

# Kliinikum Leht

SISELEHT nr 172 | märts 2015

www.kliinikum.ee/leht

Tartu Ülikooli Kliinikum

## Kliinikum sai Euroopa Vähiinstituutide Organisatsiooni akrediteeringu

Aasta on hästi alanud. Omamoodi uuenenud alguseks võib Tartu Ülikooli Kliinikum lugeda kuupäeva 12. veebruar 2015. Just sel päeval andis Euroopa Vähiinstituutide Organisatsioon (Organisation of European Cancer Institutes, OECI) meile tunnistuse akrediteerimise kohta: *"Tartu University Hospital meets the quality standards for cancer care and research and it is therefore designated as: Clinical Cancer Centre."*

Akrediteering kehtib 12.02.2015 kuni 12.12.2020. Siinkohal tuleb rõhutada, et see on oluline kõigile kliinikumi kolleegidele, kes onkoloogiliste haigete diagnostikasse või ravisse panustavad.

Kogu protsess on olnud töömahukas, aga ka väga huvitav. Eneseanalüüsi küsimustikule vastamine andis sisemise tervikliku arusaamise kliinikumis toimivast onkoloogiliste haigete käsitlemise süsteemist ja võimalustest edasiminekkuks. Meie esitatud andmete põhjal otsustas organisatsioon, et oleme tasemel, mis võimaldas akrediteerimisprotsessiga edasi minna. Mais 2014 külastasid meid eksperdid, et veenduda kohapeal onkoloogiaalaste tegevuste sisus. Suvel saime esimese tagasiside ja septembris lõppraporti, milles kajastatud probleemidele tuli mõelda edaspidised lahendused. Parendusplaan ongi arengu mootor, mis aitab tegevusi süstemaatiliselt planeerida ja läbi viia. Parendusplaan aktsepteerimise järgselt otsustati Tartu Ülikooli Kliinikum akrediteerida



kliinilise vähikeskusena.

Usun, et on väga oluline olla Euroopa onkoloogiakliinikute seas arvestataval positsioonil. OECI akrediteerimis-tegevuse eesmärk on patsientidekeskne – kindlustada vähihaigetele mistahes Euroopa riigis parimal teadmiste ja praktika tasemel diagnoosimine ja ravi. Selle saavutamiseks on oluline ühtsete kvaliteedisüsteemide rakendamine,

milleks OECI on standardid seadnud. 70-st OECI liikmest on vaid osa läbinud akrediteerimisprotsessi ja on hea meel olla esimese kolmandiku seas, kus näeme selliseid kuulsaid keskusi nagu Gustave Roussy Instituut Pariisis, Christie Vähiakeskus Manchesteris, Helsingi Ülikooli Kliinikum jt. Aasta tagasi sai meiega sarnase akrediteeringu Vilniuse Onkoloogiakeskus.

Kuidas edasi? Meil on teada võimalused/vajadused edasiseks tegevuseks. Nüüd on vaja tööd teha, et 2021. aastal oleks Tartu Ülikooli Kliinikum kõikehõlmava vähikeskuse tasemel.

**PROFESSOR HELE EVERAUS**  
hematoloogia-onkoloogia  
kliiniku juhataja

# Veiko Vasar

## 16.01.1956–07.03.2015

Ootamatult omandas 7. märtsi kevadhommik nukra tähenduse – lõpuni oli käidud professor Veiko Vasara elutee. Veiko Vasar sündis 16.01.1956 Tartus arstide perekonna kolmest pojast keskmisena. Vanemate eeskujuga ja kodust saadud toekspidamised olid suunanäitajaks Veiko Vasara valikutele ja viisid ta pärast Tartu 5. Keskkooli lõpetamist õppima arstiteadust. 1980. aastal, ülikooli lõpetamise järgselt, töötas Veiko Vasar Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria kateedris algul teadurina ja hiljem assistendina, töötamise kõrval valmis tal 1987. aastal kandidaadi väitekirja. Aastatel 1990–1999 oli Veiko Vasar psühhiaatria õppetooli dotsent, seejärel professor, 1990–1991 oli ta külalisteaduriks Helsingi Ülikoolis. Aastal 1992 sai temast TÜ psühhiaatriakliiniku ning psühhiaatria õppetooli juhataja, samuti ka Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nõukogu liige.



Foto: Pille-Riin Pregel

Professor Veiko Vasar

Aastast 1995 oli Veiko Vasar Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku peaarst ja oli ta psühhiaatriakliiniku juhataja. Veiko Vasar on õpetanud kõiki viimasel kahel kümnendil Tartu Ülikoolis üliõpilastest arstideks küpsenud kolleegide. Veiko Vasar on avaldanud üle 90 publikatsiooni ning tema juhendamisel on kaitstud 8 väitekirja, 3 väitekirja juhendamine jäi pooleli.

Teadlasena on Veiko Vasar olnud mitmekülgne ning süvenenud erinevatesse teemadesse alates unemeditsiinist kuni ärevuse neurobioloogiliste alusteni.

Eesti Psühhiaatrite Seltsi juhatuse liikmena on professor Veiko Vasar aidanud suunata olulisi arenguid Eesti psühhiaatrias. Aastast 2002 oli ta sotsiaalministeeriumi psühhiaatria erialakomisjoni liige.

Faktid, mis peegeldavad Veiko Vasara väga suurt töövõimet ja laiahaardelisust, ei anna edasi tema lahkumise tegelikku tähendust ega kirjeldada kaotuse suurust. Veiko Vasar oli kolleegide suhtes alati arvestav, empaatiline, aus ja lugupidav. Ta ei seadnud enda huve esiplaanile, säilitas rahuliku meele ka väga pingelistes olukordades, võttis otsuste tegemisel alati aega mõtlemiseks ning kõikide asjaolude kaalumiseks. Psühhiaatriakliiniku juhtimisel oli tema peamine eesmärk korraldada

kliiniku struktuur ja personalisteks, mis tagaks võimalikult hea abi patsientidele nende kannatuste leevendamisel. Veiko Vasar oskas organisatsiooni arengus alati näha mõne sammu ette, tajuda tervikpilti ja suurepäraselt analüüsida minevikus toimunu mõju praegusele ja tänaste otsuste mõju edasisele arengule. Kindlakäeliselt 20 aastat psühhiaatriakliinikut juhtides kujundas Veiko Vasar psühhiaatriakliiniku kaasaegseks teadus- ja õppekeskuseks, kus töötajad tunnevad end turvaliselt, toetatuna ja kaasatuna.

Ootamatult lühikeseks jäänud eluteel jättis Veiko Vasar endast inimesena, kolleegina, juhina ja teadlasena jäljed, mida mööda me ikka ja jälle oma mõtetes ning mälestustes temani jõuame.

**TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMI  
TARTU ÜLIKOOLI  
PSÜHHIAATRIAKLIINIK  
EESTI PSÜHHIAATRITE SELTS**

Veiko Vasar oli tasakaalukas ja tark juht, kes oskas teha kaalutletud otsuseid. Ta oli suurepärase analüüsija ning hea kuulaja. Tema juurde oli võimalus kõigil töötajatel pöörduda, teha ettepanekuid ja avaldada soovve töökordaduse muutmiseks. Tema iseloomus oli omakasupüüdmatust, meelekindlust, kohusetunnet ja kaugete sihtide märkamist. Keerulistes oludes oskas ta reageerida rahulikult, olles seejuures toeks ja mitte kritiseerijaks. Ta oli suure töövõime ning õiglustundega. Kliiniku pere jääb Veiko Vasarat mäletama kui head ja siirast inimest.

**DR ANU JÄRV**  
üldpsühhiaatria keskuse  
juhataja

Professor Veiko Vasar oli meie poolt väga austatud ja lugupidatud kolleeg. Tema tark ja tasakaalukas juhtimistiil lõi tingimused olulisteks, aja nõuetele vastavateks arenguteks. Veiko kabinetis oli meile alati avatud, ta oli valmis aitama, tema poolt pakutud lahendused olid objektiivsed ja õiglased. Kõige muu hulgas on väga tähtis tema eriline toetus lastepsühhiaatria arengule nii kliinikus kui kogu Eestis. Veikoga koos töötatud aeg oli kõigile arendav, meeldiv ja turvaline.

**DR INNA LINDRE**  
vanemarst-õppejõud  
admin. kohustes

Professor Veiko Vasar on juba residentuuri astumisest jäänud meelde väga heasüdamliku, mõistva ja toetavana. Imetlusväärne on olnud tema võime näha seoseid ainult talle omasel elegantsel ning silmi avaval moel, mis psühhiaatriast rääkides on andnud minu erialasessse arengusse midagi, mida mujalt poleks kuidagi saanud. Mälestused tema esinemistest, mis alati erialastele üritustele värvi andsid ning vestlustest nüüd tühjemaks jäänud psühhiaatriakliiniku majas jäävad alati meelde.

**DR JUHAN KALDRE**  
psühhiaatriakliiniku  
ambulatoorse osakonna  
juhataja

Professor Vasaral oli erakordne oskus panna väga erinevad inimesed koos tööle. Ta oli alati kannatlik ja mõtles mitu sammu ette. Pigem püüdis ta näha tulevikku ja seda, kuidas täna tehtud otsused tulevikku mõjutavad. Ta väärtustas väga kõrgelt kõiki kliiniku töötajaid. Sageli muretses ta töötajate suure koormuse ja läbipõlemise pärast. Kahjuks aga ei osanud ta seejuures ennast säästa. Mul oli suur au töötada temaga koos peaaegu 19 aastat ja julgelt öelda, et ta kindlasti sooviks, et me ei kurvastaks ülemäärana ning püüaksime endast anda parima, et tema poolt alustatud väärikalt ja parimal viisil jätkata.

**REET TOHVRE**  
psühhiaatriakliiniku ülemõde

# Suitsuvaba kliinikum

Alates 1. maist on kliinikum suitsuvaba haigla, see tähendab, et kliinikumi ruumides ja territooriumil 30 meetri raadiuses on suitsetamine keelatud (keeld kehtib ka e-sigarettide kohta). Mittesuitsetamine hoiab tervist ja on eeskujuks teistele.

On üldlevinud tõde, et suitsetamine on kahjulik tervisele, põhjustades haiguseid, mis langetavad elukvaliteeti ja põhjustavad enneaegset surma. Sageli siiski ei mõelda täpsemalt, mida see tähendab. Ei mõelda ka sellele, mida teha suitsetamisega ümberkaudsetele. Vaevalt, et kolleeg või patsient tihkaks alati öelda, et suitsetamiselt naasnud töötaja hingeõhuga väljub ebameeldiv hais, või et tema kohalolekut tööpostil oli just väga vaja olnud. Kliinikumi töötajatena puutume päevast päeva kokku patsientidega, kes on haigestunud suitsetamisest tingitud invaliidistavatesse haigustesse ja teame, millises piiratud ulatuses saavad ravimid parandada patsiendi vaevuseid. On teada, et 40% neist haigustest on ennetatavad ter

mest surma tekke risk mittesuitsetajatel: 0,65/100000 vanuses 15–34 aastat ja 6,21/100000 vanuses 35–44 aastat, siis suitsetajatel on surmarisk 3,3/100000 vanuses 15–34 aastat ja 29,4/100000 vanuses 35–44 aastat. Kui on

» **Suitsetamise  
näol on tegemist  
"topelt"  
sõltuvusega.**

olemas geneetiline eelsoodumus ja kasutatakse suures doosis kombineeritud hormoonidega suukaudseid kontratseptiive, siis on ka noorel naisel suur risk tromboosi ja emboli tekkeks. Tõsiselt ohustatud on naised vanuses üle 35 aasta, kesjuures hinnatakse, et kontratseptiivide kasutamine on vastunäidustatud naistele vanuses üle 35 aasta, kes suitsetavad 15 ja rohkem sigaretti päevas.

» **Suitsetamisest  
loobuda  
ei ole kunagi  
liiga hilja.**

Suitsetamine mõjutab ka mitmete teiste ravimite toimet organismis. Muutused on seotud nii nikotiini toimega kui ka tubaka põlemisel tekkinud ühenditega. Olulisemaid muutuseid põhjustavad suitsu kartsinogeensed ühendid, mis indutseerivad tsütokroom P-450 isoensüüme. Seetõttu on suitsetamisest mõjutatud kofeiini, teofüllini, takriini, klosapiini, imipramiini, olansapiini, klomipramiini, flu-

voksamiini, ropinirooli farmakokineetika. Ka inhaleeritava insuliini kontsentratsioon on suitsetajal oluliselt järsema ja tugevama tõusuga, mistõttu on selle ravimeetodi kasutamine suitsetajatele vastunäidustatud (ja veel 6 kuud ka pärast suitsetamisest loobumist).

(Drug Interactions With Smoking. Am J Health Syst Pharm. 2007;64(18):1917-1921.)

Suitsetamisest loobumine võib osutada keeruliseks paljudel loobuda soovijatel, kuna tegemist on "topelt" sõltuvusega:

- 1) nikotiini neurobioloogilise sõltuvusega ajus – nikotiin on närvimürk
- 2) rituaal-sõltuvusega – harjumuspärane käitumisstiil

Sageli on vajalik ravimite kasutamine 2 kuu vältel. Kliinikum on panustanud väga hoolivalt suitsetamisest loobuda soovijate loobumiseravimite korvamisse. Kliinikumi töötaja, kes pöördub suitsetamisest loobumisenõustamisest, saab ravimid tasuta. Kindlasti on ka suitsetajaid, kes ei vajagi ravimeid, vaid ehk ainult mõnda soovitusi või lihtsalt vestlust.

Suitsetamisest loobumise nõustajad kliinikumis: kopsuarst Ülle Ani, kopsufüsioterapeut Karine Rüütel ja kardioloogide Margarita Milihhina, ootavad loobuda soovijaid. Kontakti saab võtta üldregistraatori kaudu registreerudes või e-posti või telefoni teel. Vajadusel saab kokku leppida dr Ülle Aniga ka osakonda vestlema tuleku suhtes.

Kui suitsetaja ei ole kindel, kas ta vajab nõustamist ja ravimeid, võiks ta proovida läbi teha ühe suitsuvaba perioodi.

**DR ÜLLE ANI**

### KOMMENTAAR



**MARJU MEUS**  
tubakavaba haigla-  
keskkonna kujundamise  
töörühma liige

Tubaka tarbimine on maailmas juhtivaks surma põhjuseks, mida oleks võimalik ennetada. Tervishoiutöötajad peaksid olema tubakavaba elu eeskujuks üksteisele, patsientidele ja nende lähedastele ning suitsetamisest loobumise toetajad ja julgustajad. Kliinikumi eesmärgiks on aidata kaasa töötajate ja patsientide tervisele ja heaolule ning kaitsta ja parendada kliinikumi välis- ja sisekeskkonda.

Kliinikumis läbiviidud suitsetamise levimuse uuringute (2011 ja 2014) tulemuste põhjal saab öelda, et töö ajal suitsetajate osakaal on vähenenud 2%. Õendustöötajate hulgas on suitsetamine vähenenud kõige rohkem (3%). Kliinikumis on 10 tubakavaba teenistust (2011. aastal 8).

Kliinikumi töötajatel on olnud ja on ka praegu võimalik kasutada suitsetamisest loobumise nõustamist. Nõustamisel leitakse igale suitsetamisest loobuda soovijale vajadusel sobiv toetusravim, mille kuld katab kliinikum.

# Transseksualism – kui loodus eksib

Sotsiaalministeeriumi poole on viimase viie aasta jooksul soovahetuse sooviga pöördunud 13 transseksuaali. Peale kooseluseaduse vastuvõtmist on poole aasta jooksul avaldanud soovahetuse soovi juba 10 transseksuaali.

Eesti Haigekassa ei rahasta soovahetusega seotud operatiivseid sekkumisi. Hormonaalteraapiaks vajalike ravimite ostmisel saab tavapäraselt 50-protsendilist soodustust.

Sooidentiteedihäire ehk soodüsfooria ja transseksualism on mõisted, mille abil kirjeldatakse isiku soovi elada ja olla ühiskonnas aktsepteeritud vastassoos esindajana. Seisund väljendub rahulolematuses enda fenotüübilise soo ehk geneetilise välimuse suhtes ja soovis saada ravi, mis muudaks keha eelistatud soole vastavamaks. Transseksualismi korral ei lange geneetiline välisilme ja somaatiline ehk keheline diferentseerumine ühte aju programmeerimisele mehe või naisena. Püsiva sooidentiteedi häirega kaasneb soov kasutada kõiki vastassoost inimeseks olemise kultuurilisi eeliseid. Transseksualism eristub seksuaalsest orientatsioonist ning nagu mittetransseksuaalid, võivad ka transseksuaalid olla hetero-, homo-, bi- või asekuaalsed.

Soodüsfooria on enese-diagnoos, mida sageli kinnitavad sõbrad ja perekond ning mida ei ole võimalik kinnitada muude testidega kui düsfooria püsimine vähemalt kahe aasta jooksul ning häire leevendumine vastassoolisena tunnustamisel. Seda on võimalik vähendada hormonaalse ja kirurgilise palliatiivse raviga, kuid oma olemuselt on tegemist ravimatu seisundiga, mis märkimisväärselt osaljuhitudest on seotud sotsiaalse isolatsiooniga ja suurte hingepiinatudega, millele ka kõige kaa-

lutletum medikamentoosne või kirurgiline ravi võib lisada füüsilist ebamugavust ja viljatust. Ravi eesmärgiks on rehabiliteerida inimene täieõigusliku ühiskonnaliikmena nende eelistatud soorollis, kuid ka kõige täiuslikumal medikamentoosel ja kirurgilisel palliatiivsel ravil ei ole mõtet, kui inimene soovib ikkagi varju jääda.

Patsienti on soovitatav hinnata vähemalt kahel spetsialistil, sageli mitmete kuude jooksul toimuvate tõsiste intervjuude käigus, milles käsitletakse psühhiaatrilist ja psühholoogilist seisundit, isiksusprofiili, füüsilist ja emotsionaalset arengut, kooli- ja töökogemust, suhteid täiskasvanueas ning sotsiaalse funktsioneerimise hetkeseisundit. See protsess ei vii vältimatu interventsioonideni ning paljud protsessis osalenud patsiendid ei võta ette soomuutumise ehk kehaline diferentseerumise ühte aju programmeerimisele mehe või naisena. Püsiva sooidentiteedi häirega kaasneb soov kasutada kõiki vastassoost inimeseks olemise kultuurilisi eeliseid. Transseksualism eristub seksuaalsest orientatsioonist ning nagu mittetransseksuaalid, võivad ka transseksuaalid olla hetero-, homo-, bi- või asekuaalsed.

Feminiseerumise järkjärguline protsess seisneb libiido ja näol oleva akne vähenemises, rinnanibude helluses ja nende ümbruses olevate pigmenteerunud alade täistundes. Lisaks väheneb juuste väljalangemine peast, habemearvad muutuvad pehmemaks, väheneb nende kasvamise kiirus. Aegamööda laadestub keha rasv ümber vaagnavöötmesse, nahk muutub pehmemaks, väheneb lihasmass, munandite suurus väheneb ja nende konsistents muutub pehmemaks. Kaovad spontaansed erektsioonid. Hormoonravi alustamine leevendab ärevust ja rahustab. Hoolimata piirangute puudu-



Dr Maie Väli

misest piirdub üle poole mees-naiseks patsientidest ainult hormoonraviga, kirurgilise ravi võimalusi kasutab vähem kui 40–50%.

Naine-meheks ravi alguses kaovad menstruaatsioonid, suureneb libiido, madaldub hääl, tekib meestüüpi karvakasv, võivad tekkida follikuliit ja akne ning isu ja kehakaalu tõus. Akne võib olla tsüstiline ja raske ning vajada dermatoloogilist ravi. Naha rasuproduktioon suureneb, teatud määral esineb seborröad ehk vistrikke rasusel nahal, tekib kaenlaaluste ja kubemepiirkonna higistamine ja lõhn. Oimupiirkond kiilaneb järkjärgult. Suureneb lihasmass, nahk muutub paksemaks ning tekib kaalutõus, vedelikuretensioon, kliitori suurenemine, rindade atroofia ja kilpkõhre promineerumine. Lisaks mõjub see emakale ja munasarjadele.

Praktiliselt kõik naine-meheks patsiendid kasutavad ka kirurgilise ravi võimalust (konkreetselt selles uuringus jäljitud 99 patsienti kasutasid kõik kirurgilist ravi). Neid patsiente iseloomustab kompulsiiivne, agressiivne ja rahuldamatult soov maskuliniseeruda. 25–30 protsendil patsientidest esineb märkimisväärselt

suurenenud karvakasv ja menstruaalne düsfunktsioon. Hormonaalne hindamine ja ultraheliuuringud näitavad, et 25 protsendil esineb polütsüstiliste munasarjade sündroom.

2004. aastal valminud uuringus „Sexual and Physical Health After Sex Reassignment Surgery“ hinnati 55 transseksuaalse patsiendi (32 mees-naiseks ja 23 naine-meheks) rahulolu ja elukvaliteeti pärast soomuutumise operatsiooni. Sarnaselt teiste uuringutega olid mees-naiseks transseksuaalid märkimisväärselt vanemad kui naine-meheks patsiendid. Vanuse erinevuse põhjuseks võib olla asjaolu, et 43,7% mees-naiseks patsientidest olid mittehomoseksuaalsed, kuid naine-meheks transseksuaalidest olid mittehomoseksuaalsed vaid 8,6%.

Naine-meheks transseksuaalidel esines rohkem raskesti stabiilse suhte loomisel pärast üleminekut. Ühel kolmandikul naine-meheks patsientidest ei olnud pärast ravi ühtegi seksuaalpartnerit, kuigi nende libiido ei olnud kahjustatud. Hoolimata meheliikust välimusest ja suguorganitest, vältisid mõned suhteid võimalike partneritega, sest nad olid ärevuses ja ebakindlad oma mehelikkuses. Kui transseksuaalsed patsiendid suudavad luua stabiilseid suhteid, on nad oma seksuaaleluga väga rahul, mis omakorda suurendab nende üldist rahulolu.

Üldiselt ütles enamik transseksuaale, et nende seksuaalelu on pärast kirurgilist ravi parem. Kirjeldatud on seksuaalse rahulolu seost kirurgilise ravi tulemusega. Edukas operatsioon suurendas rahulolu ning ebaõnnestunud vaginoplastika või falloplastika pigem vähendas rahulolu seksuaaleluga.

Transseksuaalid kirjeldavad sageli tervis-

hoiuasutusest saadud halbu kogemusi – alates ükskõiksusest ja teadmatusest kuni diskrimineerimisest ja vähenulikkuseni. Arstide suhtumist on kirjeldatud foobilisest kuni halvaks paneva ja aegunud mõtlemiseni. Soodüsfooria häiretega patsientide ravimisel on soovitatav tunnustada transseksuaali identiteeti. Tehnilistele ja meditsiinilistele aspektidele kinnistumise asemel on soovitatav aastaid isolatsioonis elanud ja pidevalt võitlust kogunud isikuid ning pidevalt stigmatiseerituna ühiskonnast eraldatuna elanud inimesi mõista.

**MAIE VÄLI**  
naistekliiniku  
vanemarst-õppejõud

**ALLIKAD**  
Behre, H M, Kliesch, S, Lefika, E, Link, T M, Nieschlag, E (1997). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* Vol 82, No 8. Long-Term Effect of Testosterone Therapy on Bone Mineral Density in Hypogonadal Men (lk 2386 – 2390)  
Futterweit, W (1998). *Archives of Sexual Behaviour*, Vol 27, No 2. Endocrine therapy of Transsexualism and Potential Complications of Long-term Treatment Landen, M, Bodlund, O, Ekselius, L, Hamberg, G, Lundstrom, B (2001). *Läkartidningen*. Sex reassignment is preventively the best cure for transsexuals. Done is done – and gone is gone (lk 3322 – 3326)  
Levine, S B, (1980). *Journal of Sex & Marital Therapy*. Psychiatric diagnosis of the patients requesting sex reassignment surgery (lk 164 173)  
Levine, S B, Lothstein, L (1981). *Journal of Sex & Marital Therapy*. Transsexualism of the Gender Dysphoria Syndromes (lk 85 – 113)  
Levy, A, Crown, A, Reid, R (2003). *Clinical Endocrinology*. Endocrine intervention for transsexuals (lk 409 – 418)  
Monstrey, S, Hoebek, P, Dohont, M, De Cuyper, G, Rubens, R, Moerman, M, Hamdi, M, van Landuyt, K, Blondeel, P (2001). *Acta Chirurgica Belgica*. Surgical therapy in transsexual patients: a multi-disciplinary approach (lk 200 – 209)  
Moore, E, Wisniewski, A (2003). *Dobs Endocrine Treatment of transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Averse Effects* (lk 3467 – 3473)  
Schilder, A J, Kennedy, C, Goldstone, I L, Ogden, R D, Hogg, R S, O'Shaughnessy, M V (2001). *Society of Science Medicine*. Being dealt with as a whole person. Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care (lk 1643 – 1659)

## SA Tartu Ülikooli Kliinikum ja Tartu Kultuurkapital kuulutavad välja konkursi Kliinikumi preemia

Kliinikumi preemiaga tunnustatakse teenekaid eesti arste, kes oma silmapaistva tegevusega on andnud olulise panuse Eesti tervishoiu ja ühiskonnaelu arengusse, on kaasa aidanud eesti tervishoiu maine tõstmisele üldsuse silmis ning eesti inimese tervise parandamisele.

Vastavalt preemiastatuudile on kandidaatide esitamise õigus kõikidel Eesti tervishoiuasutustel ja erialaseltsidel, Tartu Ülikooli arstiteaduskonnal, Eesti Arstide Liidul ja Eesti Haiglate Liidul. Iga institutsioon saab üles seada ühe kandidaadi. Vastavalt statuudile võib ühele isikule preemia määrata üks kord.

Kliinikumi preemia antakse tänava välja juba seitsmeteistkümnendat korda,

eelnevatel aastatel on preemia laureaadiks valitud *prof. emer. Arvo Tikk, prof. emer. Endel Tünder, prof. emer. Vello Salupere, prof. emer. Ain-Elmar Kaasik, dr Vello Ilmoja, prof. Toomas Sulling, prof. emer. Lembit Allikmets, prof. emer. Karl Kull ja prof. emer. Rein Teesalu, dots. emer. Jüri Sammarütel, dr Kaljo Mitt ja dr Urmo Kõöbi, prof. emer. Tiit Haviko, dr Andres Ellama, prof. Ants Peetsalu ja dots. emer. Silvia Russak.*

Preemiakandidaatide andmed palume saata koos kirjaliku elulookirjelduse ja lühikese põhjendusega 20. aprilliks 2015 e-posti aadressile [kristi.tael@kliinikum.ee](mailto:kristi.tael@kliinikum.ee).

Kliinikumi preemia annab laureaadile üle juhatuse esimees Urmas Siigur 22. mail Tartus Dorpati keskses toimival kliinikumi konverentsil.

**KLIINIKUMI LEHT**

### TÄNUAVALDUSI

#### Märts 2015, anestesioogia ja intensiivravi kliinik

Täna kõik EMO traumakabineti arste, õdesid, hooldajaid kõrgetasemelise ja operatiivse abi eest 24. jaanuaril 2015.

#### Märts 2015, kirurgiikliinik

Suurimad tänud dr Marko Murruste, kes oma imetusväärsele tööle teostas minu maooperatsiooni. Intensiivpatali personal on tasemel, lahked, abivalmis, sõbralikud. Suured tänud Teile ja soovin Teile ikka seda kannatlikkust ja naeratust näole. Teete oma tööd südamega, seda on näha ja tunda.

#### Märts 2015, südamekliinik

Kallid arstid Märk Elmet, Ilmar Särg, Hendrik Laja, kõik õed ja meie tervise eest hoolitsejad ja aitajad. Eriti Inge, Helgi, Irina ja Maria. Mu süda jätab teile suured tänud!

#### Märts 2015, kirurgiikliinik

Tahan väga tänada kirurg Ceith Nikkolot, kes eemaldas minul kilpnäärme- Kõik oli üllikena ja lõppes väga hästi. Tunnen ennast väga hästi ja kiidan ka ülejäänud personali.

#### Märts 2015, spordimeditsiini ja taastusravi kliinik, ambulatoorse taastusravi osakond

Olen väga rahul füsioterapeut Johanna Rello tööga.

#### Märts 2015, kõrvkliinik

Täna kogu südamest oma raviarsti Indrek Ausi tema inimlikkuse, lahkuse ja kannatlikkuse eest minu ravimisel, kui ma nina verejooksu tõttu tugevates valudes vaevlesin. Samuti tänan kogu teenindavate personali, kes minu paranemisele igati kaasa aitasid. Eriti tänan medõde Oksanat lahkuse eest.

#### Märts 2015, traumatoloogia-ortopeedia kliinik

Täna hea ja südamliku ning professionaalse teeninduse eest Aliide Lutsu abi. Täna väga dr Silver Auni ja dr Eiki Straussi asjaliku, rahuliku ja professionaalse tegevuse eest operatsiooni ajal ja väga asjaliku ja oma ala väga hästi tundvat anestesioogi Kerli Vijarit.

#### Märts 2015, hematoloogia-onkoloogia kliinik

Tahan väljendada oma südamlikku tänu õele Elvi Ots, kes tegutses keemiatilgutitega ja valveõdedele Mai Ilves ja Maire Laanesoo ja hooldajale Helja Kallas nende tähelepanekkuse, südamlikkuse ja abi eest. Nad aitasid mind kõiges. Olin väga liigutatud nende käitumisest ja abist. Soovin neile palju tervist ja jõudu, õnne. On väga tore, et meie meditsiinis töötavad sellised inimesed.

# Ravimlööbed

Ravimlööbed esineb 2-3%-l ravimeid tarvitavatest inimestest, haigla patsientidel kaks korda enam. Eristatakse klassikalisi ravimlööbed: makulopapuloossed eksanteemid, fikseerunud erüteem, urtikaaria/angioödeem, multiformne erüteem (ME), Steven-Johnsoni sündroom/toksiline epidermaalne nekrolüüs (SJS/TEN), vaskuliit, erüthrodermia, ravimreaktsioon eosinofiilia ja süsteemsete sümptomitega (DRESS), fototoksilisid ja – allergilised lööbed. Harvaesinevate ravimlöövete hulka kuuluvad: äge generaliseerunud eksanteemne pustuloos (ÄGEP), lihhenoidised ravimlööbed, ravimindutseeritud erütematoosluupus ja – autoimmuunsed villilised dermatosid (pemfigoid, pemfigoid, lineaarne IgA haigus), alopeetsia, pseudolümfoom ja akraalne reaktsioon kemoterapiale. Ravimlööbed tekivad geneetilise eelsoodumusega isikutel (seosed HLA alleelidega) ja sageli on kaasnevaks teguriks viirusinfektsioon (EBV, CMV, HH6 ja 7, HIV) või autoimmuunhaigus, aga ka immuunpuudulikkus.

Artiklis puudutan olulisemaid ravimlööbeid.

**MAKULOPAPULOOSSED** eksanteemid moodustavad 75-90% ravimlöövetest. Antibiootikumid, mittesteroidsed põletikuvastased (MSPVR) ja antiepileptikumid on peamiselt eksanteeme vallandavad ravimgrupid. Põletiku kutsuvad esile aktiveeritud T-rakkudest vabanevad mediaatorid ja see kulgeb hilist tüüpi immuunreaktsioonina. Lööve tekib 5.–14. ravipäeval, mõnikord 3. nädalal. Tugeva reaktsiooni korral võib kaasneda kerge palavik, põletikumarkerite tõus ja eosinofiilia perifeerses veres. Lööve saab alguse kehatüvel, punetavad maakulid ja paapulid levivad edasi kaelale ja jäsemete proksimaalsetele osadele. Peopesad, tallad ja limaskestad ei lööbi. Diagnoos põhineb löö-

be morfoloogial, mida toetab eosinofiilia. Patohistoloogilised muutused nahas on mittepetsiifilised. Kahtlustada tuleb ravimeid, mida tarvitati kaks nädalat kuni kuu enne lööbimist, oluline on varasem allergia anamnees. Eksanteem võib taanduda vaatamata ravimi jätkuvale manustamisele, püsida muutumatuna või progresseeruda erüthrodermiaks. Reaktsiooni mahasurumiseks kasutatakse antihistamiinikume ja lokaalset steroidi. Ravimi taasmanustamisel avaldub lööve juba 1–3 päeva jooksul.

**FIKSEERUNUD ERÜTEEM** moodustab 0,7–22% ravimlöövetest. Fikseerunud erüteemi vallandavad paratsemamool, MSPVR, analgeetikumid, sulfoonrea antibiootikumid ja tetratsükliid, malaariavastased ravimid, barbituraadid, salitsülaadid (aspiriin) jt. Põletiku teke on vahendatud

» **Ravimlööbed tekivad isikutel, kellel on selleks geneetiline eelsoodumus. Kaasnevaks teguriks võivad sageli olla viirusinfektsioon, autoimmuunhaigus, aga ka immuunpuudulikkus.**

antigeenspetsiifiliste T-rakkude ja neutrofiilide poolt. Lööve avaldub 30 min – 8 tundi pärast ravimi manustamist. Erüteem on ümara või ovaalse kujuga, värvilt tuhmjaspunane, pinnal võib esineda villid. Pooltel juhtudest esineb enam kui viis kollet. Sageda- mini paikneb lööve genitaalidel, huultel, kätel ja jalgadel, aga võib esineda ka mujal. Diagnoos põhineb lööbe morfoloogial, mida toetavad patohistoloogilised muutused nahas: lihhenoidne põletikumuster ja pigmentinkontinentsi esinemine. Kulg on healoomuline ja üldnähud

reeglina puuduvad. Ravimi lõpetamisel taandub erüteem 7-10 päeva jooksul, jääknähuna jääb kuid kestab hüperpigmentatsioon. Ravi on sümptomaatiline, piirdub peamiselt paikse steroidi aplitseerimisega. Vallandava ravimi taasmanustamisel aktiveerub põletik vanades kolletes ja lisandub uusi. Põhjustava ravimi väljaselgitamiseks kasutatakse provokatsiooniteste: ravimit manustatakse suu kaudu subterapeutilises annuses või ravimi segu asetatakse pigmentilaigule.

**URTIKAARIA JA ANGIOÖDEEM**, mis 50%-l juhtudest esinevad koos, moodustavad ~5% ravimlöövetest. Urtikaaria korral haarab turse pärisnaha ülemist osa, angioödeemi puhul ka alusnahka ja submukoosiat. Urtikaaria väljendub kuplade tekkena, mis paigutuvad isoleeritud või laatuva suurteks turselisteks aladeks. Lööve on

**ME** vallandavad erinevad tegurid, vähem kui 10% seostatakse ravimitega, suurvormil kuni 50%. Antud ravimreaktsiooni esineb nn aeglastel atsetüleerijatel, kellel metabolismi käigus tekivad toksilised ühendid, mis seotakse rakkude pinnamolekulidega ning käivitub Th-1 tsütokiinidest vahendatud immuunvastus. HLA B12 tõstab ME riski kolm korda. Raskusastme alusel eristatakse kahte vormi. ME väikevormile on iseloomulikud ümarakujulised, turselised paapulid ja märklaualaadsed, 3 põletikuringiga naastud, mis paigutuvad sümmeetriliselt jäsemete distaalosadel ja sirutuspiinadel. Lööbelemendi keskossa võib moodustuda vill. Limaskestad väikevormil ei kahjustu ja üldnähud puuduvad. Lööve püsib nahal paar nädalat, taandub spontaanselt. Suurvorm kulgeb ägedalt, gripilaadsete nähtude ja kõrge palavikuga, märklaudadele lisanduvad pinges villid, kahjustuvad limaskestad (suu, silmad, genitaalid jm). Taandareng kestab 3–6 nädalat. ME diagnoos põhineb lööbe

lihaskesandid, radiokontastained. Mõned nendest ravimitest võivad esile kutsuda ka IgE vahendatud urtikaariat. Angioödeemi põhjustavad ACE inhibiitorid, Ca-kanali blokaatorid, angiotensiin-2 retseptori blokaatorid, MSPVR jt. Angioödeemi klassikaliseks lokaliseerimiseks on nägu, jäsemete distaalosad, genitaalid. Nuurakkudest vahendatud angioödeemi puhul kaasneb alati urtikaaria ja sügelus. Turse tekib minutitega ja taandub 24–48 tunni jooksul. Raviks on uuema põlvkonna antihistamiinikumid, mille päevast annust võib tõsta kuni 4 korda. Bradükiniini vahendatud angioödeemi korral urtikaariat ei esine, nahasügelus puudub, turse areng ja taandumine on aeglane ja antihistamiinikumid jäävad efektita.

**TEN** on eluohtlik, lööbega kulgev ja sageli surmaga lõppev ravimreaktsioon, mida diagnoositakse 0,4–1,9 juhtu miljonit elaniku kohta aastas, HIV-positiivsetel 1:1000. Naistel esineb TEN sageda- mini kui meestel, haigete keskmine vanus on 46–63.a. Epidermise irdumise ulatuse alusel eristatakse kolme vormi: SJS korral irdub nahast alla 10%, kattuva vormi korral

# C-hepatiit vajab valvelolekut

C-hepatiidi viirus on üks peamisi kroonilise maksahaiguse – hepatiidi ja tsirroosi – põhjuseid Eestis.

Kuna C-hepatiidi ja C-tsirroosi patsiente on palju, siis hepatiidiõe vastuvõtt nii viirusevastase ravi eelseks nõustamiseks kui ravi aegseks jälgimiseks on igapäevatoos oluline.

## Kellel uurida C-hepatiiti?

Esmatähtis on C-hepatiidi vältimise edendamine ning riskirühma kuulujate sihiteadlik uurimine. C-hepatiidi testimine on kui väravaavaus haiguse õigeaegseks avastamiseks, viirusevastaseks raviks ja tervistumiseks.

C-hepatiidi sõeluuring on näidustatud näiteks maksaanalüüsides ALAT ja ASAT aktiivsuse tõusuga patsientidel, vere- ja verekomponentide ülekandeid enne 1994. aastat saanud, kõigil oma töö tõttu C-viirust sisaldava vere kokkupuuteohuga või tööalase juhusliku nõelatorke ohuga. Kliinikumi infektsiooni- kontrolli teenistuse juhend vere ja teiste kehavedelikega levivate infektsioonide vältimisest peab olema meie kõigi tööalal.

► morfoloogial, mida vajadusel toetab naha patohistoloogiline leid. Ravi on sümptomaatiline, kasutatakse lokaalset või süsteemset steroidi vastavalt reaktsiooni tugevusele.

**TEN** on eluohtlik, lööbega kulgev ja sageli surmaga lõppev ravimreaktsioon, mida diagnoositakse 0,4–1,9 juhtu miljonit elaniku kohta aastas, HIV-positiivsetel 1:1000. Naistel esineb TEN sageda- mini kui meestel, haigete keskmine vanus on 46–63.a. Epidermise irdumise ulatuse alusel eristatakse kolme vormi: SJS korral irdub nahast alla 10%, kattuva vormi korral



Dotsent Riina Salupere

## Kuidas uurida C-hepatiiti?

C-hepatiidi diagnoosimine ei ole keerukas juhul, kui selle võimalikkusele mõeldakse. Esimeseks uuringuks on C-hepatiidi viiruse vastaste antikehade (HCVAb) määramine seerumis, analüüs tehakse ühendlaboris tööpäeval. Kui antikehad on olemas (positiivsed), siis määratakse C-

10–30% ja klassikalise TEN korral enam kui 30%. SJS ja TEN suhe on 3:1. Geneetiline eelsoodumus on seotud mitmete HLA-alleelidega: HLA-B\*1502, HLA-A\*3101 (karbamasepiin), HLA-B\*5801 (allopurinool), HLA-B\*44, HLA-A29, HLA-B12, HLA-DR7 (sulfoonamiidid), HLA-A2, HLA-A\*0206, HLA-DQB1\*0601. Vallandavateks ravimiteks on sulfoonrea antibiootikumid (30%), allopurinool, viirus- ja epilepsivastased ravimid, MSPVR jt. Reaktsioon avaldub 1.–3. ravinädalal ja algab prodroomis gripilaadsete nähtudega (kõrge palavik, enesetunde halvenemine). Suu limaskest

hepatiidi viiruse RNA (HCV RNA), vastuse saab ühendlaborist nädala jooksul. Kui HCV RNA osutub positiivseks, siis vajab patsient gastroenteroloogi või infektsionisti konsultatsiooni ja täiendavaid uuringuid – viiruskõrguse ja viiruse genotüübi määramist, maksakoe fibroosiastme määramist kas maksabiopsias või elastograafia otsustamiseks viirusevastase ravi alustamiseks.

kahjustub 90%-l, teised limaskestad harvem. Makuloosne või retikulaarne erüteem koos purpuraga algab näonahalt, levib ülakehale ja jäsemetele. SJS-l on näha 2 erinevat värvimuutust, kuid klassikalisi, 3 ringiga märklaudu nahal ei esine, peanahk, tallad ja peopesad jäävad lööbeta. Põletiku kutsuvad esile aktiveeritud CD8 ja loomulikest tappurakkudest vabanevad tsütolüütilised valgud (granulüsiin, perforiin jt). Nekroos haarab kogu epidermist, mille tulemusena epidermis irdub suurte lamellidena. Epidermolüüs kestab 2–3 päeva, äge faas ligi 2 nädalat. Ravi toimub intensiivis sarnaselt põletushaige

## Kas C-hepatiidi ravi on võimalik?

Standardraviks on olnud kuni viimase ajani 24–48 nädalane immuunstimuleeriva toimega alfapeginterferooni süstitamine nahaalusi kord nädalas kombinatsioonis ribaviriini tablettidega.

C-hepatiidi ravi paradigma muutus aga 2011. aastal, kui avaldati olulised ja seniseid ravipõhimõtteid mõjutavad artiklid otsese viirusevastase toimega ravimite kliiniliste uuringute kohta. Esimesed otsese viirusevastase toimega ravimid botsepreviir ja telapreviir on ka Eestis soodusravimite loetelus 100% soodumääraga gastroenteroloogi ja infektsionisti väljakirjutamisõigusega. Uute viirusevastaste ravimite loetelu täieneb kiiresti. Eestis ootame veel sellel aastal simepreviiri lisandumist soodusravimite loetellu.

**RIINA SALUPERE**  
gastroenteroloog, endokrinoloogia-gastroenteroloogia osakonna juhataja, sisekliinik  
Hepatiidiõe vastuvõtust saab lugeda leheküljel 8

ravile. Patsiendi elu ohustab hüpovolemiline šokk, hulgiorganpuudulikkus, sepsis jm. Suremus on 10–70% ning oleneb TEN vormist, haige vanusest, põhi- ja kaasnevatest haigustest. Ravi on keeruline, kuna süsteemsete ravimite (kortikosteroid, IVIG, tsüklosporiin, plasmaferees jm) kasutamisel on tulemused vastukäivad. Algav reepiteliatsiooni kestab mitu nädalat, limaskestadel kauem.

**MAIRE KARELSON**  
dermatoveneroloogia dotsent, vanemarst-õppejõud nahahaiguste kliinik

# Kliinikumis alustas vastuvõttu hepatiidiõde

2014. aasta detsembrikuus alustas kliinikumis vastuvõttu hepatiidiõde Irina Sulkovskaja. Kliinikumi Leht käis uurimas, mida see vastuvõtt endast kujutab.

Hepatiidiõde Irina Sulkovskaja vastuvõtt toimub kahel korral nädalas aadressil L. Puusepa 1a, III korrusel kabinetis 3012. Hepatiidihaigeid nõustab ka nakkushaiguste kabineti õde Külli Miljukov. Hepatiidihaiguste nõustamisteenuse pakkumise alustamiseks tuli mõlemal õel läbida aastapikkune täienduskursus ning igapäevatöö on abiks Eesti Gastroenteroloogide Seltsi poolt koostatud „Hepatiidiõde tööjuhend“.

Õde Irina Sulkovskaja toob kohe esmalt esile kõik võimalused, mille kaudu C-, aga ka B-hepatiiti nakatumine toimub. Tä selgitab, et väga sageli imestavad patsiendid, et kuidas üldse sai võimalikuks nakatumine viirusesse, kui on elatud igati korralikku elu, alkoholi liigselt ei pruugita ja järgitakse tervislikke eluviise. „Tõsiasi, et C-hepatiiti võib saada verega kokku puutudes ning selleks ei ole tingimata vaja „palju punast verd“, kiipub ununema paraku ka meedikutel endil. On ka juhtumeid, kus inimesed puhkusereisidel on teinud endile tänaval tätoveeringuid ning suur grupp patsiente on muidugi narkomaanid“, selgitab Irina Sulkovskaja.

## Kuidas saab hepatiidiõde vastuvõtule?

Vastuvõtul tegeleb hepatiidiõde peamiselt C-hepatiiti põdevate haigete jälgimise ja ra-

### Hepatiidiõde Irina Sulkovskaja vastuvõtt:

L. Puusepp 1a, kabinet 3012  
Teisipäev: 14.00–16.00  
Neljapäev: 8.30–10.00  
Telefon: 731 9356



Irina Sulkovskaja

viga. Hepatiidiõde vastuvõtule suunab patsiendi gastroenteroloog või nakkushaiguste arst. Eelnevalt täpsustatakse arsti poolt diagnoos, tehakse koos patsiendiga raviotsus ning edasi tegelebki patsiendiga hepatiidiõde.

## Mida teeb hepatiidiõde?

Irina Sulkovskaja selgitab: „Arst koostab raviplaani ja mina siis jälgin seda haiget. Hepatiidiõel peavad olema teadmised analüüside hindamiseks. Ravi on väga pikk, 24–48 nädalat, ning veel jälgimine pool aastat pärast ravi lõppu. Esialgu peavad haiged käima iga kahe nädala, hiljem iga nelja nädala tagant minu juures kontrollis. Vahepealse aja kohta täidavad nad ravipäeviku, kuhu tuleb sisse kanda iganädalaselt nii suukaudsete kui süstitava ravimi manustamine, annused ja kõrvaltoi-

med. Igal vastuvõtul võetakse analüüsid ning vaadatakse, kas ravi jätkub plaanipäraselt või tuleb nõu pidada muutuste osas arstiga. Väga oluline on patsiendi süstimisõpetus, sest süstimist peab haige ise pidevalt tegema ning sellega toime tulema.“

Juhul kui arst määrab uuringu, tavaliselt ultraheliuuringu ja maksa elastograafia, lepib õde selleks aja kokku ning annab patsiendile saatekirja. Vajadusel konsulteerib õde ka arstiga ning kõik tegevused kajastuvad patsiendi haigusjuhu sissekannetes. Vajadusel saavad patsiendid hepatiidiõdele vastuvõtuaegadel ka helistada ning küsimusi esitada.

## Mida patsiendid küsivad?

Küsimusi on patsientidel väga palju: „Mis haigus see on? Kust ma selle sain? Kas ma

### KOMMENTAAR

On suur rõõm, et õde Irina Sulkovskaja nõustus tegema hepatiidiõde iseseisvat vastuvõttu. Tegelikult tegi ta seda tööd varemgi, sest süstimise õpetuse ja ravijuhises ettenähtud visiidi analüüside korraldamise usaldasime tema hoolde ka juba enne iseseisva vastuvõtu alustamist. Irina teadis täpselt mitmenda nädala visiidile haige tuli ning mitu retsepti veel ravimile apteegis on ja millal vajavad retseptid uuendamist. Haigetele mõjub ta oma usaldusliku, sooja ning teadmisterohke käitumisega väga positiivselt. See töö on väga vajalik patsientidele, aga suureks abiks ka meie arstidele nende töös, sest Ira teab ja Ira teeb ning oleme selle eest väga tänulikud.

INGRID KULL  
sisekliiniku ambulatoorse osakonna juhataja

saan terveks? Millest ma pean loobuma? Pereelu, seks? Kuidas kodus viiruse levikut vältida? Kuidas reisida? Kuidas ravimisüstaldegas lennukisse minna?“ Lisaks küsimused raviga seotud väsimuse, nahahäirete ja maitsemuutuste kohta jne. Õde Irina ütleb, et kõikidele küsimustele vastuse andmiseks peab ta muidugi ka iseennast pidevalt täiendama.

KLIINIKUMI LEHT

# Kliinikumi söömishäirete osakond tähistab kümmandat tegevusaastat

29. märtsil 2005. aastal loodi psühhiaatrikliiniku psühhiaatriaosakonna juurde 6-kohaline palatiplokk söömishäiretega patsientidele. Täna on keskus tegutsenud kümme aastat.

Kui tegevust alustasime söömishäirete keskuse nime all, siis alates käesoleva aasta jaanuarist kanname üldpsühhiaatria keskuse söömishäirete osakonna nime. Osakonna loomine on ennast igati õigustanud, kuna on olnud siiani ainus statsionaarne mitmeetapiline teenust pakkuv raviüksus Eestis. Meie patsientideks on raskemad ja keerulisemad söömishäirete juhtumid. Käesoleval ajal on avatud 8 voodikohat ja 1 päevaravi koht.

Peamiselt tegeleme anorexia nervosa ja bulimia nervosa haigetega ja selle ajaperioodi vältel oleme ravinud 695 patsienti. Viimastel aastatel on suurenenud komorbiidsete juhtumite arv. Sageli on haigusseisundid varasemast raskemad hõlmates nii psüühika- kui kehalise seisundi häireid. Kohati on häired eluohtlikud ja/või kroonilised, mis mõjutavad oluliselt noore inimese edasist elukvaliteeti. Ravile pöördujad on enamasti noored naised, kuid viimastel aastatel on pöördujate seas ka mehi. Söömishäiretega patsientide ravi on oluline tagada järjepidevus. See tähendab, et statsionaari etapile järgneb päevaravi ja seejärel ambulatoorne osa. Ravi on kohati pikk, ulatudes 3–5 kuuni. Teenindame patsiente alates 16. eluaastast. Ravi tõhususe tagamiseks on meil olnud vajalik koostööd teha teiste erialade spetsialistidega – sisearstide, endokrinoloogide, lastearstidega jt. Igapäevaselt töötavad meil psühhiaatrid, kiinilised psühholoogid õed ja füsioterapeut. Füsioterapias teevad patsiendidele spetsiaalseid kehatajuharjutusi (Bacic Bo-



Foto: Andres Tennus

Fotol ülvalt dr. Anu Järv, psühholoog Signe Noppel, füsioterapeut Marin Rändur ja vanemõde Mailis Lood. All arst-resident dr. Lee Kaldvee ning õed Annely Pihu, Mare Torim ja Ester Sikk.

dy Awareness Therapy), mida füsioterapeut käis õppimas Norras. Meie keskuses on suur osakaal õdede töö, kes oskavad patsientidel esinevate raskuste ja hirmude korral pidevat toetust jagada. Õed jälgivad igapäevaselt patsientide toitumist ning vajadusel nõustavad toitumisasel. Kolmel korral nädalas viivad õed läbi grupiteraapiat, mille raames kord nädalas küpsetatakse ühiselt või käiakse väljas oodet söömas. Uuenduseks on õdede iseseisev ambulatoorne vastuvõtt, kus nad jälgivad patsiendi kehalist ja psüühilist seisundit ning jälgivad ja nõustavad nende toitumisharjumusi.

Ambulatoorses osakonnas töötab söömishäirete kabinet, kus võtab vastu nii arstid kui ka õed. Kümne aasta jooksul

oleme omandanud mitmeid kogemusi, et paremini toimeta keeruliste patsientidega. Söömishäirete arjast kasvav ja nooremale eagrupidle kanduv haiguste osa maailmas ning spetsialiseeritud üksusi nende ravimiseks on vähe. Patsiendid tunnevad söömishäirete osakonnas ennast paremini kui üldpsühhiaatria osakonnades. Järjest kasvav nõudlus on tinginud ka järjekorra meie osakonda. Huvi patsientide suunamise vastu meie osakonda on tundnud ka Läti, Leedu ja Valgevene kolleegid. Söömishäirete osakond teeb koostööd ka Stockholmis söömishäirete kliinikuga, mis on kõige suurem Skandinaavias.

Osakonnas on käimas mitu teadusuuringut ning osakond on õppebaasiks residen-

tidele ja õdedele. Heaks uudiseks on mitme noore arsti tööleasumine osakonda ning edasine soov töövaldkondi laiendada. Käesoleval ajal on nõudlus olemas, kuid tegevust on hakanud piirama ruumide vähesus ja kitsikus. Edaspidi oleks vaja laiendada päevakeskuse tööd, integreerida laste- ja noorukite söömishäirete ravi ning tõhustada ambulatoorset tööd. Soovime kõikidele töötajatele jaksu ja jõudu nende tänuväärse töö!

ANU JÄRV  
üldpsühhiaatria keskuse vanemarst-õppejõud

ESTER SIKK  
söömishäirete osakonna õde

# Geneetikakeskusel täitub 25. tegutsemisaasta

Kliinikumi ühendlabori geneetikakeskus tähistab 1. aprillil oma 25. sünnipäeva. Keskus loodi 2008. aastal, kui kaks ühendlabori osakonda – meditsiinigeneetika ja molekulaardiagnostika liitusid. Arendustöö tulemusena lisandus geneetikakeskuse tööülesannete hulka ka onkogeneetika-alane nõustamine ja testimine. 2011. aastal liitus geneetikakeskusega Tallinna geneetikateenistus.

Tegelikult algas kliinilise geneetika, tsütogeneetika, ainevahetushaiguste laboratoorne diagnostika ja sümmeelse diagnostika alane töö juba 1990. aastal tolleaegse Tartu Lastehaigla koosseisus loodud meditsiinigeneetika keskus. Aastal 1996 lisandus Lastehaigla juurde molekulaardiagnostika keskus, mis loodi eelkõige pärilike haiguste molekulaardiagnostikaks ja vastusündinute skriiningu läbiviimiseks fenüülketonuuria ja hüpotüreoosi suhtes.

Töötab ligikaudu 40 osalise või täiskoormusega töötavat inimest – arstid, laborispetsialistid, laborandid, õed, sekretärid ja hooldajad.

Kliinikumi Leht küsis viiel noorelt geneetikult kolm küsimust.

## Mis paelub Teid kui noori arste enim meditsiinigeneetika valdkonnas?

**Dr Karit Reinson:** Olen erialalt lastearst ja töötanud geneetikakeskuses nüüdseks juba 1,5 aastat. Seega on mul palju meditsiinigeneetika võludest veel avastamata. Samas vaimustab mind jätkuvalt pidev „puslede“ kokku panemine: 5–6 sümptomit kombineerides ja lapse välimusest viiteid otsides saab lahenduslikult tervikpildi ning välja selgitatud üks põhjus kõikidele neile kaebustele. See on valdkond, kus ei koge ealeski rutiini või ühekülgust.

**Dr Laura Roht:** Mind isiklikult paelub eriala väga lai ampluaa, hoolimata sellest, et tegemist on kitsa ja spetsiifilise valdkonnaga. Ühel päeval võib vastuvõtul näha patsiente üsna sageli esineva viljatu-



Dr Karit Reinson

se probleemiga ning seejärel näiteks mõnda last haruldase sündroomiga, millega võib-olla puutungi kokku vaid kord elus. Kogu aeg on uus ja huvitav ning ajugümnaastik saab omajagu teha! Lisaks annab eriala hea võimaluse ühendada kliinilist praktikat ja teadustööd.

**Dr Kristi Simenson:** Töö meditsiinigeneetikuna on põnev ja paeluv. Meditsiinigeneetika on väga kiiresti edasi arenev valdkond, nii palju on võimalik teada saada ja „otsi kokku viia“ genotüübi ja fenotüübi vahel. Igapäevaselt tuleb uut informatsiooni ja selle kaudu on olemas ka pidev enese teadmiste täiendamise võimalus.

**Dr Maria Yakoreva:** Meditsiinigeneetikas meeldib mulle kõige rohkem käsitletavate haiguste ja probleemide mitmekesisus. Nende spekter on väga lai, hõlmates laste arenguhäireid, erinevate organsüsteemide arenguriikeid, perekondlikke kasvajaid, reproduktiivseid probleeme, silmahaigusi jne. Raske on leida meditsiini valdkonda, mis ei oleks geneetikaga seotud. Isegi traumatoloogia ja nakushaiguste osakonnas võib leida patsiente näiteks pärili-

ku luude haprusega või perekondliku immuunsüsteemi häirega. Geneetilised haigused on suhteliselt harvaesinevad ning väga mitmekesised, seega tegeledes oma patsientidega saan iga päev midagi uut teada.

**Dr Sander Pajusalu:** Mind on alati huvitanud haiguste puhul tervikpildi nägemine ehk siis haiguse mõistmine tema tekkepõhjustest ja molekulaarsetest alustest kuni kliinilise sümptomaatikani.

Meditsiinigeneetikas saan tegeleda just sellise terviku kokku panemisega, sest geneetiliste haiguste puhul on meie eesmärgiks leida põhjuslik muutus pärilikkusaines (nt mutatsioon mõnes geenis), siis selgitada, kuidas see mõjutab meie keha biokeemilisi ja füsioloogilisi protsesse (nt ainevahetuse vaheühendite määramine ainevahetushaiguste korral) ning lõpuks, kuidas see info panna patsiendi heaks tööle (prognoos haiguse edasisele kulule, kordusriskid perele ja võimalusel ka ravi). Äärmiselt paeluvaks on see, et on üha enam geneetilisi haigusi, millele on spetsiifiline ravi, kusjuures selle ravi määramiseks on vajalik

**Dr Laura Roht:** Olen kliinilise praktika mõttes hetkel üsna roheline ja toores ning seetõttu ei ole spetsiifilist huvi veel välja kujunenud. Olen erinevatele võimalustele avatud ja hoian silmad-kõrvad lahti.

**Dr Kristi Simenson:** Hetkel olen oma residentuuri tsütogeneetika tsükli, põhiliselt õpin vaatama ja interpreteerima kromosoomianalüüsi ja FISH analüüsi, samuti varsti submikroskoopilist kromosoomianalüüsi. Lisaks olen võimalusel ainevahetushaigustega patsientide vastuvõtu juures ning edastan fenüülketonuuriaga patsientidele nende proovide vastuseid. Praeguse seisuga sooviks ka tulevikus just nimelt ainevahetushaigustega süvitsi tegelema hakata. ▶



Dr Laura Roht

täpne diagnostika DNA tasemel. Näiteks on turule tulemas konkreetset mutatsioonispetsiifilised ravimid ka pärilike haiguste jaoks, samas on need juba hetkel kasutusel onkoloogias.

## Milliste kitsamate valdkondadega oma erialal hetkel kõige rohkem tegelete või tahaksite süvitsi tegelema hakata?

**Dr Karit Reinson:** Hetkel ja loodetavasti ka tulevikus sooviks enam pühenduda pärilikele ainevahetushaigustele. Liati, et järjest enam leitakse võimalusi neid haigusi ka ravida. Seega ei tähenda päriliku ainevahetushaiguse diagnoos veel ukse sulgumist, vaid pigem uute võimaluste algust – seda nii indiviidi, perekonna kui ka ühiskonna tasandil.

**Dr Laura Roht:** Olen kliinilise praktika mõttes hetkel üsna roheline ja toores ning seetõttu ei ole spetsiifilist huvi veel välja kujunenud. Olen erinevatele võimalustele avatud ja hoian silmad-kõrvad lahti.

**Dr Kristi Simenson:** Hetkel olen oma residentuuri tsütogeneetika tsükli, põhiliselt õpin vaatama ja interpreteerima kromosoomianalüüsi ja FISH analüüsi, samuti varsti submikroskoopilist kromosoomianalüüsi. Lisaks olen võimalusel ainevahetushaigustega patsientide vastuvõtu juures ning edastan fenüülketonuuriaga patsientidele nende proovide vastuseid. Praeguse seisuga sooviks ka tulevikus just nimelt ainevahetushaigustega süvitsi tegelema hakata. ▶

## Dr Maria Yakoreva:

Praegu tegelen harvaesinevate ja väheuuritud veremise häiretega – see on impriinditud geenidega ning genoomi epigeneetiliste muutustega seotud haigused, näiteks Silver-Russelli sündroom, transitoorne neonataalne diabeet, multi-lookus metülatiooni häired jt. Üldiselt olen kõige rohkem huvitatud laste arenguhäireid või omapärast välimust põhjustavatest geneetilistest haigustest ja sündroomidest.

## Dr Sander Pajusalu:

Hetkel olen residentuuri kõrval ka doktoriõppe ja minu uurimustöö teemaks on järgmise põlvkonna sekveneerimisanalüüside rakendamine uute geneetiliste haiguste avastamiseks lastel. Lihtsamalt öeldes tegelen uute analüüsimeetodike juurutamisega nii kliinilises diagnostikas kui ka teadustöös ning nendel meetodikatel põhineva uurimustööga. Peamiseks kasutatavaks meetodiks on kogu eksoomi sekveneerimine, mis võimaldab meil aluspaari tasemel järjestada kogu valku kodeeriv DNA ehk nõ kõik



Dr Sander Pajusalu

geenid korraga. Selline analüüsimeetod annab meile iga patsiendi kohta tohutu hulga andmeid, kust võime paljudel juhtudel avastada haiguse põhjuse, kusjuures see võib olla midagi täiesti uut ja senikirjeldamata. Seega on minu hetke peamiseks huviorbiidiks uued ülegenoomsed uuringumeetodid ja nende abil patsientide haiguste tekkepõhjuste selgitamine.

## Meditsiinigeneetika annab põhjendusi mitmetele seni vastusetä jäänud



Dr Kristi Simenson

## küsimustele. Mis te arvate, kas tulevikus sõltub meditsiin aina enam geneetikast?

**Dr Karit Reinson:** Päriskindlasti. Juba aastaid ei ole peavalu lihtsalt peavalu ja arengu mahajäämus tõik eluteel. Järjest enam liigub kogu meditsiinisüsteem haiguste/kaebuste tegelike põhjuste väljaselgitamise suunas. Seega – teades probleemi(-de) põhjust, saab tulla ka selge lahendus.

**Dr Laura Roht:** Absoluutselt! Geneetika on väga perspektiivikas eriala. Meditsiin liigub järjest enam haiguste ennetamise ja varase avastamise suunas ning geneetikast saab selles suhtes palju ära teha. Lisaks, meie teadmised genoomist täienevad pidevalt. Need teadmised aitavad muuhulgas loodetavasti leida ka uusi haigusseoselisi geene ning tulevikus välja töötada ka uusi ravimeid. Väga palju on ju räägitud ka personaalmeditsiinist, mis ilma geneetikast kaasamata ei ole minu arvates mõeldav. Seetõttu suureneb geneetika kui eriala tähtsus tõenäoliselt tulevikus praegusest veelgi enam.

**Dr Kristi Simenson:** Sellele küsimusele võiks vastata jah ja ei. „Jah“ sellepärast, et meditsiinigeneetika annab meile tõesti haiguste tekke algpõhjust ning põhjuste pärandumismehhanisme, saame anda riskihinnangu patsiendi vanematele, tulevastele õdedele/vendadele, järglastele. Sellest lähtuvalt saab vajadusel rakendada sünnieelset diagnostikat, teatud olukordades profülaktilisi võtteid; ja „ei“ seetõttu, et tihti peale ei

ole siiski võimalik rakendada põhjuslikku ravi, kuigi erandjuhtudel on ka see hetkel juba võimalik. Muidugi tegeletakse mitmel pool maailmas uute ravivõimaluste väljatöötamisega, kuid kunas need reaalselt tavapraktikasse jõuavad, seda näitab aeg. Ma ei usu, et tulevikus sõltuks meditsiin aina enam ainult geneetikast, vaid erinevate distsipliinide omavahelisest koostööst, kus hea üldtulemuse saavutamiseks on väga oluline osa ka geneetikal.

**Dr Maria Yakoreva:** Selles ei ole mingit kahlust. Juba praegu näeme kiiret personaalse meditsiini arengut, näiteks ainult BRCA geenide mutatsioonidest põhjustatud perekondliku munasarjavähi raviks ettenähtud kemoterapeutikumide kasutamine. Peale selle tekivad meil igal aastal uued diagnostikavõimalused ning sageli õnnestub leida tervisemure põhjus ka neil patsientidel, kelle suhtes ei jäänud meil varem muud üle kui käsi laiutada.

**Dr Sander Pajusalu:** Mina olen täiesti veendunud, et geneetika muutub üha rohkem kõikide arstlike erialade osaks. Kui ajalooliselt on meditsiinigeneetika olnud pigem pediaatriaga tihedalt seotud, siis praegune töö näitab, et ka meie tegeleme üha rohkem täiskasvanud patsientidega. Paljudel haigustel võib olla geneetiline etioloogia, kuid selle määramine on olnud liiga kulukas või keeruline. Uute analüüsimeetodikatega jõuame aga kindlasti seisu, kus üha rohkem patsiente saavad endale täpse etioloogilise diagnoosi, mis võimaldab neile ka spetsiifilist ravi või jälgimist.



Dr Maria Yakoreva

## KOMMENTAAR

Rääkides geneetika-keskuse tulevikust, on see kindlasti noorte ja andekate inimeste päralt. Olen ise töötanud geneetikakeskuses selle loomisest alates ehk siis 25 aastat ning iga kord, kui me oleme teinud oma keskuse arengukava, oleme ka julgenud suurelt mõelda ning ka uusi arenguid kavandada. Elu on aga meid ikka üllatanud. Vaatamata meie väga julgetele ja optimistlikele visioonidele, on geneetika arengus toimunud muutused olnud veelgi kiiremad, kui me unistada oleme julgenud. Seega loodan ja usun, et suuri muutusi tuleb ka tulevikus ning noorem generatsioon on veelgi julgem ja innovaatilisem.

PROFESSOR  
KATRIN ÖUNAP

Näiteks diagnoosisin ühel täiskasvanud patsiendil geneetilise haiguse, mis põhjustas temal esmapilgul ainsa sümptomina spontaansid pneumotoorakseid. Samas diagnoosi kinnituses, selgus et sama haiguse teiseks osaks on neeruvähi tekkeriski tõus ja patsient sai suunatud uroloogi jälgimisele. See suurendab aga oluliselt tõenäosust, et kui vähk peakski tekkima, avastatakse see varajases staadiumis.

Geneetikakeskuse sünnipäeva tähistamiseks korraldab Eesti Meditsiinigeneetika Selts juubelikonverentsi „Geneetikakeskuse 25 aastat ehk mis toonud meid siia ja mis viib meid edasi“. Konverents toimub 1. aprillil 2015 algusega 10.00 Atlantise suures konverentsisaalis.

KLIINIKUMI LEHT

## Märtsikuu Tervislik Neljapäev on pühendatud sellele, kuidas hoida oma nahka

Tervisliku Neljapäeval on tähelepanu keskmes nahaga seotud probleemid. Traditsiooniliselt planeerime kolm vestlusringi, kus nahakliiniku õed arutavad selle üle, mida tuleks teada, mida märgata ning kuhu vajadusel pöörduda.

Esimeses vestlusringis keskendutakse naha olemusele ja selle ealistele muutustele. Õed selgitavad, kuidas säilitada naha tervist.

Teise vestlusringi esimene tund on pühendatud pindmiste nahavigastuste kodusele esmaabile. Vestlusringi teises pooles räägitakse päikese mõjust nahale. Antakse nõu, kuidas kaitsta oma nahka liigse päikesekiirguse eest ning mida teha päikesepeletuse korral.

Foto: Eesti Õdede Liit



Südamekliiniku õde Kaidi Rakko

Kolmas vestlusring keskendub nahaseenhaigustest tingitud probleemidele. Meie õed õpetavad linnakodanikele jalgade hooldust ning annavad nõu, kuidas ja kuhu on võimalik pöörduda abi saamiseks.

Tervislik Neljapäev toimub 26. märtsil kell 16.00–19.00 Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis, aadressil Nooruse 5. Ootame osalema kõiki huvilisi! Täpsem info: Eesti Õdede Liidu esindaja: Margarita Milihhina, margarita.milihhina@kliinikum.ee, telefon 5331 9345.

Tervishoiukõrgkooli esindaja: Ruth Pihle, ruthpihle@nooruse.ee, telefon 737 0207.



N. Lunini vitamiinid

## Toompoe lettidelt leiab Lunini vitamiinid

Pole sugugi juhuslik, et Tartus Veeriku linnaosas asuv N. Lunini nime kandev tänav läheb sujuvalt üle Vitamiini tänavaks. Juhuslik pole sugugi ka see, et Tartu Ülikooli muuseumis asuvas Toompoes on müügil Lunini vitamiinid.

19. sajandi teisel poolel elas ja õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas Nikolai Lunin, kelle uurimisvaldkonnaks olid anorgaanilised soolad ning nende tähtsus loomade toitumises. Oma 1880. aastal kaitsitud doktoritöös demonstreeeris Lunin, et lisaks valkudele, rasvadele, süsivesikutele, sooladele ja veele on toidus veel mingid ained, ilma milleta elu poleks võimalik. Edasisel uurimisel osutusid need ained vitamiinideks.

Sellest teaduslikust avastu-

sest on saanud inspiratsiooni ka Toompoes müügil olev Nikolai Lunini nimeline vitamiinipurk, milles sisalduvad B-kompleksi vitamiinid aitavad suurendada organismi energiavarusid ning toetavad aju ja närvisüsteemi talitlust. Ehkki termin „vitamiin“ võeti kasutusele alles 1912. aastal pärast vitamiiniteooria sõnastamist F. Hopkins'i ja C. Funk'i poolt, leidis vitamiinide esimene teaduslik kirjeldus aset just Tartus.

Lisaks vitamiinidele võib

Toompoe riiulitelt leida ka teisi meditsiini ning muude teadusvaldkondadega seotud tooteid - kogu Toompoe tootevalik on inspireeritud Tartust ja toomemäest ning Tartu Ülikooli teadlaste lennukatest ideedest ja avastustest.

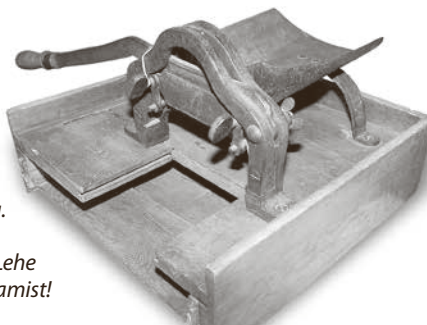
Toompood asub Tartu Ülikooli muuseumis (Lossi 25) ja on avatud muuseumi lahtiolekuaegadel, mai–september T–P 10–18, oktoober–aprill K–P 11–17.

MAIKE NIIDUVIIR



### Mis on pildil?

Vastuse palume saada 10. aprilliks e-postiga aadressile [Helen.Kaju@kliinikum.ee](mailto:Helen.Kaju@kliinikum.ee) või tigupostiga aadressile [Kliinikumi\\_Leht@kliinikum.ee](mailto:Kliinikumi_Leht@kliinikum.ee), L. Puusepa 1a, 50406, Tartu. Õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus. Head nuputamist!



Eelmise kuu pildimängu fotol oli mikrotsentrifuug. Kuna õigeid vastuseid ei laekunud, jäi lehetellimus välja loosimata.

