhiaatrikliinikus kõige enam uuritud paanikahäire patogeneesimehhanisme. Koletsüstokiniini ja serotoniinisüsteemi funktsionaalset rolli paanikahäire neurobioloogias on uurinud Jakov Slik ja Eduard Maron, kes kaitsesid oma doktoriväitekirja vastavalt 1999. ja 2004. aastal. Koostöös füsioloogide ja biotehnoloogia õppetooli teadlastega on läbiviidud esimesed uuringud geneetiliste tegurite väljaselgitamiseks ärevus- ja meeleoluhäirete korral.

Missugused on olnud Teie prioriteetid kliiniku juhataja ametis?

Eesmärgiks on olnud teisi kaasates võtta vastu otsuseid, mis aitavad paremini toimida tulevikus ja vältida probleemide tekkimist. Tänapäeval pole pikaajaliste plaanide tegemine eriti tänuväärne tegevus, sest kõik muutub nii kiiresti. Tuleb säilitada teatud paindlikkus, et olla võimeline kiiresti muutuma. Ravi ja õppetöö vahel peab valitsema mõistlik koostöö. Umbes 2000. aastaks oli selge, et psühhiaatriakliinik iseseisva haiglana pole ratsionaalne lahendus. Tänapäeva haigla on selleks liiga komplitseeritud kõrgtehnoloogiline infrastruktuur. Kliinikumi kõik teenistused toimivad sedavõrd hästi, et tänu nende kvaliteetsele tegevusele on võimalik kliinikul keskenduda oma põhitegevusele.

Milline on olnud töö Eesti Psühhiaatrite Seltsis?

Haigekassa teenuste hinnakirja väljatöötamine on olnud suur töö, mille praeguseks on üle võtnud dr Sven Janno. Edukad läbirääkimised haigekassaga on mõlema poole teene. Oluline ülesanne oli RHK-10 tõlkimine eesti keelde ja selle rakendamine praktikas. Erialaseltsi tegevuse üks eesmärke on olnud ka hoiakute muutmine ühiskonnas, püüde vähendada stigmatismi psühhikahäiretega inimeste suhtes.

PROFESSOR VEIKO VASARAGA
vestles **ENE SELART**

KOMMENTAAR



Andres Lehtmets

Professor Veiko Vasara õlgadel on Eesti psühhiaatrite koolitus

Minu esimene kokkupuude Veiko Vasaraga pärineb ÜTÜ psühhiaatriaringist. Mina olin siis veel tudeng ja tema noor õppejõud, kelle üheks kohustuseks oli ka noorte psühhiaatriahuviliste kantseldamine. Tema karjäär assistendist õppetooli juhatajaks on olnud järjekindel ja sihipärane, samas ka igati loomulik asjade käik. Küllap on tema puhul olnud peretraditsioonidel oma osa elukutse valikul, ent psühhiaatriks saamisel on paratamatu siiski huvi ja pühendumus, ilma milleta seda eriala sügavuti omandada on võimatu.

Veiko Vasar on lisaks akadeemilisele tööle saanud oma õlgadele ka Tartu Psühhiaatrikliiniku juhtimise. Mäletan, et aeg mil ta mõlema koorima vedamist alustas polnud lihtsate killast, kuid tuleb tunnustada - ta on selle postiga suurepäraselt hakkama saanud. Hea juht ei pea olema autoritaarne, pigem süsteemselt mõtleb, järjepidev ja tasakaalukas. Just sellised isikuomadused on teinud temast hea ülemuse, kolleegi ja õpetaja.

Veiko Vasar on olnud pikka aega ka Psühhiaatrite Seltsi juhatuses. Psühhiaatrilise abi korraldus, seadusandlus, patsiendi ja arsti suhted - need on kõik valdkonnad, millega tal viimase aastakümne jooksul on tulnud tegemist teha. Psühhiaatria sõltub ühiskonnakorrast märksa rohkem kui muu meditsiin; Veiko Vasaral on olnud õnn ja õnnetus olla sündmuste keskel just kõige keerulisemal ja samas kindlalt ka huvitava ajal. Tema roll Eesti psühhiaatrias on olnud mitte sedavõrd barrikaadivõitleja kui ehitaja ja erinevate pooluste tasakaalustaja. Iga uus põlvkond psühhiaatriteid on paratamatult oma näoga, mõneti siiski ka õpetaja näoga. Noorem põlvkond psühhiaatriteid on tublid, töökad ja hea läbilöögivõimega maailmas - kindel märk sellest, et koolitus on olnud tasemel. Ka psühhiaatria kui eriala populaarsuse tõus residentuurikandidaatide seas on heaks indikaatoriks sellest, et ollakse õigel teel.

Juubel on praegu selline, mille puhult liialt kauaks tagasi vaatama jääda pole mõtet - suuremad teod on kindlasti veel ees.

Jõudu ja indu veel paljudeks aastateks!

Kollegide nimel

ANDRES LEHTMETS
Eesti Psühhiaatrite Seltsi president

Naistekliinikus taas "katseklaasibeebid"

Pärast mitmeaastast vaheaega on kehaväline viljastamine (IVF) kliinikumi naistekliinikus taas realsuseks saanud. Jaanuari alguses sündis laps, kes eostati naistekliiniku reproduktiivmeditsiini laboris. Pisut enneaegne beebi kaalus 2400 grammi ja on terve.

Uue aasta alguses sündis esimene laps, kes on kehavälise viljastamise teel eostatud naistekliiniku taasavatud reproduktiivmeditsiini laboris. Paus labori töös kestis seitse aastat. 2004. aasta lõpus saadi sotsiaalministeeriumilt tegevusluba kunstliku viljastamise korraldamiseks ja kehavälise viljastamisega alustati naistekliinikus uuesti möödunud aasta veebruaris. Juunis saadi



Dr Aivar Ehrenberg.

teada, et on saavutatud esimene rasedus.

2005. aastal tehti naistekliinikus 39 viljastamise tsükli, ootelehel on hetkel umbes samapalju naisi. Kehavälise viljastamise töös osalevad dr Aivar Ehrenberg (naistearst), Andres Salumets (PhD, bioloog-konsultant), Anu Sikut (bioloog), Antonina Tampel (operatsioonioode) ja Eda Neerut (laborant).

Naistekliinikus toimub ka kunstliku viljastamise meetodite uurimine ja teadustöö. Põhilisteks uurimisvaldkondadeks on embrüote selektsioon ja rasedumist enustavate faktorite kindlaksteemine. Teadustööd juhivad Andres Salumets.

Täiendavat infot kunstliku viljastamise kohta naistekliinikus saab telefonilt 731 9901 või kirjutades e-posti aadressil naistekliinik@kliinikum.ee

DR AIVAR EHRENBURGIGA
vestles **ENE SELART**

Medice, cura te ipsum!



RAUL TALVIK
emeritprofessor

See väljend tuleb sageli meelde, kui rääkida tohtritega nende rännakutest tervishoius, seekord patsiendi rollis. Kõnekäänd on, tõenäoliselt esmakordselt, kirja pandud Luuka evangeeliumis (4:23).

Nikolai Pirogovi "Sevastopoli kirjad ja memuaarid" järgi oli see tekst kirjutatud sõjaväehospitali sisesinal. Krimmi sõja (1853-1856) keerises tähendas see siiski muud: aita ennast ise, mujalt sul abi ei tule. Kuidagi on jäänud ka eesti keeles kõlama tõlge "arst, aita iseennast!" just Krimmi sõja aegses tähenduses.

Arst patsiendina

Tohtrid pole just eriti ebausklik rahvas. Ei karda nad traditsioonilisi asju (vaime, konni, hiiri, verd ega surnuid). Siiski on ka neil, eriti vanadel arstidel, mingeid ebausku algeid ka olemas, nagu soovimatus ravida lähedasi (raske olla objektiivne) või teisi arste (alati nendega midagi juhtub). Loomulikult ei juhtu nendega rohkem tüsistusi, kui teistel. Nad jäävad lihtsalt kauemaks meelde. Noorematel kolleegidel ole seda hirmu kasvatatud, ilmselt vähendab arenenud diagnostika kliinilist ebamäärasust ja seega, näiliselt, ka kogemuse vajadust. Teisalt on tohtril sügav usk, et arstist patsient teab probleemi sama hästi kui ta ise ja osa raviplaani võib jätta seega tema peale.

Paraku on see eksitus. Arstist patsient on esmalt ikka patsient ja mitte midagi enam. Samas vajab ta tavalisest suuremat tähelepanu, sest meditsiinilised teadmised antud juhul pole valgus, vaid pigem mitmesuguste hirmude allikas. Kuigi patsient, on ta arst ja teab tavapatsiendist oluliselt rohkem raviga ja haigusega kaasnevatest ohtudest. Samuti on tohtrist patsiendil raske aru saada, miks ta peab siin ja seal ootama, miks talle kohe ei avane kõik ukсед, mis ju alati lahti olid. Paraku on see nii, sest ravitöö toimub siiski kindlas rütmis ja erandeid selles tehakse harva. Sellest tulenevalt on vajalik talle ka selletada asju, mida tavaliselt vaja teha pole - lihtsalt, rahustamiseks. Paraku küll, aga ettekujutus "võta midagi ise sisse", "käi siis uuringul ära" (saatekirja andmata, muidugi), "küll läheb üle" jt ei tekita usaldust. Seetõttu tuleks, ka ilma erilise vajadusega pakkuda neile täiendavat diagnostikat, teise arsti konsultatsiooni (teist arvamust) ning püüda ära aimata tema muresid.

Kui seda aga ei õnnestu, siis on meedik mässuline: konsultatsioonile ei saadeta - läheb ise, ravi tundub ebaefektiivsena - muudab ise ära jne. Sellistel juhtudel on kahjuks süüdi raviarst, kes ei suutnud olukorrast aru saada ja on ka psühholoogina läbi kukkunud. Halvem veel, kui sinna lisandub solvumine (mind ei usaldata) ja muu, mis enam arstliku eetika piiridesse ei mahu. Tegelikult, kui arst patsiendina kolleegi juurde tuleb, siis ta usaldab teda täielikult - muidu ta ju ei tuleks. Kriisi suhetes põhjustab ainult raviarsti käitumine. Tulemused patsiendile võivad olla mitmesugused, nii head kui halvad, aga toimunu võib jääda kolleegile hinge kriipima kauaks.

Medicus medico amicus est

Seega, olgem siis maksimaalselt tähelepanelikud, sest kunagi ei tea, mida tohtrist patsient võib välja lugeda sõnakasutusest, hääletoonist ja jumal teab millest veel. Seda enam, et *seada teed peame kõik käima*, nagu ütles vanatüdruk pulmarongi nähes.

Dr Andres Sell kaitses doktoritöö

11. novembril 2005 kaitses meditsiinidoktori kraadi dr Andres Sell teemal "Kateeterspinaalanesteetias kasutatavate lokaalanesteetikumide annuste määramine puusaliigese endoproteesimise operatsioonidel".

Mis oli Teie doktoritöö teema ja millest see tulenes?

Minu doktoritöö teema oli "Kateeterspinaalanesteetias kasutatavate lokaalanesteetikumide annuste määramine puusaliigese endoproteesimise operatsioonidel" ("Determining the minimum local anaesthetic requirements for hip replacement surgery under spinal anaesthesia - a study employing a spinal catheter"). Spinaalkateetrid kasutatakse valdavalt anesteesioloogias spinaalanesteesia ja valuravi eesmärgil Kateeterspinaalanesteesia puhul manustatakse ravimit spinaalruumi väikeste ühekordsete või korduvate doosidena. Ravimi väikeste dooside kasutamine vähendab kõrvaltoimeid südame- ja vereringesüsteemi poolt. Operatsioonijärgselt jätkatakse efektiivset valuravi lokaalanesteetikumide ja opioididega. Kliinilise praktikas on juurdumas uus suure diameetriga spinaalkateetri (nn Spinocath) süsteem, mis võimaldab ravimi paremat jaotumist spinaaruumis.

Mis olid Teie peamised uurimisküsimused?

Käesolev uurimus keskendus spinaalkateetrite kasutusele kliinilises praktikas tuginedes 195 haigel rakendatud positiivsele kogemusele. Andsin ülevaade kasutatavate ravimite, lokaalanesteetikumide (bupivakaiini, ropivakaiini ja levobupivakaiini) minimaalsete dooside määramisest puusaliigese endoproteesimise operatsioonidel. Analüüsisin ka mõningate faktorite toimet, mis mõjutavad lokaalanesteetikumide doosi. Ülevaates analüüsisin lokaalanesteetikumi minimaalse doosi määramisel kasutatud statistilisi meetodeid.

Missuguseid järeldusi võite oma doktoritöö põhjal teha?

Spinaalanesteesia makrokateetriga on efektiivne regionaalanesteesia meetod,



Foto: Jaak Nilson

Doktoritöö juhendajad dotsent Riku Aantaa ja professor Jouko Jalonen (Turu Ülikool), professor Toomas Asser, dr. Andres Sell ja oponent professor Mikko Pitkänen (Helsingi Ülikooli Ortoni Kliinik).

mis on kasutatav operatsioonidel ajajäsemel ning kõrvaltoimete esinemissagedus on väike. Antud uurimustöös määrasin kasutuseloleva (bupivakaiini) ja uute lokaalanesteetikumide (ropivakaiini, levobupivakaiini) minimaalsed efektiivsed ravimiannused kateeterspinaalanesteetiks. Oluline oli, et kateetri tipu asend subarahnoidaalruumis ei avaldanud toimet lokaalanesteetikumi minimaalse efektiivse doosi suurusel. Analüüsil kasutatud statistiliste meetodite puhul leidsin, et need on sobilikud väikeste ja väga väikeste uuringugruppide puhul.

Miks on see teema oluline? Missuguse tähtsusega on see Eesti meditsiini ja kliinikumi jaoks?

Uurimistöö teema on olnud aastaid aktuaalne, senitehtud uuringuid on vähe või

puuduvad need täielikult ning antud töö tulemused võimaldavad kasutada lokaalanesteetikume ohututes ja efektiivsetes annustes regionaalanesteetias. Johtuvalt regionaalanesteesia meetodite kasutamisest suudame kindlustada patsientidele ohutu ja kvaliteetse anesteesia.

Kes oli Teie doktoritöö juhendajad ja oponent?

Juhendajateks olid dotsent Riku Aantaa ja professor Jouko Jalonen Turu Ülikoolist. Oponent oli Helsingi Ülikooli Ortoni Kliiniku professor Mikko Pitkänen, kes on Soome tunnustatuim regionaalanesteesia spetsialist.

DR ANDRES SELLIGA
vestles **ENE SELART**

Dr Tiia Tamme kaitses doktoritöö

23. novembril 2005 kaitses meditsiinidoktori kraadi dr Tiia Tamme teemal "Odontogeensete kasvajate epidemioloogia Eestis. Ameloblastoomi patogenees ja kliinilised iseärasused".

Odontogeensed kasvavad (OT) on lõualuude kasvavad, mis võivad tekkida hambaalgme formeerumise häirest. Võttes arvesse, et hammas on bidermaalne organ, kuuluvad OT erineva koegeneesiga moodustiste hulka. Nad võivad lähtuda hambaalgme epiteliaalset päritolu emailiorganist, mesenühmaalset päritolu hamba papillist või mõlemast.

Odontogeensete kasvajate gruppi kuuluvad nii odontoomid, mida tänapäeval interpreteeritakse kui arengulist malformatsiooni, kui ka ameloblastoomid, mida iseloomustab asümptomaatiline kulgu, lokaalselt invasiivne kasv ning kalduvus retsidiividele.

Lähtuvalt eri maade epidemioloogiliste uuringute tulemustest on leitud kindlate odontogeensete kasvajate ealist, soolist, rassilist ning geograafilist korrelatsiooni. Samuti on esinemissagedus erinev eri maade, kontinentide vahel, eriti odontoomide ja ameloblastoomide osas.

Arvestades asjaolu, et varem pole Eestis uuritud odontogeensid kasvajaid, püstitati uurimistöös järgmised eesmärgid: 1. analüüsida retrospektiivselt odontogeensete kasvajate levimusnäitajaid Eestis ja võrrelda neid teiste maade sarnaste epidemioloogiliste uuringutega; 2. välja selgitada, kas hambaalgme emailiorgani rakkudel on võime proliferereeruda ja diferentseeruda koekultuuri tingimustes sarnaselt ameloblastoomi histoloogilisele struktuurile; 3. analüüsida tagasivaatavalt ameloblastoomide levimusnäitajaid ja ravi tulemusi Lõuna-Eesti elanikkonnas.

Uuringusse kaasati 75 patsienti: 42 OT juhtu oli diagnoositud TÜ Kliinikumi stomatoloogiakliiniku näo-lõualuudekirurgia osakonnas ja 33 OT juhtu Tallinna Mustamäe Haigla näo-lõualuudekirurgia



Foto: Jaak Nilson

Dr Tiia Tamme,
prof emer **Risto Kotilainen**
(Kuopio Ülikool)
ja prof emer **Edvitar Leibur.**

osakonnas. Uuring hõlmas ajavahemikku 1977-2001.

Retrospektiivses uuringus, mis käsitles OT epidemioloogiat Eestis tervikuna aastatel 1977-2001, uuriti algmaterjalina läbi nimetatud perioodi haiguslood ning vajadusel ka operatsioonirahvatud. Kõik 75 OT juhtu diagnoositi histoloogilise leiu alusel ning klassifitseeriti vastavalt kehtivatele Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, 1992) kriteeriumitele. Teises retrospektiivses uuringus käsitleti Lõuna-Eesti elanikkonna haigestumus ameloblastoomi ja hinnati ravitulemusi. Lisaks neile uuringutele jälgiti embrüonaalse odontogeense epiteeli arengut. Uuringumaterjaliks kasutati 14 hiire embrüo hambaalget, mis koosnesid emailiorganist ja hambapapillist.

Uurimistöö järeldused olid:

1. Läbiviidud retrospektiivne uuring (1977-2001), mis hõlmas kogu Eesti elanikkonda näitas, et odontogeensed kasvavad on harvaesinevad lõualuude kasvavad

Eestis. Uuringu tulemusena saadud esinemissagedus 0.74% on üks madalaimaid esinemissagedusi kirjanduses.

2. Käesolev uuring näitas kindlate odontogeensete kasvajate osas levimusnäitajate erinevusi võrreldes teiste maade epidemioloogiliste uuringute andmetega. Kõige sagedasem odontogeenne kasvaja uuringu tulemuste alusel oli kompleksne ja liitodontoom (34.3%), teisel kohal ühe-ja mitmekambriine ameloblastoom (25.3%).

3. Läbiviidud morfoloogiline uuring hiire embrüonaalse hambaalgme argengust koekultuuris näitas, et ameloblastoom pärineb odontogeenselt epiteelist.

4. Ameloblastoomide ravi peab olema radikaalne. Kolde ekskolektsiooni võib kasutada ainult ühekambriine ameloblastoomide puhul. Radikaalne ravi peab olema kõigi mitmekambriine ameloblastoomide puhul esmaseks ravi meetodiks.

DR TIIA TAMME

Dr Tiia Voor kaitses doktoritöö

2. detsembril 2005 kaitses meditsiinidoktori kraadi dr Tiia Voor teemal "Allergiahaiguste kujunemise sõltuvus Eesti ja Rootsi laste kokkupuutest mikroorganismidega varajases eas"

Kolmandik heaoluriikide rahvastikust vaevleb allergia küüsis. Kümme aastat tagasi tehtud uuringute andmetel oli allergia Eestis suhteliselt vähe levinud. Viimasel aastatel on ta aga hakanud sagenema ning oluline roll on selles keskkonnateguritel.

Üheks allergia sagenemise põhjuseks peetakse paranenud hügieenitingimusi - lapsed puutuvad vähem kokku mitmesuguste mikroorganismidega ning seetõttu tasakaalustatud immuunreaktsioonide väljakujunemine häirub.

Minu doktoritöö eesmärk oli uurida Eesti ja Rootsi laste allergia tekke ja mikroorganismidega kokkupuutumise vahelisi seoseid. Ühtse uuringukava alusel jälgiti Tartu ja Linköpingi lapsi sünnist kuni viieaastaseks saamiseni. Tehti kindlaks allergia olemasolu, sooritati nahatorketestid (NTT), vereseerumis määrati IgE antikehad, jälgiti soole mikrofloora kujunemist ning kodutolmu endotoksiini- ja allergenisaldust.

Selgus, et Eestis oli allergiahaigusi 19%-l ja Rootsis 30%-l lastest, positiivseid NTT tulemusi 20%-l Eesti ja 34%-l Rootsi lastest. NTT järgi oli kahel esimesel eluaastal mõlema maa lastel tähtsaim allergen kanamuna. Viieaastastel Eesti lastel olid olulised allergenid kassid ja toatolmulestad, Rootsi lastel aga öietolm. Vaatamata sellele, et Eesti lastel oli allergiahaigusi ja positiivseid NTT tulemusi harvem, leiti nende vereplasmast IgE antikehasid sagedamini kui Rootsi lastel. Rootsi lastel oli IgE antikehade olemasolu seotud aller-

Prof Tari Haahtela (Helsingi Ülikool, dr Tiia Voor ja vanemteadur dr Kaja Julge.



Foto: Jaak Nilson

giaga, Eestis oli see seos aga väga nõrk.

Eesti lapsed põdesid hingamisteede nakkushaigusi rohkem kui Rootsi lapsed, kuid kummalgi maal ei leitud seost respiratoorsete infektsioonide ja allergia vahel. Eestis raviti lapsi sagedamini antibiootikumidega (tihti laia toimespektriga) kui Rootsis, kus määrati enamasti penitsilliini. Antibiootikumide kasutamine esimesel eluaastal suurendas positiivsete NTT-de riski Eestis, mitte aga Rootsis. Seega peaks vältima antibiootikumide kergekäelist kasutamist ja võimaluse korral eelistama penitsilliinirepreparaate.

Soolemikrofloora mängib väga olulist rolli adekvaatsete immunreaktsioonide kujunemises. Rootsi lastega võrreldes koloniseerus Eesti laste soolestik kohe

pärast sündi suurema arvu bakteritega ning nende roojas leidus rohkem koagulatsiooninegatiivseid stafülokokke, enterokokke, enterobaktereid, pärmiseeni ja laktobatsille. Uuringu algusaastal sarnanes Eesti laste soolemikrofloora 1960-ndate aastate Rootsi laste omaga, viiendaks eluaastaks oli see erinevus aga kadunud ning Eesti lastel muutunud heaoluriigile omaseks. Allergiliste laste soolestikus oli vähem enterokokke ja bifidobaktereid, seevastu rohkem klostriide ja sagedamini *Staphylococcus aureus* t kui allergiata lastel. Positiivsete NTT-de riski suurenemine Eestis antibiootikumravi korral võis tuleneda sellest, et meil kasutati soolemikrofloorat kahjustavaid laia toimespektriga antibiootikume, Rootsis aga peami-

selt penitsilliini, mille mõju soolemikrofloorale on oluliselt nõrgem.

Kodutolmus oli gramnegatiivsete bakterite olemasolule viitav endotoksiinisaldus oluliselt suurem Eestis kui Rootsis. Rootsi allergiliste laste kodutolmu endotoksiinisaldus oli väiksem kui allergiata laste kodudes, Eestis selline seos aga puudus. Kõiki analüüsitud (kassi-, koera-, tolmulesta-, prussaka-) allergeene leidus suuremal hulgal Eesti kui Rootsi kodutolmus. Kõige erinevamad olid toatolmulesta- ja prussakaallergeenisaldused: tolmulestaallergeeni leidus kõigis Eesti ja vaid igas kolmandas Rootsi kodus, prussakaallergeeni 60%-s Eesti kodudest ja mitte üheski Rootsi kodus. Seost kodutolmu allergeenisalduse ja allergia vahel ei tuvastatud.

Uuring näitas, et allergia esinemissagedus oli väiksem Eestis kui Rootsis. Eesti laste immuunsüsteemi varajane ja tugev stimuleerimine mitmesuguste mikroorganismide poolt võis kaitsta lapsi allergiahaiguste tekke eest isegi IgE antikehade olemasolu korral. Eesti eluviis on aga viimaste aastate jooksul muutunud sarnaseks heaoluriikide omale ning viieaastaste Eesti laste positiivsete NTT-de esinemissagedus on varem tehtud uuringuga võrreldes ligi viis korda suurenenud, mis näitab allergia sagenemise trendi Eesti lastel.

DR TIIA VOOR

Hemodialüüsikabinet Valgas

2005. aasta novembris alustas AS Valga Haiglas tööd Tartu Ülikooli Kliinikumi sisekliiniku nefroloogia osakonna satelliit-hemodialüüsikabinet.

Mõte pakkuda Valgamaa kroonilise neerupuudulikkusega (KNP) haigetele hemodialüüsi teenust elukohale lähemal oli idanenud juba peaaegu kaks aastat, enne kui see teoks sai. Reaalselt alustati ettevalmistustöödega 2005. a. jaanuaris, kabineti avamiseni jõuti möödunud aasta novembris.

Vajaduse teenuse järele tingis asjaolu, et kogu maailmas, sh Eestis, kasvab pidevalt neeruasendusravi (NAR) vajavate patsientide arv. Eestis on tõusutrend 7-10% aastas, mis on viinud olukorrani, et viimase kümne aastaga on NAR haigete arv tõusnud kaheksajalt haigelt viiesajale. 31. detsembril 2004. a. seisuga oli Eesti NAR haigetest 28% hemodialüüsil (HD), 16% peritoneaaldialüüsil (PD) ja 56% transplanteeritud. Selline vahetõus on sarnane teiste maadega Euroopas. Samas, absoluutarvuna on meil NAR haigeid siiski veel 2,5 korda vähem kui Lääne-Euroopa maades, kuid see vahe väheneb aasta-aastalt.

Seni saime Valgamaa elanikele dialüüs-

ravit rakendada peamiselt vaid PD-d, sest kaugemalt kui 50 km on väga keeruline käia dialüüsikeskuse protseduuridel, mida haige peab saama regulaarselt 3 korda nädalas. Esines ka olukordi kus PD patsiendile ei sobinud ning patsient oli sunnitud vahetama elukohta dialüüsikeskusele lähemale. Nagu me teame, on eestlased vägagi paikne rahvas ning kolimine meie elustiiliga naljalt kaasas ei käi. Nüüd saavad ka Valga maakonna haiged valida, milline dialüüsimeetod on neile meelepärane, kui just meditsiiniliselt ei ole vajalik ühte kindlat meetodit eelistada.

Valgas saab HD protseduure teha korraga kuni neljale patsiendile. Kasutusel on täiesti uus ja kaasaegne aparatuur firmalt Fresenius: HD aparaadid 4008S ja vee-puhastus AquaWTU 250, mis tagavad kvaliteetse ja ohutu teenuse. Hemodialüüsi kabineti ruumid on väga hea asukohaga: 1. korrusel ja väljast eraldi sissepääsuga (kes Valga haiglat teavad - eestakadil kiirabi kõrvaluksest). Seega saavad ka liikumispuudega patsiendid vaevata

DR MADIS ILMOJA
vanemarst-
õppejõud
nefroloogia
osakonna juhataja



protseduuridel käia. Projekti käima-
lõikamine sai teoks tänu väga meeldivale ja tulemuslikule koostööle AS Valga Haigla kolleegidega. Eeskätt tuleb tänada juhatase esimeest Riho Tapferit, haldusjuhti Jüri Tederit ja ülemarsti Merike Salumäed. Suur tänu neile!

Praegu käib kliinikumi nefroloogia osakonna nefroloog Valgas haigeid konsulteerimas ja nõu andmas 1-2 korda kuus. Tulevikus plaanime avada ka nefroloogi ambulatoorse vastuvõtu, loodetavasti juba sellel aastal. Igapäevaselt töötavad kabineti Valga Haigla anesteisoloogid dr Liia

Liibus, dr Sirje Ilumets, dr Ever Kütt ja õde Marina Subõtsheva, kes said möödunud aasta oktoobrikuus väljaõppe meie nefroloogia osakonnas ning kes kartmata spetsiifilist tööd on seda väga edukalt tulemuslikult teinud. Õde Marina Subõtsheva on kabineti "hea haldjas", kes mitte ainult ei oska väga hästi käelist tegevust, vaid toetab haigeid ka psühholoogiliselt - haiged viibivad ju ülepeaeviti 4-5 tunni vältel HD kabinetis. Nende viibimine seal tuleb neile teha niivõrd hubaseks, et nad tunneks end kui teises kodus.

Kliinikumi töötajatest panid oma õla alla nefroloogia osakonna hemodialüüsi õed Viive Kurvits, Ilme Ilves ja Karin Maasing, osakonna vanemõde Taimi Puniste, dialüüsitehnik Peeter Jaska, sisekliiniku juhataja prof Margus Lember ja kliinikumi ülemarst Margus Ulst. Arvan, et oleme kõik koos saanud hakkama ühe toreda ja vajaliku ettevõtmisega, mis toob rahulolu nii patsientidele kui ka meile endile.

Õppus hematoloogia-onkoloogia kliinikus

15. detsembril 2005 toimus hematoloogia-onkoloogia kliiniku hoones aadressil Vallikraavi 10 kriisireguleerimise ja evakuaatsiooni õppus.

Õppuse eesmärgiks oli harjutada käitumist ja evakuaatsiooni võimaliku ohuolukorra puhul ning selgitada välja ohuolukorrast teavitamiseks ja evakueerimiseks kuluv aeg. Õppus viidi läbi kahes etapis: praktilise ja teoreetilise osana ja selles osalesid Vallikraavi 10 hoones töötavad hematoloogia-onkoloogia kliiniku, anestesioloogia- ja intensiivravi kliiniku ning ühendlabori töötajad. Harjutusele ei kaasatud patsiente ja otseselt töökoostust ei täitvat meditsiinipersonali.

Vastavalt õppuse legendile anti telefoni teel teade hoones asuvast pommist. See-

järele tuli teade saanud töötajal tegutseda vastavalt ohuolukorrale - teavitada vajalikke struktuure (häirekeskus, keskdiskriptser, EMO kesklaud) ja Vallikraavi 10 personali. Hinnati teavitamise kiirust ja personali evakueerumiseks kuluvat aega. Evakueerumiskohaks oli määratud esimesel korrusel asuv saal. Ettenähtud evakueerumiskohta jõudis esimesena dr Heili Makko.

Pärast õppust tehti lühikokkuvõtte korraldusmeeskonna, planeerimisgrupi ja hindajate poolt ning kuulati ära osalejate ettepanekud ja kommentaarid. Arutelu

eesmärgiks oli välja selgitada takistused ning ebakõlad juhendites, tegevuskavas ja tegelikus olukorras.

Õppus andis personalile võimaluse läbi mõelda vajalikud tegevused ohuolukorras. Osalejad said teada, et operatiivnumbritel (112, 110) on kliinikumi sisetel telefonidelt võimalik helistada prefiksiga 0 ette valimata. Arutelu käigus diskuteeriti elavalt võimalike situatsioonide lahendusvariantide üle. Teoreetilises osas selgus, et intensiivriivipalati patsientide evakueerimiseks puuduvad vajalikud abivahendid kanderuumide näol. Hoone ehituslike

iseärasuste tõttu ei saa patsientide evakueerimiseks kasutada voodeid.

Õppuse korraldusmeeskonda kuulusid Anu Kottise, Katre Pruusapuu ja Raul Vatsa, läbiviimist aitasid planeerida lisaks korraldusmeeskonnale hematoloogia-onkoloogiakliiniku direktor Peeter Padrik ja ülemõde Viia Viirsalu.

KLIINIKUMI LEHT

Uus aju biovoolude uurimise võimalus närvikliinikus

Närvikliiniku neuroloogia osakonnas avati ööpäevaringne videoEEG kabinet ja võeti kasutusele Grass Telefactori firma pikaajalise EEG signaali ning videopildi salvestamist võimaldav seade.

Neuroloogia eriala üks suur tegevusvaldkond on hootiste häirete diagnoosimine ja ravi. Ilmselt ei kahtle keegi, et hoog, mille ajal inimene ei kontrolli oma tegevust, võib kukkuda, saada surmavaid vigastusi jne võib dramaatiliselt muuta tema elukäiku. Tavalooigika seostab sellised hood epilepsiaga. Sageli see ongi nii, sest epilepsia on laialt levinud krooniline närvihaigus. Aktiivse epilepsia inimesi on umbes 0,5% elanikkonnast, elupuhune epilepsia võimalus (vähemalt kaks hoogu) on 3% ning elu jooksul üks epileptiline hoog esineb kuni 10% inimestest. Veel rohkem esineb olemuselt mitteepileptilisi hoogusid - minestushood, äravajumised, imeliku enesetunde hood jne.

Hoogude kliinilisel eristamisel tugineb neuroloog esmalt adekvaatsele hoogude kirjeldusele. Teisalt on siin absoluutselt vajalik patsientide elektroentsefalograafiline (EEG) uurimine. Kuigi tavalise EEG tegemise ajal tavaliselt patsiendil kliiniliselt väljendunud hoogu ei esine, kuulub rutiinne EEG kindlalt epilepsia kahtlusega patsientide uurimise skeemi. Reaalses elus on aga anamnees sageli ebakindel ning EEG vastus mittespetsiifiline.

Võrratult lähemale täpsele diagnoosile viib aju biovoolude kestvam registreerimine koos pideva videojälgimisega. Eesmärgiks omaette on uurida hooaegseid kliini-

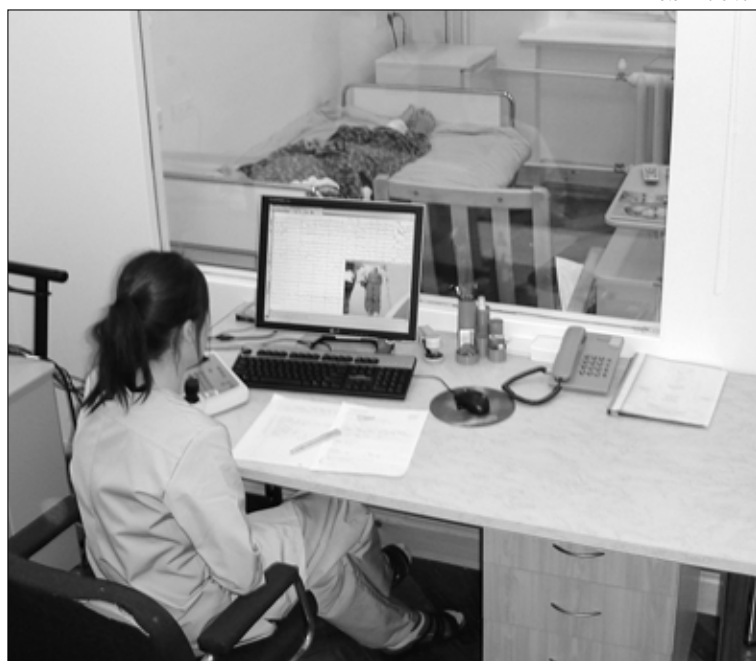


Foto: Andre Õun

Uuringuõde Gerli Visnapuu jälgib monitori videoEEG kabinetis.

lisi tunnuseid ja muutusi EEGs. Eriti on see vajalik halva ravitulemussega patsientide süvauurimisel, kui püütakse leida täpset hooaegset fookust ja kaaluda epilepsia kirurgilise ravi võimalust. Samuti võivad uuringust patsiendid, kelle hood on

ebaselged ja võibolla üldse mitte epileptilised.

2005. aasta detsembris võeti närvikliinikus kasutusele Grass Telefactori firma pikaajalise EEG signaali ja videopildi salvestamist võimaldav seade. Meetodi

juurutamine ei oleks olnud võimalik ilma korraliku planeerimiseta ja uuringuga seotud inimeste ettevalmistuseta. Patsiendi privaatsust olmet võimaldav kabinet rajati neuroloogia osakonda. Pidevalt viibib kabinetis uuringuõde, kes jälgib EEG signaali ning tegutseb adekvaatselt patsiendil esinevate hoogude korral. Hoo ajal tuleb sooritada neuropsühholoogilisi teste patsiendi teadvusseisundi hindamiseks. Uuringu eesmärgi täitmiseks ja epilepsiahoogude provotseerimiseks vähendatakse uuringu ajaks ravimite annuseid. Seetõttu peab kogu personal olema valmis ka tõsiste krambiseisundite raviks.

VideoEEG kabinetis uuritavate patsientide arv on suhteliselt piiratud, sest iga uuring võib kesta kuni nädal. Uuringu planeerimiseks peavad patsiendi kliiniline probleem, hoogude varasem sagedus ja iseloom olema teada. Suunamisel videoEEG uuringule tahame riarvastiga need asjaolud enne läbi arutada.

Täiendava informatsiooni saamiseks ning patsiendi suunamiseks palume helistada Sulev Haldrele (tel 731 8507) või Marika Liigile (tel 731 8515).

DR SULEV HALDRE

Arst-õppejõud neuroloogia erialal

Õdede Liit aitas Jõuluvanal kingikotti täita

Detsembrikuus toimus Eesti Õdede Liidu Tartumaa piirkonnas heategevuskampaania "Aita Jõuluvanal kingikotti täita!", mille raames said liikmed annetada riideid, jalanõusid, mänguasju, raamatuid ja muud tarviklikku Tartu Laste Turvakodu ja lastekodu Käopesa väikestele ning suurtele kasvandikele ja Tartu linna abivajavate perede lastele.

Õdede töö sisuks on ühel või teisel viisil ikka inimeste aitamine ja toetamine, ent jõulukuul soovisid õed ulatada oma abikäe ka kaugemale haigla- ja polikliinikuseinte vahelt ning aidata kaasa laste argimurede leevendamisele. Kampaania tulemusena kogunes väga palju ilusat ja vajalikku, mis jõulureedel, 23. detsembril, ka lastele üle anti. Lisaks riidele ja mänguasjadele said lapsed hulgaliselt maiustusi ja puuvilju, mis samuti pärit lahketelt annetajatelt.

Kuna osavõtt kampaaniast oli sedavõrd aktiivne ning kingisaajad väga tänulikud ja rõõmsad, siis võib sellisest aktsioonist saada ilus traditsioon, mis ei pea piirduma vaid jõuluajaga.

Õdede Liidu Tartumaa juhatus tänab kõiki oma liikmeid, kes aktiivse osalemisega kampaania teoks saamisele kaasa aitasid.

GERLI USBERG

Eesti Õdede Liidu Tartumaa piirkonna juhatusel liige

Kliinikumi Leht

TOIMETUSE KONTAKTANDMED:
TEL: 731 9423, 53 319 423
E-POST: ene.selart@kliinikum.ee
TOIMETAJA: ENE SELART

KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS
KUJUNDUS: K30
TRÜKK: AS STAMPLINE TRÜKIARV 1300 EKS.

ISSN 1736-1222

Kliinikumis taastati arstiteaduse doktori vandetootuse andmise traditsioon

Tartu Ülikooli Kliinikum andis möödunud aasta 29. detsembril üle preemiatunnistused kalendriaasta jooksul doktoritöö kaitsnud kliinikumi töötajatele. Juba traditsiooniliseks muutunud preemiatunnistuse üleandmisele lisaks taastati ka üks vana komme - arstiteaduse doktori vandetootuse andmine.

Ülikooli arstiteaduskonna lõpetajate vandetootuse andmise traditsioon Tartus pärineb 1812. aastast. Selle nn Hippokratase vande andmise tava on olnud elujõus ajast aega, nii okupatsiooni- kui iseseisvusaegadel. Vähem on teada, et analoogiline ametivanne anti Tartu Ülikoolis ka arstiteaduse doktorikraadi kaitsmise puhul. Vandetootuse tekst oli sõnastatud riigikorrale ja ülikoolis valitsevale olustikule sobivas keeles: 1812-20 saksa, 1820-46 ladina, 1846-1920 vene ja seejärel eesti keeles. Tootuse tekst püsis enam-vähem muutumatuna peaaegu sada aastat. 1940. aastal Eesti Arstis nr.1 ilmunud Herbert Normanni arstivannet käsitlevast artiklist võib lugeda, et suuremad redaktsioonilised muudatused tekstis toimusid 1846. a. Mõningad pisemad parandused lisati 1939. aastal. Pärast Teist maailmasõda ei ole arstiteaduse doktorid seda vandetootust teadaolevalt enam andnud. Nõukogude riigis oli kraadisüsteem kaheastmeline (kandidaadi- ja doktorikraad) ja arvatavasti peeti seda kodanlikuks igandiks. Ka taasiseseisvumise järgsetel aastatel ei ole traditsiooni taastamist peetud vajalikuks.

Vandetootuse teksti analüüsid leime selle suure osas olema kattuva arsti ametivande tekstiga. Lisatud on arstiteaduse doktori seisuse erilisele viitav lõik. Täiesti asjakohane tundub olema kohustus "järjesti edasi töötada arstiteaduse alal", sest paraku nii mõnelgi doktoril lõpeb teaduslooming kraadi kaitsmise järel kui noaga lõigatult. Tänapäeva kontekstis tun-

MARGUS ULST
juhatusel liige,
ülemarst



dub veidi imelik salaarstimisvahendite valmistamist ja edasitoimetamist keelav lõik, kuid sama mõte on väljendatud ka praegu kehtivas ravimiseaduses. Selle 3. paragrahvist loeme, et Eestis võib turustada ja kasutada ainult Ravimiametis registreeritud või ühekordse kasutamissooga ravimeid. Kõik muud on salaarstimise vahendid!

See, et vandetootuse andmise traditsioon taastati kliinikumis, ei tähenda loomulikult seda, et tulevikus ei võiks ja ei peaks seda tegema ülikool. Kliinikum on siin pigem teenäitaja rollis.

2005. aastal andsid vandetootuse meditsiinidoktori kraadi kaitsnud kliinikumi töötajad Tiia Ainla (kardioloogiakliinik), Vladimir Järv (radioloogiateenistus), Prit Kasenõmm (kõrvakliinik), Külli Kingo (nahahaiguste kliinik), Mati Merila (traumatoloogia ja ortopeedia kliinik), Piibe Muda (kardioloogiakliinik), Andres Sell (anestesioloogia- ja intensiivravi kliinik), Tiia Tamme (stomatoloogia kliinik), Tiia Voor (lastekliinik) ja Andre Õun (närvikliinik).

ARSTITEADUSE DOKTORI VANDETÖÖTUS

Sügava tänutundega vastu võttes teaduselt minule antud **arstiteaduse doktori** õigused ja täies ulatuses tundes selle seisusega kaasas käivate kohustuste tähtsust, töotan ja vannun kogu eluaja puhta hoida selle seisuse au, millesse praegu astun. Töotan aidata oma parema teadmise järele minu oskust tarvitavaid abiotsijaid; pühaks pidada minule avaldatud perekonnasaladusi ja mitte kurjasti tarvitada minule näidatud usaldust. Töotan järjesti edasi töötada arstiteaduse alal ja kõigest jõust kaasa aidata selle õitseviimiseks, teades teadusilmale kõik oma leiud. Töotan mitte valmistada ega edasi toimetada salaarstimisvahendeid. Töotan õiglane olla oma ametivandete vastu ja mitte haavata nende isikut; sel korral aga, kui seda nõuab haige kasu, tött avaldada kõrvale kaldumata. Tähtsamatel juhtudel töotan nõu küsida kogenud ja suuremate teadmistega ametivandadelt, kutsutuna ise nõu andma, hinnata õiglaselt südametunnistuse järele nende teeneid ja püüdeid.

(Tartu Ülikooli arstiteaduse doktori vanne 1846-1939.a)