

# Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 182 | veebruar 2016

www.kliinikum.ee/leht



Tartu Ülikooli Kliinikum

## Professor Jaan Eha ja Urmas Siigur pälvisid Tartu linna tunnustuse

Foto: Jaak Nilson



Professor Jaan Eha

Eesti Vabariigi 98. sünnipäeva eel valis Tartu linn aukodanikuks südamekliiniku juhataja professor Jaan Eha. Tartu aukodaniku tiitel antakse erilise auavaldusena Tartu linnale elutööna osutatud väljapaistvate teenete eest.

Professor Jaan Eha kaitses 1979. aastal kandidaadi väitekirja ja 1990.

aastal doktoritöö ägeda südameeliha-se infarkti revaskulariseerimise teemal. Aastal 2002 valiti ta kliinikumi kardioloogia kliiniku juhatajaks ning 2004 Tartu ülikooli kardioloogia professoriks. Ta on nii kolleegide kui üliõpilaste seas tunnustatud ja armastatud õppejõud ning edukas doktoritööde juhendaja.

Professor Ehal on olnud suur roll invasiivkardioloogia rajajana Eestis – 1982. aastal tegi ta Eesti esimese perkutaanse koronaarinterventsiooni, millest tänaseks on saanud südame isheemiatõve ravi nurgakivi. Ta on üks Eesti enim tsiteeritud teadlasi, olles avaldanud kokku üle 300 teadustöö. Professor Eha on innustav näide sellest, kuidas saab olla korraga nii tunnustatud klinitsist kui ka maailmatasemel teadlane.

### KOMMENTAAR

Olen Tartu linnaga seotud alates 1968. aastast, mil alustasin siin arstiõpinguid. Tänu kahele tänasele Tartu suurimale tööandjale (kliinikum ja ülikool), olen saanud huvitavaid tööd tehes ise areneda ning läbi oma eriala panustada ka kogu linna arengusse. Mõnus on olnud see, et pingelise töö juures on mu kõrval olnud head, innustunud ja huumorimeelsed kaaslased ning enamasti ka uute ettevõtmiste tähtsust mõistvad ülemused. Ega minusuguse fanaatikuga ei ole küll kellelgi lihtne olnud! Mulle meeldib, kui tunnustatakse inimesi, kes regulaarselt lavalaudadel aplausi saatel ei kummarda või klantspildidel vastu ei vaata. Tänu toetuse ja abi eest kõigile kaasteeliste!

JAAN EHA

Südamekliiniku juhataja professor

### KOMMENTAAR

Iga tunnustus on vahva. Kui vaadata, millisesse väärikasse kavaleride ritta ma sattunud olen, siis võtab kohe natuke kõhedaks. Suured asjad sünnivad ikka koostöös ja mul on olnud õnn seda tervishoiupõldu künda koos väga paljude tublide, teotaheliste ja hea huumorimeelega (see aitab alati) kolleegidega ja sõpradega, keda kõiki täna ka tänan!

URMAS SIIGUR

Kliinikumi juhatuse esimees

Tartu Tähe kavaleriks valin linn kliinikumi juhatuse esimehe Urmas Siiguri. Tartu Tähe teenetemärk antakse Tartu linnale osutatud eriliste teenete eest.

Urmas Siigur kaitses kandidaativäitekirja Tartu Ülikoolis aastal 1990, doktoriväitekirja aga 1997 Karolinska Instituudis Stockholmis. 1999–2002 oli ta SA Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse liige, haldusalaks ravi-, õppe- ja teadustöö. Alates 8. veebruarist 2002 on Urmas Siigur SA Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees. Eesti suurima raviasutuse ning Eesti ainsa arstide diplomieelse õppe baasi juhina on ta kindlustanud kliinikumi juhirolli Eesti me-

Foto: Andres Tennus



Urmas Siigur

diitsiinis. Euroopa tipp-tasemel rajatud Maarjamõisa meditsiinilinnak on pärvinud tunnustust ka Eestist väljapool. Urmas Siigur on loonud meditsiinipraktikutele head tingimused teadustööks ning ta on armastatud ka arstiteadusüliõpilaste poolt, sest on igakülgselt seisnud nende huvide eest.

Urmas Siigur on avaldanud üle 40 teadusartikli, peamiselt mikroobiökoloogiast.

Aukodanike ja Tartu Tähe kavaleride tiitlid ja aumärgid antakse pidulikult üle 23. veebruaril 2016 Vanemuise kontserdimajas.

KLIINIKUMI LEHT

## UUS TÖÖTAJA

**Lili Koch**

Olen sündinud ja kasvanud Võrumaal ning lõpetanud Antsla Gümnaasiumi. Huvi meditsiini vastu tekkis keskkooliaastatel. Esialgsete unistuste kohaselt pidi minust saama arst, kuid saatuse/olude tahtl astusin õppima õe erialale. Hetkel võin öelda, et see oli ainuõige otsus. Peale Tartu Tervishoiu Kõrgkooli lõpetamist 2006. aastal, asusin tööle Tartu Ülikooli Kliinikumi neuroanestesioloogia osakonda (praegune 2. intensiivravi osakond). Töö intensiivraviõena oli põnev ja südamelehedane. Tundsin ennast täpselt õiges kohas olevat.

Eelmise aasta lõpus sai minust naaberosakonna (3. intensiivravi osakonna) vanemõde. Peamiseks ajendiks kandideerimisel oli soov edasi areneda. Väljakutse on suur, kuid usun, et 10-aastane töökogemus intensiivraviõena on uuel ametikohal suureks plussiks.

Vabal ajal tegelen tervisespordiga. Suureks kireks on tennis, millega tegelemine viimasel ajal on kahjuks natuke unarusse jäänud. Hobi korras tegelen veel fotograafiaga.

## KOMMENTAAR

Olen Liliga koos töötanud napilt mõni päev rohkem kui kaks kuud ja seda on olnud liiga vähe, et teda korralikult tundma õppida. Küll aga võin öelda, et see, mida olen seni kogunud, kõneleb temast kui rahulikust ja tähelepanelikust suhtlejast, täpselt, asjalikust ja õppimishimulisest kaastöötajast, analüüsivast ja alati laiemat pilti hoomata püüdvast ning probleemide sügavamatest põhjustest huvitatud juhust. Mul on väga hea meel, et sündmuste kulg on Lili meie juurde toonud.

**DR JÜRI VAHTRAMÄE**  
3. intensiivravi osakonna vanemarst-õppejõud

# President tunnustab Koidula Trummerit

Iseseisvusepäeva eel saavad president Toomas Hendrik Ilveselt teenemärgi 99 inimest, nende hulgas kliinikumi naistekliiniku ja vähihaigete koduse toetusravi õde Koidula Trummer.

"Teenemärgid on tunnustus Eesti inimestele ja meie toetajatele välisriikides nende sihikindluse eest oma tegevuses ning lojaalsuses põhimõtetele, millele toetub kaasaegne Eesti – avatusele, demokraatialle, teadmistele, innovatsioonile," kirjutas president Ilves otsuse eessõnas.

IV klassi Eesti Punase Risti teenetemärk, mille Koidula Trummer pälvis, on asutatud 1920. aastal Eesti Punase Risti Seltsi poolt. Eesti Punase Risti teenetemärk antakse Eesti rahva huvides osutatud üldkasulike teenete eest ja elu päästmise eest.

Koidula Trummer, kes on õekutset pidanud pea 42 aastat, lõpetas Tartu meditsiinkooli 1974. aastal. Seejärel asus ta tööle tollase nakkushaigla lasteosakonda, töötades seal üheksa aastat. Järgnesid pea 20 aastat Tallinna onko-



Koidula Trummer

loogiahaiglas, pärast mida pöördus Koidula tagasi kodulinna Tartusse – juba üle 13 aasta teeb ta kliinikumi naistekliinikus õetööd. Vähihaigete toetusraviga liitus ta SA Vähihaigete Toetusravi rajaja dr Kaiu Suija kutsel 11 aastat tagasi. See töö tähendab väga erinevate diagnooside ja vajadustega kodust abi vajavate vähihaigete aitamist – arsti koostatud raviplaanide jälgimist,

ravimine manustamist, ka-teetri paigaldamist, sidumist ja psühholoogilist nõustamist.

Töö, mida president tunnustuse vääriliselt pidas, pole alati kerge: „Kindlasti on raskeid hetki, ent mind aitab minu tööülesannete kahepoolsus – naistekliinikus olen seotud uue elu algusega, vähihaigete puhul kahjuks üle poolte neist ei tervene,“ lausub Koidula. „Tunnustus on mulle ootamatu, samas juhivad see tähelepanu õdede tööle ja rollile. Kindlasti tähistab teenetemärk ka vähihaigete koduse toetusravi head meeskonnatööd, mida koordineerib ja korraldab dr Kaiu Suija,“ arvab Koidula.

President Ilves annab teenetemärgid üle iseseisvuspäeva eel, 23. veebruaril Vene Teatris.

HELEN KAJU

## Haprad eakad

Haiglaravi vajavate eakate haigete hulgas on neid, kelle probleemiks on vaid äge terviserike, kuid olulisi haigusi ega toimetulekuprobleeme neil ei ole. Selliste eakate haigete diagnostika ja ravikäsitlus ei erine oluliselt keskealistest inimestest – järgida tuleks tunnustatud ravijuhiseid ning arvestada normaalse vananemisega kaasnevaid muutusi (näiteks korri-geerida ravimite annuseid).

Kronoloogiline vanus üksi ei saa olla põhjuseks, miks loobuda meditsiinilisest sekkumisest, mida oleks sarnase diagnoosi ja seisundiga nooremale inimesele rakendatud, see tähendaks meditsiinietika rikkumist.

Olukord on hoopis erinev, kui haiglasse satub eakas inimene, kelle senine kodune

toimetulek on püsinud õhkoornas tasakaalus ning see tasakaal saab mingil põhjusel rikutud. Nende haigete puhul ei ole alati päris selge, mis oli seisundi halvenemise põhjuseks, milline haigus on hetkel juhtivaks probleemiks või millist riski kujutavad endast kaasuvad haigused ja sündroomid. Need on geriaatri-

sed haiged, kes vajavad teistest hoopis erinevat käsitlust, ükskõik mis on nende juhtiv haigus või kus osakonnas nad ravil on (onkogeriaatria, urogeriaatria, ortogeriaatria jne). Sellistel haigetel on riskid nii diagnostiliste kui raviprotseduuride osas suured ning ravijuhiste rutiinne järgimine võib neil seisun-

▶ dit halvendada või koguni eluiga lühendada. Oluline on hinnata, mis probleemid ja mis järjekorras vajavad lahendamist, kas sekkumiste kahju (võimalikud raviravimite kõrvaltoimed, raske talutavus, mõjud kaasuvatele haigustele) kaaluvad üles loodetava kasu (elu pikendamine, vaevuste vähendamine, elukvaliteedi parandamine või säilitamine).

Õigete otsuste tegemine eakate haigete ravis vajab aga esmalt selgust, kas tegemist on geriaatrilise haigega või mitte.

Nüüd jõuangi **hapruse (frailty)** kontseptsiooni juurde. Nimelt on viimasel aastakümnel välja töötatud kaunis tundlikud, kuigi mitte väga spetsiifilised meetodid, mille alusel skriinida geriaatrilist käsitlust vajavaid eakaid, keda kutsutakse habrasteks eakateks (*frail elderly*). Hapruse tunnuseks on paljude organite reservide vähenemine, mille tõttu haprad eakad on ohustatud raskete tagajärgedega kehalistest või vaimsetest häiretest juba näiliselt väikeste mõjutuste tõttu nagu näiteks lihtne infektsioon, uus ravim või keskkonna vahetus. Uuringud on näidanud, et habrastel eakatel on oluliselt halvem prognoos ja suuremad tervishoiukulutused paljude haigustega seoses – südamepuudulikkus, pahaloomulised kasvaja, neerupuudulikkus, diabeet, kirurgilised haigused, niisamuti halvem prognoos pärast erakorralise meditsiini osakonnast või haiglast lahku-

mist. Sagedasemad haprusega seotud probleemid on kukumine, deliirium ja liikumishäired. Niisamuti on habrastel eakatel aeglustunud paranemine, suurem risk sattuda haiglasse ja pikaajalise hooldusutasusse ning suurenenud surevus. Mitmetel erialadel on olemas suunised habraste eakate käsitlemise eripäradest. Lisaks tuleb habrastele haigetele rakendada kõiki geriaatrilise haige käsitlemise printsiipe, kaasa arvatud sihipärase ennetus, kuna paljud probleemid (k.a deliirium ja kukumised) on potentsiaalselt ennetatavad.

Hapruse on kliiniline sündroom, mis ei kattu mõistete- ga multimorbiidsus, sarkopeenia või puue. Umbes 7% l inimestest, kellel esineb haprus, ei ole diagnoositud ühtegi haigust ja 25%-l on vaid üks haigus. Lisaks haprusele eristatakse ka **hapruse eelset seisundit (prefrail)**. Sellistel inimestel on oht, eriti ägeda sündmusega seoses (vigastus, äge haigus, vaimne stress jmt), hapruse oluliseks süvenemiseks, ägedast seisundist taastumine on neil aeglustunud, niisamuti on suurenenud kukumise ja hooldusutasusse sattumise risk.

- Füüsiline haprus on potentsiaalselt ennetatav või ravitav spetsiifiliste sekkumistega nagu näiteks liikumine, valgu-kaloraazi toidulisandid, vitamiin D, polüfarmatsia vähendamine.
- Kõik 70-aastased ja vanemad inimesed ning kõik, kellel esineb oluline kaalukaotus ( $\geq 5\%$ ) kroonilise haiguse tõttu, peavad olema skriinitud hapruse suhtes, et saavutada füüsiliselt habraste isikute optimaalne käsitlus.

Kindlasti vajavad hapruse skriinimist ka haiglasse võetud haiged – mida varem, se-

Hapruse diagnoosi saab teha üksnes arst (soovitavalt geriaater), kes arvestab haige eelnevat seisundit ning ägeda olukorra iseloomu. Igal juhul on nõutav igal isikul, kellel haprus on kliiniliselt selgelt väljendunud või on hapruse skriinimise tulemus positiivne, teha **igakülgne geriaatriline hindamine (comprehensive geriatric assessment ehk CGA)**, mille tulemused on abiks edasiste uuringute, ravi ning muude sekkumiste otsustamisel. Praegu on Tartu Ülikooli Kliinikumis võimalik eHL-i baasil kasutada nelja erinevat interRAI geriaatrilise seisundi hindamise vormi – aktiivravi, koduhooldus, asutushooldus ja kontakthindamine. Eesti jaoks on adapteeritud ka erakorralise meditsiini osakonna kontakthindamise vorm, mida saaks suhteliselt väikese vaevaga lülitada eHL-i. Hetkel on kliinikumis aktiivselt kasutusel asutushoolduse ja koduhoolduse vormid (geriaatrilise hindamise teenuse ja koduõenduse teenuse osutamisel). Valmisolek on pakkuda kõiki neid vorme laialdasemaks kasutamiseks nii kliinikumi personalile kui ka teistele tervishoiuasutustele. Praegu on interRAI kliinikumi andmekoguga liitunud Pärnu haigla. Saame pakkuda ka koolitust neile, kes soovivad hakata kasutama geriaatrilist hindamist oma osakonna haigetel.

**KAI SAKS**

Sisekliiniku arst-õppejõud, geriaatria dotsent



Dr Kai Saks

Haprusel on mitmeid tüüpe, millest erilise tähelepanu all on hapruse füüsilise fenotüübi (*the phenotype of frailty*) mudel, mis hõlmab viit seisundit: **kaalukaotus, kurnatus, nõrkus, aeglus, vähenenud kehaline aktiivsus**. Kui nimetatud tunnustest esineb kolm või rohkem, loetakse inimest hapraks, kui üks või kaks, siis hapruse eelses seisundis olevaks. Euroopa ja USA ühise konsensuseni hapruse käsitlemisel jõuti 2013. aastal, mil avaldati „Hapruse konsensus: Kutse tegevusele“. Selles sätestatakse muu hulgas:

- Hapruse on tähtis meditsiiniline sündroom.

da parem (kui haige saabub EMO kaudu, siis juba seal). Hapruse **skriinimiseks** soovitatakse konsensusdokumendis mitmeid lihtsaid teste, näiteks FRAIL, GFST, CFS. Briti geriaatrite poolt on koostatud põhjalikud hapruse käsitlemise juhised, mis sisaldavad skriinimiseks PRISMA küsimustikku. Lisaks võib kasutada kõnnikiiruse ning ajastatud tõuse-ja-kõnni testi. Kirurgilistel haigetel soovitatakse kasutada Edmontoni hapruse skaalat. Loomulikult ei saa hapruse sündroomi diagnoosi panna skriinimise testide abil, need on vaid edasise hindamise aluseks.

Olulisemad kasutatud kirjandusalikad:  
1. Morley JE, Vellas B, Kan GA, Anker SD, Bauer JM, MD, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. (2013) Frailty Consensus: a call to action. *Journal of American Medical Directors Association* 14,6: 392–7. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.022.  
2. Fit for Frailty. Part 1. Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings. (2014) <http://www.bgs.org.uk/index.php/fit-for-frailty>  
3. Cameron ID, Fairhall N, Gill L, Lockwood K, Langron C, Aggar C, Monaghan N, Kurrle S. (2015) Developing Interventions for Frailty. *Advances in Geriatrics*. doi.org/10.1155/2015/845356.

# Kui ma saaksin insuldi...

Ma loodan, et seda ei juhtu. Aga risk on olemas, sest haigus on väga sage. Igal aastal haigestub Tartu linnas esmasesse insuldi üle 200 inimese.

Ma ei ole veel väga vana, mistõttu pole risk väga suur, aga haigestuda võivad ka noored ja lapsed. Tartus läbi viidud rahvastikupõhiste uuringute andmetel on üldise eluaseme insuldi haigestumus võrreldav muude Euroopa riikidega, kuid noortel täiskasvanutel on see teistega võrreldes suurem.

Igaüks võib oma insuldirisiki välja arvutada mobiilirakenduse abil, mis on kättesaadav: <https://www.strokeriskometer.com/>. Minu risk insuldi haigestuda 5 aasta jooksul on 0,68%. See on enam-vähem sama, mis minu eakaaslastel, kellel riskitegureid ei ole. Kuid kõiki tegureid siin arvesse ei võeta – insuldil võib olla enam kui 200 erinevat põhjust. See kalkulaator arvestab ainult tuntud riskitegureid, mis on insuldi põhjuseks peamiselt eakatel (arteriaalne hüpertensioon, kodade virvendusarütmia, suhkurtõbi jne). Noorte insuldi põhjused võivad olla väga erinevad: arterite dissektsioonid, geneetiline trombofiilia, süsteemsed sidekoehaigused, migreen, geneetilised haigused jne. Vaatamata põhjalikele uuringutele jääb ligi 40%-l noortest haigestumise põhjus ebaselgeks.

**» Risk 5 aasta jooksul korduvalt haigestuda on 25 korda kõrgem, kui minu soost ja samas vanuses inimesel, kellel pole olnud insuldi ega muid riskitegureid»**

Olen oma pereliikmetele selgeks teinud, et kui mul tekivad insuldi sümptomid (kehapoole halvatus ja tuimus, suunurga allavajumine), siis tuleb haarata telefon ja valida 112. On teada, et need, kes esmalt helistavad perearstile, õi-

gaegselt haiglasse ei jõua, mistõttu ravi hilineb. Mõnikord ei tunta insuldissümptomeid ära, kas eiratakse neid või peetakse millekski muuks. Noorte insult kulgeb sageli väga kergete sümptomitega, mistõttu jäävad need tähelepanuta nii kiirabi kui ka haigla meditsiinipersonali poolt. Ma loodan, et kui minuga peaks see juhtuma, siis ei peeta mul äkki tekkinud ühe kehapoole ja näo tuimust migreeni auraks (esimene migreeni aura minu vanuses on vähetoenäoline) või funktsionaalseks häireks. Insuldi sümptomid noortel naistel on sageli mittetraditsioonilised, näiteks võib esineda valu, teadvushäire või desorientatsioon.

Termin „aeg on aju“ viitab vajadusele kiire rekanaliseeriva ravi järele, et närvirakke päästa. Suure ajuarteri sulguse tõttu tekkinud ajuinfarkti korral hävib 1,9 miljonit närvirakku minutis ja aju vana- neb 3,6 aasta võrra iga ravita jäänud tunniga. Kui minu insuldissümptomite tekkimisest on vähem kui 4,5 tundi, siis paneb kiirabi ehk ka vilkurid tööle ja helistab EMO arstile saabumisest ette. Loodan, et minu valves olev kolleeg neu-

roloog on kiirabi saabumisel juba EMOs ootel ja kompuutertomograafia kabinet on minu jaoks vabaks tehtud. Kõikide uuringute ja analüüsidega peaks EMOs valmis saama maksimaalselt 20 minutiga ja kui vastunäidustusi ei ole, siis



Dr Janika Kõrv

saaks minu ajuarterit ummistavat trombi lahustada intravenoosse trombolüüsiga. Kui see 15 minutiga paranemist ei too ja ajuarterite kontrastuuringul on tromb suure arteris näha, siis ma loodan, et mind viiakse kohe angiograafia kabinetti, kus interventsionalist püüab selle välja tõmmata ning verevool taastub.

Ehk siiski minu sümptomid mööduvad juba EMOs. Vaatamata sellele ma loodan, et mind võetakse mõneks päevaks haiglasse, et välja selgitada välja insuldi põhjus ning alustada kordusinsuldi ennetamisega. Järgmisel korral ei pruugi ma nii kergesti pääseda. Kui vaadata nüüd uuesti seda riskikalkulaatorilt, siis minu risk 5 aasta jooksul korduvalt haigestuda tõusis 10 korda (10,68%), mis on 25 korda suurem, kui minu soost ja samas vanuses inimesel, kellel pole olnud insuldi ega muid riskitegureid. Üsna mõtlemapanev fakt, igatahes.

Mis minu heaks saab veel teha? Pean hakkama tarvitama ravimeid, et ennetada korduvat insuldi. Kui oleksin suitsetaja, siis kavatseksin sellest kohe loobuda (Eestis tehtud retrospektiivse uurimuse alusel on korduva isheemilise insuldiga hospitaliseeritud patsientide hulgas suitsetajaid 28%). Kui ma täielikult ei paranenud, siis ma väga tahaksin jätkata funktsioone taastava raviva taastusravi osakonnas kohe, mitte alles mõne kuu pärast.

Aga mul ei pruugi nii hästi minna. Uuringud on näidanud, et kuigi insuldi hilistulemused noortel on eakatega võrreldes oluliselt paremad, siis võrreldes oma tervete eakaaslastega on nende pikaajaline elulemus väiksem. Võrreldes teiste Euroopa riikidega on meil 15–44-aastaste patsientide elulemus palju väiksem: 7 aasta pärast on elus 75%.

Kas personaalmeditsiin võib meid insuldist päästa? Mina seda ei tea. Võib olla on sellest kasu minu järeltulijatel, kuid täielikult ei saa seda risket haigust likvideerida. Mida ma tean, on see, et viimaste aastate ravimeetodid (trombolüüs ja trombektoomia) ja ravi insuldiksustes (kesk- ja regionaalhaiglates) on oluliselt insuldi prognoosi parandanud. Aga oma elustiili võiks üle vaadata ja perearsti juurde visiit kokku leppida juba täna, et mõõta vererõhku, kolesteroolitaset ja veresuhkrut. Nagu ütleb vanasõna: „Tervis pole maast võtta“.

**JANIKA KÕRV**  
Neuroloogia  
vanemarst-õppejõud

# Koloproktoloogia ja vaagnapõhja kirurgia koolitus Genfi Ülikooli haiglas

Kogu kirurgia areneb edasi seoses uute teadmiste kogunemise ja uute võimaluste tekkimisega, nii ka proktoloogia. Et uuega kaasa minna, on olulisel kohal enese täiendamine.

Aastast 2012 olen ambulatoorse kirurgia osakonnas teinud lisaks tavalisele üldkirurgilisele konsultatiivsele vastuvõtule korra kuus proktoloogilist vastuvõttu. Järjekorrad neile vastuvõttudele on väga pikad, mis näitab, et patsiente, kes vajavad proktoloogiliste probleemidega konsultatsiooniravi-nõustamist, on väga palju. Sageli tuleb ka haigeid, kelle probleemidest arusaamine ja lahenduste otsimine on keeruline ja küsimusi tekib rohkem, kui on pakkuda vastuseid.

2015. aasta septembris toimus Dublinis Euroopa Koloproktoloogia Seltsi aastakoosolek, millel osalesin ja kuulsin Genfi Ülikooli professori Bruno Roche loengut perianaalse fistulite ravist, mille lõpul ta kuulutas ka välja järjekordse proktoloogia koolituse, millel osalemine tundus olevat väga kõrge praktilise väärtusega. Ülekaalukalt beniiiget proktoloogiat puudutavaid koolitusi ei tehta just sageli ning tänu kliinikumi arendusfondi finantseerimisele sain sellel osaleda.

Kursus viidi läbi Genfi Ülikooli haiglas proktoloogia osakonnas 1.–5. veebruaril. Kursuse kuraatoriks oli professor Bruno Roch, kuid tema kõrval esinesid spetsialistid nii Šveitsist kui ka mujalt riikidest.

Kursusel osalejaid oli kokku 37, kes olid pärit väga erinevatest riikidest, kaasa arvatud kirurgid Aasiast ja Lõuna-Ameerikast. Koolituspäevad

Foto: Pille-Riin Pregel



Dr Margot Peetsalu

algasid hommikul kell 8.00 või 9.00 ja kestsid 10–11 tundi. Vahele jäid lühikesed kohvipausid ja tunnine lõuna-aeg. Aega ei hoitud kokku küsimuste ja diskussiooni arvelt. Kogu aeg oli võimalik esitada täpsustavaid küsimusi ja lisada omalt poolt kommentaare. Õhkkond oli äärmiselt sõbralik ja kollegiaalne ning ei märganud, et keegi oleks vaadanud kella või kiirustanud.

Kahel päeval olid ülekan- ded operatsioonitoast, kus kogu tegevus käis kommentaaridega ja igal hetkel saime sek- kida, et küsida ja täpsustada, mida tehakse ja milleks nii. Palju operatsioone tehti lokaalanesteesia ja perianaalne anesteesia oli ka üks käsitleta- vatest teemadest.

Loengutel võeti lühidalt läbi vaagnapõhja anatoomia ja füsioloogia ja ka kõik uurin- gud koos praktiliste kommentaaridega, mis puudutasid konkreetsete haiguste diagno- nostikat. Haigustest puudutati kõiki sagedasemaid (hemor-

roidid, fissuurid jne), kuid ka harvemaid, pidades silmas fekaalinkontinentsi ning papilloomiviirusest tingitud perianaalset patoloogiat.

Toon mõned näited temaa- tikast. Hemorroidide käsitluses olid väga olulisel kohal väheinvasiivsed ravimeetodid (hemorroidopeksia, üksikute hemorroidide eemaldamine vms). Ei kasutatud laialdast hemorroidaalkoe eemaldamist, mis võib viia fekaalinkontinentsini ja vähe kasutati Longo operatsiooni, kuna koolitajad on näinud väga ras- kete tüsistustega juhtusid, mis on muutunud nad väga ette- vaatlikuks.

Pilonidaalsiinuse ravis rakendatakse harva laialdast ekstsiooni, mille asemel eemaldati üksikud fistulid. Väga oluliseks loeti aga karvade eemaldamist haiguse piirkonnast vähemalt 3–4 kuu vältel.

Silma torkas diatermia vä- hene kasutamine, mida põh- jendati vähema postoperatiiv- se valuga. Operatsioonieelsest soole puhastamisest on loo- butud täiesti. Operatsiooni al- guses puhastatakse piirkond tahkest väljaheitest, ei muud.

Lõpetuseks tahan öelda, et minu jaoks oli see täiendus üks paremaid, kus mul on olnud võimalik osaleda. Sellest oli minu praktilises tegevuses oluline roll: õppisin uut ja leidsin ka kinnitust oma seni- sele tegevusele.

**DR MARGOT PEETSALU**  
Abdominaalkirurgia osakond

## Lastefond tähistab haruldaste haiguste päeva

Veebruari viimasel päeval on rahvusvaheline haruldase haiguse päev. Pööraks tähelepanu haruldaste haigustega lastele ja nende väljakutsetele, organiseerib Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefond sel puhul mitmeid annetuste kogumise aktsioone.

Reedel, 26. veebruaril kell 20.00 läheb Kanal 2-s eetrisse “Kuldvillaku” heategevuslik erisaade, kus haruldaste haigustega laste toetuseks astuvad võistlustulle hinnatud Eesti arstid. Saates esitatakse meditsiiniteemalisi küsimusi ning esikohale tulnud võistleja võidusumma annetakse Lastefondile haruldaste haigustega laste abistamiseks. Tänavu osalevad saates Tartu ülikooli peremeditsiini õppejõud dr Marje Oona, kliinikumi traumatoloogia ja ortopeedia kliiniku vanemarst-õppejõud dr Toomas Tein ning naistekliiniku vanemarst-õppejõud dr Fred Kirss.

Laupäeval, 28. veebruaril kell 12–16 viiakse aga Tartu Kaubamajas ja Tallinnas Ülemiste Keskuses läbi mündikaardi ladumised, mille raames on kõikidel võimalus anda oma väikene panus haruldaste haigustega laste toetamiseks. Mündikaardi näol on tegemist ligi 2-meetrise läbimõõduga Eesti kaardi kujutisega, millele headel inimestel palutakse annetuse- ssa asetada eurosente- või münte. Lisaks annetuste kogumisele pakutakse mõlemas kohas nii suurtele kui väikestele ka erinevaid vah- vaid tegevusi. Lisainfo peagi [www.lastefond.ee](http://www.lastefond.ee).

Sama päeva õhtul on Lastefondi vabatahtlikud Vane- muise teatris, et pakkuda “Ooperifantoomi” vaatama tulnud teatrikülastele või- malust teha haruldaste haiguste päeva puhul Lastefondile annetus ning aidata see- läbi haruldaste haigustega lapsi.

**TARTU ÜLIKOOLI  
KLIINIKUMI LASTEFOND**

## Dr Piret Mitt kaitses doktoritööd

5. veebruaril 2016 kaitses Piret Mitt A. Linkbergi nimelises auditoriumis (L. Puusepa 8) filosoofiadoktori kraadi (PhD (arstiteadus)) taotlemiseks esitatud väitekirja „Healthcare-associated infections in Estonia – epidemiology and surveillance of bloodstream and surgical site infections“ („Haiglatekkeseid infektsioonid Eestis – vereringe- ja operatsioonipiirkonna infektsioonide epidemioloogia ja järelevalve“).

Töö juhendajateks olid dotsent Matti Maimets (TÜ si-sekliinik) ja vanemteadur Paul Naaber (TÜ mikrobioloogia instituut). Oponent professor Uga Dumpis, dr. med (Läti Ülikool)

### Kokkuvõte

Haiglatekkese infektsiooni (HI) teke on seotud arstiabi osutamisega, kuid üheks olulisemaks riskiteguriks on ka patsiendi enda tervislik seisund. HI avaldub kas haiglas viibides või pärast sealt lahkumist. Euroopas diagnoositakse HI igal aastal 3,2 miljonil patsiendil. Kõige enam on ohustatud intensiivravi osakonna patsiendid. Üheks sagedasemaks HI liigiks on operatsioonipiirkonna infektsioon (OPI) ning kõige raskemaks on vereringeinfektsioon (VRI). HI järelevalve on infektsioonide vältimise nurgakiviks, kuna see võimaldab

leida parimat viisi HI ennetamiseks.

Oma töös selgitasime haiglatekkese VRI ja keisrilõikejärgse OPI haigestumust, surmavusmäära, riskitegureid ning haigustekitajaid. Samuti hindasime keisrilõikejärgse OPI haiglavälise järelevalve meetodi sobivust kasutades erinevaid võimalusi nagu patsientidele helistamine, küsimustik arstidele ning ambulatoorsete kaartide analüüs.

Viisime läbi kolm uuringut: VRI uuringu nii kolmes Eesti haiglas kui ka Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK) lasteintensiivravi osakonnas (LIRO) ning keisrilõikejärgse OPI uuringu TÜK naistekliinikus. Leidsime, et kolme haigla VRI haigestumus, surmavusmäär ja haigustekitajad ei erine oluliselt mujal maailmas läbi viidud uuringute tulemustest. Samas võeti uuringuperioodil vähe verekülve,



Dr Piret Mitt

mis võis mõjutada tulemust. LIRO VRI haigestumus oli kõrge, mida muuhulgas võisid mõjutada kaks bakteriaalset puhangut uuringuperioodil. Samuti mõjutasid puhangud haigustekitajate spektrit ja antibakteriaalse tundlikkuse andmeid. VRI surmavusmäär oli madal võrreldes teiste uu-

ringutega. Peamiseks riskiteguriks mõlemas töös olid veresoonesised kateetrid. Keisrilõikejärgne OPI tekkis 6% patsientidel, mis on madalam võrreldes teiste uuringutega. Pärast haiglast lahkumist saime informatsiooni 95% patsientide kohta. Peaegu pooled OPI juhud diagnoositi pärast haiglas viibimist, mis rõhutab haiglasjärgse järelevalve olulisust. Riskiteguriks osutus lootekestade põletik, invasiivne loote jälgimine ja kirurgiline haavaklass III ja IV.

Edaspidi on HI vähendamisel oluline tegeleda nii leitud riskiteguritega kui ka puhangute vältimisega. VRI diagnostikaks tuleb parandada verekülvide võtmise praktikat. Meie valitud meetod osutus sobivaks keisrilõikejärgse OPI haiglaväliseks järelevalveks.

## Eesnäärmevähi aktiivne jälgimine Tartu Ülikooli Kliinikum

Eesnäärmevähi on arenenud riikides kõige levinum soliidne kasvaja meestel. Selle diagnoosimise sagedus on juba aastaid tõusva tendentsiga.

Ka Eestis on viimaste aastate jooksul eesnäärmevähi uute juhtude arv iga aastaga kasvanud, kuid suremus on jäänud püsima suhteliselt stabiilsena viidates sellele, et antud varased eesnäärmevähi staadiumid kas ei ole kliiniliselt olulised või ei avaldu mitte kunagi kaebusi põhjustava haigusena. Seetõttu räägitakse viimasel ajal järjest rohkem väiksema eesnäärmevähi aktiivsest jälgimisest. Aktiivne jälgimine kuulub paljudes rahvusvahelistes juhtnöörides ravimeetodite hulka. Aktiivne jälgimine ei tähenda lihtsalt ravi ärajätmist, vaid need haiged käivad regulaarselt uroloogi juures kontrollil. Seisundi muutumisel rakendatakse vajadusel radikaalset ravi. Aktiivsel jälgimisel on kindlad kriteeriumid – oodatav elulemus rohkem kui 10 aastat, PSA < 10 ng/ml, PSA tihedus alla 0,2, positiivsete biopsiade arv eesnäärme bi-



Dr Mihhail Žarkovski

opsial maksimaalselt kaks ja madal pahaloomulisuse aste (Gleason kuni 6).

Eestis kasutatakse hetkel Euroopa aktiivse jälgimise projekti kriteeriume (PRIAS – Prostate Cancer Research International Active Surveillance). Jälgimisel olevatel patsientidel määratakse PSA iga 3 kuu järel, kuid vajalikud on ka korduvad protokoll-biopsiad (aasta pärast esmast diagnoosi ja edasi 2-aastaste intervallidega), sest PSA analüüs üksinda ei pruugi alati peegeldada kasvaja arengut või prog-

ressiooni. Haiguse progressiooni korral viiakse patsient üle aktiivsele ravile. Tänapäeval võetakse eesnäärme biopsia lokaalses periprostaatilisest tuimestuses ja protseduur kulgeb valutult. Proovitükki arv sõltub patsiendi vanusest ja eesnäärme mahust.

Tartus alustasime aktiivse jälgimise projektiga 2013. aastal. Hetkel on meil analüüsitud andmed kuni 2014. aastani. 71-l haigel oleme võtnud juba ka esimese aasta protokoll-biopsiad. Nendest ainult 16-l (22,5%) leidsime korduvat biopsial haiguse progressiooni. Teistel haigetel püsis haigus stabiilsena ja vastas endiselt aktiivse jälgimise kriteeriumitele. 16-l juhul (22,5%) kontrollbiopsial vähirakke ei leitud. Negatiivne leid ei tähenda kasvaja kadumist, vaid et see on antud hetkel väga väike ja ei pruugi alati olla tabatav. Sellisel juhul ei oma vähiheid väga suurt kliinilist

tähtsust. Käesoleval aastal on oodata suuremat aktiivsel jälgimisel olevat patsientide hulka, lisaks saame analüüsida ka juba nende patsientide kaugtulemusi, kelle jälgimine on kestnud üle kolme aasta.

Igal ravi- või jälgimise meetodil on ka puudusi. Aktiivne jälgimine ei ole erand. Vaatamata sellele, et me võtame ühe protseduuri käigus eesnäärme järgest rohkem proovitükke, võib ikkagi kõrgmaliigne kolle jääda vahel diagnoosimata. Seetõttu plaanime lähitulevikus alustada proovitükki võtmist magnetresonantsomograafiaga kombineeritud meetodil. Niinimetatud fusion-biopsia võimaldab võtta biopsia suurema tõesusega just kõrgmaliigsest koldest ja vältida asjatuid proovitükki võtmisi.

**MIHHAİL ŽARKOVSKI**  
Uroloogia arst-õppejõud

## Konverents „Mitmepalgelisus Eesti psühhiaatriateaduses“

Käesoleva aasta jaanuarikuu 15. päeval toimus Atlantise Konverentsikeskuses professor Veiko Vasara (16.01.1956–7.03.2015) 60. sünniaastapäevale pühendatud teaduskonverents „Mitmepalgelisus Eesti psühhiaatriateaduses.“

Veiko Vasar on kahtlemata mõjutanud oma vaimsuse, koolitus- ja teadustegevuse arendamise ning haigete kliinilise käsitlamise visiooni loomisega kõiki viimastel kümnenditel Eestimaal psühhiaatrialaaseid teadmisi omandanud inimesi. Teadlasena oli ta väga mitmekülgne, huvitus

unemeditsiinist, ärevuse-, depressiooni- ja psühhootiliste häirete neurobioloogilistest alustest ning oskas kahtlemata detailidesse laskudes ning üldistusi tehes kaasa mõelda ja rääkida ka teisi psühhikahäireid puudutavatel teemadel.

Mälestuskonverentsi avaloengu pidas Eestimaal alati

oodatud kolleeg ja lektor dr Jakob Šlik, kes puudutas leina käsitlemise kaasageid seisukohti psühhiaatrilises praktikas. Seejärel said sõna doktorid Marlit Veldi, kes tegi ülevaate Eestimaal unemeditsiini valdkonnas läbi viidud uuringutest ning Triin Eller, kes rääkis kiiresti arenevast tea-

dussuunast, nimelt probiootikumidega läbiviidud teadusuuringutest ning soolestiku nn kasulike bakterite koosluse mitmekesisuse tähtsusest psühhiaatrilises praktikas. Lisaks andis kliiniline psühholoog Anu Aluoja ülevaate esmastest tulemustest Tartu Üli-

► kooli Kliinikumi psühhiaatriakliinikus grupi tasandil läbiviidavast psühhoterapeutilisest sekkumisviisist, mis tugineb dialektilise käitumisteraapia meetodi abil omandatavatele toimetulekusõnadele.

Konverentsi teine pool käsitles teadustegevuse suundi bioloogilise psühhiaatria valdkonnas. Professor Eduard Maron meenutas doktorantuuri ajal saadud toetust oma juhendajalt, professor Veiko Vasaralt, ning rõhutas oma teadussaavutusi ärevushäirete neurobioloogiliste aluste uurimisel.

Minu ettekanne puudutas skisofreniaspektri häirete pu-

hul ilmnevat kognitiivse funktsionaalsuse kvantitatiivseid ja kvalitatiivseid eripärasid ning räägitud sai kliinikumi radioloogiakliinikuga koostöös valminud uuringust, milles esmase psühhosümpoomidega patsientidel avalduvat kognitiivset (düs-)funktsionaalsust oleme püüdnud taandada aju morfoloogiliste parameetritele. Lisaks on viimastel aastatel, algselt tänu Veiko Vasara vahendavale rollile, märkimisväärselt tihenenud psühhiaatrite ühine teadustegevus Tartu ülikooli bio- ja siirdemeditsiini instituudi füsioloogia ja biokeemia osakonna kolleegidega. Professor Eero Vasar keskendus oma et-



Dr Liina Haring

tekandes esmase psühhosümpoomide puhaste vereseerumist määratavatele põletiku- ja metabolismi biomarkerite erisustele ning koostöös pro-

essor Mihkel Zilmeri uurimisrühmaga selgunud oksüdatiivse stressi ja metaboolmika uuringute tulemustele, mis kroonilise psühhootilise häire varajast perioodi iseloomustavad.

Konverentsipäeva lõpetas noorte psühhiaatrite poolt varasemalt üles võetud videolõik omi mõtteid esitavate professor Veiko Vasarast ning sellele järgnenud iseenesest tekkinud vaikusehetk, mis igat saalis viibijat omal moel puudutas.

**LIINA HARING**  
Psühhiaatriakliiniku arst-õppejõud

# Kognitiiv-funktsionaalne teraapia kroonilise alaseljavalu ravis

Spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku ambulatoorse osakonna arst-õppejõud Teele Kaarma-Tõnne ja füsioterapeut Eda Vallimäe osalesid kliinikumi arendusfondi toel jaanuari alguses Oslos koolitusel „Cognitive Functional Therapy for chronic low back pain: Identifying key barriers to recovery and strategies to address these barriers“.



Dr Teele Kaarma-Tõnne

Koolitust viis läbi iirlasest füsioterapeut ja teadlane Kieran O'Sullivan (PhD, Limericki Ülikool), kes koos professor Peter O'Sullivaniga ja teiste kolleegidega on ühed juhtivad teadlased krooniliste valu-sündroomidega skeletilihaste süsteemi häirete vallas. Kahe päeva jooksul said osalised ülevaate kroonilise alaseljavalu patsiendi multidimensioonilisest hindamisest, valu püsijäämise põhjuste ja tegurite identifitseerimisest ning valu ja puude vähendamiseks oluliste sobilike strateegiatega määramisest ja suunamisest.

Koolitus tutvustas tõendus põhiseid kroonilise alaseljavalu käsitlust, mis hindab ja ravib patsiendi kestma jäänud seljavalu kui funktsioonihäiret. Selliste patsientide kliinilises uurimises ja ravis on oluline roll nii psühhosotsiaalsel teguritel, sensoorsetel ehk kehatajuga seotud probleemidel kui ka motoorsetel ja liigutuskontrolliga seotud teguritel.

Siiani on alaseljavalu ülekaalukalt käsitletud kui lülisamba kudede vigastuse väljendust ja seetõttu peetud peamiselt füüsiliseks häireks, mille põhjus on näha pildidiagnostikal või mis on tingitud füüsilistest teguritest nagu ülekoormus, repetiivne tõstmise või „valesti“ tõstmise.

Kuid viimastel aastakümnetel on muutunud üha selgemaks, et näiteks MRT-uuringu alusel on raske eristada seljavalu patsiente tervetest – diskprolaps ja degeneratiivseid muutusi on valupatsientidel vaid pisut rohkem kui tervetel ning leitud muutused korreleeruvad kaebustega halvasti. Seevastu psühhosotsiaalsed tegurid on peamine põhjus alaseljavalude krooniliseks muutumiseks. Füsioterapia seisukohalt on oluline aspekt ka sensoorsetel ja motoorsetel muutustel, mida krooniline valu põhjustab. Need muutused on ilmselt märkaju sensomotoorse ajukoore funktsionaalsetest muutustest. Sensoorsed muutused esinevad peamiselt kehatajuhäiretena. Motoorsed muutused kajastuvad liigutuskontrolli häiretena, propriotseptiooni ning koordinatsiooni nõrgenemisenä. Ka neid sümptomeid on võimalik uurida suhteliselt lihtsate testidega ja nende ravi peaks olema füsioterapeudi pädevuses.

Selle kasuks, et justnimelt psühhosotsiaalsed tegurid on peamine põhjus valu püsimisel, räägib ka norralase Vide Fersumi uuring mittespetsiifilise alaseljavalu patsientidel. Kognitiiv-funktsionaalses teraapias, mida viivad läbi vastaava koolituse läbinud füsioterapeudid, võetakse arvesse kognitiivsed ja sotsiaalsed tegurid. Sellel põhinev teraapia oli selgelt ja statistiliselt oluliselt parem võrreldes manuaalteraapia ja harjutustega. Vähenes valu, puue, hirm liikumise ees, paranes meeleolu, nad vajasisid vähem edasist ravi ja puudusid vähem töölt. Patsientide rahulolu tase 12 kuu möödudes oli väga kõrge (96%).



Eda Vallimäe

Tundub nii, et liigutus-kontrollihäire üksi ei tekita veel pikaajast seljavalu, vaid ikka koos psühhosotsiaalsete põhjustega. Aga, ravitakse mõlemat aspekti!

See 32-aastase kroonilise alaseljavaluga mehe lugu illustreerib hästi füsioterapeutilist sekkumist kognitiiv-funktsionaalse teraapia korral. „Kaheksa aastat tagasi tekkis mul tööl raskusi tõstes tugev valu alaseljas. Valu oli kohutav. Olin mures ja läksin arsti juurde, kes tegi MRT-uuringu. Arst ütles, et mu selg on nagu 70-aastaselt. Ta ütles, et ma ei saa enam surfata ega teha senist tööd. Olin masenduses.“

Sain palju erinevaid raviseid – mulle tehti blokaade, tarvitsin erinevaid valuvaigisteid, tegin selga stabiliseerivaid süvalihaste harjutusi, käisin manuaalteraapias. Aja jooksul läks valu pigem hullemaks. Enne kui ma jõudsin kognitiiv-funktsionaalse teraapieni, olin lõpetanud töölkäimise, ma veetsin 6 tundi päevas voodis lamades ja olin lõpetanud igasuguse suhtlemise teiste inimestega. Minu seljavalu oli hävitanud mu elu, ma olin meeletult ja ma olin peaaegu kaotanud lootuse.

Läbi kognitiiv-funktsionaalse teraapia olen õppinud, et mu selg ei ole vigastatud – olen aru saanud, et kogu mu närvisüsteem oli „üles keeratud“. Nüüd olen õppinud lõõgastuma ja liikuma taas

normaalselt, ma ei karda enam liikumist, sest minu mõtteviis on muutunud. Parim osa – ma võin minna välja sööma, ma saan trenni teha ja olen tagasi oma vanal töökohal. Mul esineb siiani aegajalt alaseljavalu ägenemisi, kui ma olen stressis ja magamata, aga ma ei muretsen enam nii palju – valu ei piira enam mu elu nagu ta seda varem tegi.

Vaadates nüüd tagasi, saan ma aru, et elasin 8 aastat hirmus, ei usaldanud oma keha ja seljalihaseid pidevas pinges hoides püüdsin kaitsta oma selga, sest ma arvasin, et selg on vigastatud. Vältisin kõiki asju, mis tegid haiget ning ma ei suutnud lõõgastuda, sest olin nii stressis.“

Kognitiiv-funktsionaalne teraapia on mitmemõõtmelisel klassifikatsioonil põhinev süsteem, mis toetab terapeuti kroonilise alaseljavalu kliinilisel uurimisel, arvestades patoanatomiliste teguritega, valu neurofüsioloogiliste mehhanismidega, kognitiivsete ja psühhosotsiaalsete teguritega (mõtlemismallidest ja elustiilist tingitud tegurid) ning füüsiliste/funktsionaalsete teguritega (nagu maladaptiivne liigutuslik käitumine, kehatajuhäired ja lihaste seisund). Iga indiviidi puhul on tegemist unikaalse „seguga“ erinevatest faktoritest, mis koos toimides säilitavad valu ja alaseljavalust tingitud puuet. Viimaste aastate ravisoovitused rõhutavad just tsentraalse sensitisatsioon rolli kroonilise alaseljavalu ravis, sest selletõttu on kesk-närvisüsteemis vähenenud valu pärssivad protsessid (valu-tundlikkus suureneb). Sellise patsiendi hindamisel on oluline identifitseerida, kui palju domineerivad valukaebuses perifeersed notsiretseptiivsed ärritused ▶

# Skriiningul osales rekordarv naisi

2015. aastal osales kliinikumi kureeritavas piirkonnas (Lõuna- ja Kesk-Eestis) rinnavähi skriiningul esmakordselt üle 10 000 naise (10 711).

Seda ennekõike tänu mammograafiabussi väga heale tööle, mida korraldavad insener-tehniline meeskond eesotsas Andrus Aavikuga ja radiograaferite naiskond eesotsas Ele Virolaineniga. Korduvalt oleme saanud naistelt mammograafiabussi töö kohta positiivset tagasisidet: väga sõbralik personal, uuringuid tehakse kiirelt ja korrektselt.

Kõige agaramalt osalesid eelmisel aastal skriiningul Jõgevamaa naised (osalus 71,1%), väga hästi osalesid naised ka Valga- ja Võrumaal (osalus vastavalt 68,7% ja 68,6%). Kiita tuleb ka Tartu- ja Pärnumaa naised (osalus 67,7%) – siingi oli suur osa mammobussil, mis teenindas naisi liiksaks Tartu linnas (Kaubamaja ja Lõunakeskuse juures). Kõigis meie teenindavates maakondades oli naiste osalus üle 60% (väikseim Järvamaal, 62,3%) ja keskmine osalus 7 maakonnas oli 66,8%.

Tagasi (täiendavatele uuringutele) kutsuti 247 naist (2,3%) ja rinnavähk on seni (osad naised on veel opereerimata) avastatud 41 naisel (3,8/1000) – 75,7% neist olid

varases staadiumis, kus eduka raviga on võimalik täielik teravistumine.

Kahjuks ei saa tuleviku suhtes nii optimistlik olla. Vaatamata Eesti Radioloogia Ühingu ja skriiningumeeskondade korduvatele ettepanekutele laiendada skriiningu sihtgruppi, mida toetas ka Tartu Ülikooli poolt läbiviidud rinnavähi skriiningu audit, ei ole Eesti Haigekassa siiani seda otsust teinud. Täna on Eesti ainuke riik Euroopa Liidus, kus skriinitakse 50–62aastaseid naisi (mujal vähemalt 50–69aastaseid, mõnel pool ka

40–75aastaseid naisi). Veelgi enam – kuna käesolevast aastast kutsutakse skriiningule naisi vaheldumisi aastakäikudega (ühel aastal paaris ja teisel paaritud sünniaastad), kutsutakse tänava skriiningule vaid 6 aastakäiku (1956, 1958, 1960, 1962, 1964 ja 1966 sündinud naised) – seega vaid 50–60 aastased haigekassa kindlustusega naised.

Siin võiksid nii naised ise ning kui ka naisteorganisatsioonid sõna sekka öelda ja survestada haigekassat vajalike otsuste tegemisel. Kuna senine rinnavähi skriiningu aja-

lugu on selgelt näidanud, et skriining päästab elusid, on mille nimel võidelda!

Loodame siiski, et senine edukas töö saaks veelgi edukamalt jätkuda ka tulevikus. Meie (skriiningumeeskond) oleme selleks igal juhul valmis ja ootame kõiki sihtgruppi naisi uuringule!

Skriiningule registreeruda saab tööpäeviti kell 8–16 telefonil 741 9411.

Kingi endale kindlustunne!

**DR SULEV ULP**  
rinnavähi skriiningu  
koordinaator kliinikumis  
sulev.ulp@kliinikum.ee

Foto: Rait Käpp



Mammograafiabussi meeskond

▶ (nagu konkreetne seljapatoloogia, maladaptiivsed liigutusmustrid ja käitumine, suurenenud puhkeoleku lihastoonus, vähenenud propriotseptioon ja muutunud kehataju jms) ja kui palju tsentraalse sensitisatsiooni faktorid (nagu stress, depressioon, ärevus, katastrofiseerimine, ülivahsus jms).

Kognitiiv-funktsionaalne teraapia on patsiendikeskne lähenemine, mis on suunatud konkreetse alaseljavalu patsiendi uskumuste, hirmude ja sellega seotud käitumise (nii liigutuslik käitumine kui elustiil) mõjutamisele. Teraapia võtmeteguriteks on kroonili-

se valu alane nõustamine (valu tekkemehhanismide selgitamine), normipäraste liigutusmustrite ja kehataju taastamine (ei kasutata isoleeritud harjutusi), liigutuste funktsionaalsuse integratsioon ADL tegevustesse ning patsiendi põhised eesmärgipärased füüsilise aktiivsuse ja elustiilialane nõustamine.

Patsient peaks saama teadlikuks, et valu ei ole märk vigastusest, vaid on pigem protsess, kus inimene on lõksus valu ja puude nõiarings. Lihtsustatult võiks öelda, et see on tingitud närvisüsteemist, mis on stressis ja tundlikuks muutunud (tekkinud on tsentraal-

se sensitisatsioon) negatiivsete uskumuste, hirmu, lootuse kaotamise, ärevuse ja valu vältiva käitumise tõttu, mis omakorda on seotud maladaptiivse (provokatiivse) liigutusliku ja eluviisist tingitud käitumisega. Teraapias kasutatakse suhtlemisel motiveerivat intervjuerimist, mille käigus leiab patsient ise lahenduse kasutatute uskumuste ja maladaptiivsele käitumisele. Teraapia on tugevalt käitumusliku suunitlusega ja laseb patsiendil katsetada erinevaid liigutuslikke mustreid kasutades selleks visuaalselt tagasisidet, et taastada oma kehataju ja õppida uuesti ennast normaal-

selt ja lõõgastunult liigutama. Teraapia käigus julgustatakse patsiente tegema asju, mida nad kardavad ja/või väldivad, kuid lõdvestunud ja tavalisel viisil. See motiveerib neid tegelema harjutustega ja naasma aktiivsesse ellu, mis põhineb nende eelistustel ja eesmärkidel.

Selline lähenemine on väljakasvanud ilmselgest vajadusest rakendada teistsugust käsitlust alaseljavalu ravis kui seni. See eeldab usaldust, et valu ei ole vaja alati karta.

**TEELE KAARMA-TÕNNE**  
Taastusravi ja füsiatria  
arst-õppejõud

# Koolitused seksuaalvägivalla ohvrite aitamiseks

Aprilli lõpus jõuab lõpule Eesti Seksuaaltervise Liidu projekt "Seksuaalvägivalla ohvrite abistamiseks laiapõhjalise koostöövõrgustiku loomine ja võimestamine", mida rahastatakse Norra finantstoetustest.

Projekti eesmärgiks on seksuaalvägivalla ja inimkaubandusega seotud seksuaalvägivalla leviku ja mõjude vähendamine avalikkuse teavitamise, ohvrite abistavate teenuste loomise ning eri valdkonna spetsialistide teadlikkuse ja koostöö suurendamise kaudu. Kliinikumipoolseteks projekti eestvedajateks on dr Kai Part ja dr Made Laanpere.

Ohvrite abistamise koolitused toimuvad kliinikumis kolmel korral: 14.–15. jaanuaril ja 11. veebruaril ning suure huvi tõttu täitus osalejate nimekiri kiirelt. Koolitusi pakutakse edaspidigi arstiteaduskonna täienduskeskuse kaudu.

## Koolituse keskendus mitmele aspektile:

- 1) seksuaalvägivalla levimus ja muistrid, barjäärid abi otsimisel;
- 2) ohvri traumareaktsioonid ja kriisiabi;
- 3) kuidas teostada ohvri läbivaatust (uue juhendi järgi vigastuste kirjeldamine, bioloogilise materjali kogumine, meditsiinilised aspektid);
- 4) järelravis suunamine.

Dr Kai Pardi sõnul pöörduis 2014. aastal Eestis vägistamise tõttu politseisse 147 inimest – see on ilmselgelt jäämäe tipp. „Eestis on uuringute järgi 16% naistest kogunud elu jooksul mingit seksuaalvägivalla liiki, sh vägistamist 7%. Seksuaalvägivalda kogevad ka mehed. Meditsiinisüsteemi pöördub nii uuringute järgi kui ka kogemuste põhjal tunduvalt enam ohvreid kui politseisse, kuid puudub kindel üks koht, kust otsida abi, samuti pole olemasolevad teenused koordineeritud ning mis peamine – ohvrid pöörduvad liiga hilja. Hetkel pöörduvad üksikud ohvrid otse EMOSse, mõned ka naistearsti vastuvõtule (sageli kuid või aastaid pärast toimunut), ent suurem osa ohvritest ei pöördu abi järele. Just seda käitumismustrit meie projekt soovibki muuta – esiteks suhtumist seksuaalvägivalda, teiseks meditsiinilise ja kriisiabi kättesaadavust nii kiiresti kui võimalik pärast seksuaalvägivalla toimepanekut. See on oluline, kuna seksuaalvägivald on pikaajaliste ja raskete tervisehäirete põhjustaja. Olen kindel, et kui valmidus teenu-



Foto: Anni Önneleid, Ekspress Meedia

Examination kit

se pakkumiseks on loodud, kasvab kindlasti ka selle kasutajate hulk,“ selgitab dr Part. „Parem alustada väikeste sammudega, kui üldse mitte alustada. Antud teema olulisus on tõstatatud ka rahvusvahelisel tasandil ning Eesti on ühinenud Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalla ja pereseksuaalvägivalla ja pereseksuaalvägivalla ennetamise ja tõkestamise (nn Istanbuli) konventsiooniga. Konventsiooni ratifitseerimiseks 2017. aastal peavad olema selle artikli 25 nõuded täidetud,“ räägib dr Kai Part. Konventsiooni järgi peavad selle osalised läbi vii-

ma seadusandlikke või muid vajalikke meetmeid, et tagada piisaval arvul sobivaid ning kergesti kättesaadavaid vägistamisohvrite keskusi, kus on võimalik tagada arstilik ja kohtumeditiiniline läbivaatus, toetus traumaolukorras ja ohvrite nõustamine. Käimasolevad koolitused on üks samm selles suunas, mis aitab luua tingimusi seksuaalvägivalla ohvritele teenuste pakkumiseks.

## Teenused seksuaalvägivalla ohvrite ja examination kit

Uuringud on näidanud, et seksuaalvägivalla ohvriks langenud isik tuleb meelsamini tervishoiuasutusse kui pöördub politseisse. „See on ka loogiline, sest ohver on sageli hirmul oma tervise pärast. Valvepersonal saab hinnata ohvri seisundit ja vigastusi, anda kriisiabi, vajadusel ta hospitaliseerida ning anda juhiseid, kuhu pöörduda järelravile,“ ütleb dr Part. Ent kuna seksuaalvägivallaohvrite seisundid ja käsitlus on juhtumiti väga erinevad, on kokku pandud asi-

► töendite kogumise karp – examination kit. Karpi on kogutud vajalik meditsiiniline arsenal, mis on vajalik läbivaatuse tegemiseks ja bioloogilise materjali kogumiseks. Materjali kogumisel mängib olulist rolli toimingute kiirus – näiteks säilib DNA suus vaid 3 tundi, nahal 24 tundi, tupes 5 päeva. Kai Part toonitab, et kui DNA on õigesti kogutud, säilib see põhimõtteliselt igavesti. „Kui ohver soovib pöörduda politseisse, saab menetluse käigus kogutud bioloogilist materjali kasutada – see muutub siis töendmaterjaliks, mille tervishoiuasutus annab politseile üle,“ toonitab dr Part. Karpide hoiustamine on riigiti erinev – näiteks Suurbritannias ei aegu seksuaal- kuriteod ning seetõttu säilitatakse karpe igavesti. Eestis on esialgu plaanitud kogutud materjali säilitamiseks kuus kuud. Justiitsministeeriumi kinnitusele on tervishoiuasutuses kogutud bioloogiline materjal ja dokumenteeritud vigastused piisavad, et nende põhjal menetluse käigus koostada kohtumeditiiniline ekspertisi.

Lisaks meditsiinilisele abile on vajalik ka ohvrite psühholoogiline abi – esmane (kriisi)nõustamine, jälgimine, vajadusel psühhoteraapia, samuti sotsiaalne järelvalve (turvalisus, elukoht, sissetulek, laste heaolu jne). Seega ei saa seksuaalvägivalla ohvritele osutatav abi piirduda vaid esmaabiga, vaid vajalik on ka järelravi ja jälgimine mitme kuu jooksul. Tartus on plaanitud esmase abi järgne jälgimine ja järelravi Tartu Seksuaaltervise Kliinikus, millel on koostöösuhted kliinikumiga.

Kokku toimub seksuaalvägivalla ohvrite abistamise koolitusi kümme ja neis osaleb 250 haiglates töötavat meedikut (neist 40 kliinikumist). Eraldi on projekti koolitatud politseinikke,

prokuröre ja kohtunikke. Teada on, et üks töendmaterjali karp on ühes Eesti haiglas ka juba kasutusele läinud ning politsei kasutab neid töendeid menetluses.

Kai Part usub, et olgugi et teenuse lõplikuks väljatöötamiseks veel lahendamata küsimusi, pole need ületamatud. Projekti loovad kaasa mitmed organisatsioonid: lisaks kliinikumile toimuvad koolitused ka Pärnu Haiglas, Ida-Viru Keskhaiglas, Lääne-Tallinna Keskhaiglas, Ida-Tallinna Keskhaiglas ning Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Projektiga on liitunud lisaks seksuaaltervise kliinikumid Tallinnas ja Tartus, kus plaanitakse ohvrite järelravi. Politsei- ja Piirivalveamet, Justiitsministeerium ja Eesti Kohtuarstliku Ekspertiisi Instituut on projekti partnerid, kellega koos on välja töötatud töendmaterjali kogumise karp – ka kohtumeedikud ise kasutavad seda karpi praegu.

Tänaseks on teada, et projekti loodud eeldused seksuaalvägivallaohvritele tervishoiuasutustes abi pakkumiseks ei seisku Norra toetusprojekti lõppemisel. Alates maikuust rahastab sotsiaalministeerium seksuaalvägivalla ohvrite abistamise teenust neljas Eesti piirkonnas 14 kuu jooksul (nii meditsiiniline läbivaatus, bioloogilise materjali kogumine kui ka psühhosotsiaalne nõustamine ja järelravi). Dr Kai Part osaleb 2016. aastal neljal Manchesteri Ülikooli seksuaalvägivalla keskuse kursusel *Forensic and Medical Examination for Rape & Sexual Assault Course*, mida toetab Tartu Ülikooli Kliinikumi Arendusfond, Arstide Täienduskoolituse Fond ja Tartu Seksuaaltervise Kliinik.

DR KAI PARDIGA vestles HELEN KAJU

# Tervisepäevad on endiselt menukad

Tänaseks on möödas 2,5 aastat sellest, kui Eesti Õdede Liit ja Tartu Tervishoiu Kõrgkool koostöös Tartu Ülikooli Kliinikumiga alustasid Tervislike Neljapäevade sarjaga, mille eesmärgiks on suurendada inimeste terviseadlikkust ja tutvustada neile erinevaid õendusabi võimalusi.

Praeguseks on toimunud 21 tervisepäeva, milles on osalenud kokku ligi 100 öde. Suured tänud tublidele kolleegidele, kes on leidnud aega ja soovi parandada elanikkonna terviseharitust ning jaganud nõuandeid, julgustanud, suunanud ja toetanud inimesi leidma nende probleemide parimaid lahendusi. Tervishoiutöötajate tagasiside põhjal saab öelda, et linnakodanikud on pidanud seal osalemist arendavaks ja põnevaks võimaluseks.

Aasta esimesel tervisepäeval käsitlesid kirurgiakliiniku öed Annika Jantra ja Anžela Rementsova veenilaiendite ja põiepõletikuga seonduvaid probleeme, Mirje Jürgenson selgitas ja näitas haavaravi ning huvilised said osaleda radiograafia töötubades. Tervisepäeva külastas 3 tunni jooksul 100 inimest, mis näitab, et teemad on aktuaalsed ja inimesi puudutavad.

Tulevane Tervislik Neljapäev toimub juba 18. veebruaril, kus keskendutakse sellele, kuidas hoida oma vaimset tervist. Planeeritud on kolm vestlusringi, mida sisustavad psühhiaatriakliiniku öed. Esimeses vestlusringis toimub enesetunnet hindava testi täitmine ja individuaalne vestlus testi alusel. Öed selgitavad, mida on oluline jälgida ning annavad nõu, millal oleks vaja spetsialisti juurde pöörduda. Teises vestlusringis arutletakse selle üle, mida teha, et tunda end päeval puhanud. Antakse nõu, kuidas muuta enda uneperioodi ühtlasemaks ja ööund kvaliteetsemaks. Kolmandas vestlusrin-

gis arutletakse selle üle, kuidas meie emotsioonid mõjutavad meie enesetunnet. Öed õpetavad enda keha lödvestama ning teevad koos läbi lödvestusharjutusi, millest on abi enda emotsioonidega toime tulekul.

Tervislikud Neljapäevad toimuvad Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis, aadressil Nooruse 5. Täpsem info: Tervislike Neljapäevade juht Margarita Milihhina, margarita.milihina@kliinikum.ee, telefon 5331 9345.

## Järgmiste tervisepäevade teemadeks on:

### • 31. märts

„Kuidas hoolitseda oma lähedaste eest?“

### • 28. aprill

„Kas ja kuidas on võimalik ennetada vähki?“

## KOMMENTAAR

Tervislikul Neljapäeval osalemine arendab minu suhtlemisoskust, nõustamisoskust ja võimalust olla kasulik tavainimestele, kes muud ei satuks tervishoiutöötaja juurde. Öhtu lõpuks on küll suu väsinud rääkimisest ja käed tegutsemisest, kuid positiivne tagasiside ja inimeste siiras huvi oma tervise vastu annab tagasi energiat ja tahet olla neile veel kasulik.

KRISTI TAMELA  
Tervislike Neljapäevade meeskonnaliige

## Seksuaalvägivalla ohvrite käsitlus

### Esmane abi vahetus traumaolukorras

- erakorraline meditsiiniabi ja psühhosotsiaalne kriisiabi (vahetu kontakt, seisundi hindamine, ettevalmistus läbi-vaatuseks, toetus pöördumiseks politseisse, turvalisuse hindamine, koju/varjupaika suunamine, info juriidilise nõustamise kohta, lähedaste esmane nõustamine, nõusolek traumajärgse abi saamiseks);
- meditsiiniline läbivaatus koos bioloogilise materjali kogumisega ja vigastuste dokumenteerimisega, testimine seksuaalsel lelvivate infektsioonide ja HIV suhtes, raseduse kindlakstegemine, vajadusel HIV

kontaktijärgne profülaktiline ravi, ja vaktsineerimine B-hepatiidi suhtes).

### Seksuaalvägivallaohvri järelravi

- meditsiiniline ja psühhosotsiaalne jälgimine (STL/HIV kordusanalüüsid, raseduse kindlakstegemine, vaktsineerimine, ravi, nõustamine) 6 kuu jooksul;
- psühholoogiline abi, psühhoteraapia – prognoositavalt 50% patsientidest.

Koiki teenuseid pakutakse eelnevalt nõustatud seksuaalvägivalla ohvritele nende nõusolekul ja soovil.

# Lastefond ühendab vähihaigete laste vanematega jõud Pardiralli korraldamises

Tänavuse Pardiralli korraldamises lööb Eesti Vähihaigete Laste Vanemate Liidu (EVLVL) kõrval kaasa ka Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefond, et koguda annetusi vähihaigete laste vanemate tugikeskuse rahastamiseks ning sonditoitu vajavate laste toetamiseks.

“Soovime sel aastal Pardiralliga aidata ka neid lapsi, kes vajavad oma haigusega toimetulekuks spetsiaalseid toidusegusid ning nende manustamise abivahendeid, mille soetamine aga ei ole kalli hinna tõttu paljudele peredele jõukohane,” räägib Pöllukivi. “See temaatika on meile südame lähedane, sest lapsi, kes võiksid toidusegu vajada, leidub ka vähiga võitlevate laste seas. Kuid paljudel juhtudel jääb selle kasutamine kalli hinna taha. Kui see aga võiks anda lapsele, olgu selleks vähki või



Foto: Annika Metsla

Pardiralli 2015

muud rasket haigust põdev laps, jõudu haigusega toimetulekuks, ei tohiks see nii olla,” räägib Pardiralli projekti juht Ragnar Pöllukivi.

Järjekorras juba kolmas Pardiralli leiab aset 11. juunil Kadrioru pargis ning selle põhimõte on jäänud samaks: kõigil soovijatel on eelnevalt võimalik hakata Pardiralli kodulehe vahendusel endale sobivas summas annetusega sponsoreerima ühe nummerdatud vanniparti, kes koos tuhandete teiste partidega juunikuus Kadrioru pargi kanalis võistlema hakkab. “Ning nagu eel-

mistelgi aastatel toob esimesena finišeeruv vannipart oma sponsorile peaauhinna. Premeerimata ei jää teisedki osalejad, kelle vahel loositakse välja veel palju toreid üllatuskingitusi,” lisab Pöllukivi.

Lastefondi toetustootluste juht Eveli Ilves selgitab, et spetsiaalsed toidused tagavad vajalikud toitained ja kaloraazi lastele, kes oma haiguse tõttu ei saa süüa tavatoitu: “See hõlmab nii lapsi, kes ei ole võimelised suu kaudu toitu sondiga, kui ka neid, kes vajavad positiivse kaaluibe säi-

litamiseks kõrgekalorilist vedeltoitu.”

Lastefond on spetsiaalsed toidusegusid vajavaid lapsi toetanud alates 2011. aastast. Käesoleval hetkel aidatakse selles üheksat last igakuiselt kokku 1575 euroga, mis teeb ligi 18 900 eurot aastas.

Tänavu 11. juunil võistlustulle asuvad pardid saabuvad müügile aprillis. Ürituse peasponsoriteks on Kadrioru park ja laevapiletid.ee. Lisainfo peagi [www.pardiralli.ee](http://www.pardiralli.ee).

**TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMI  
LASTEFOND**

## Õiendus

Jaauanuarikuu Kliinikumi Lehe artiklis „Psühhiaatriakliinikus tunnustati kolleegi“ on ekslikult nimetatud aasta noorarstiks Tiia Matsi. Õige tiitel kannab nime: **aasta arst-resident** Tiia Matsi. Vabandame eksituse pärast!

KLIINIKUMI LEHT

?

## Mis on pildil?

**Mis praktikumi viis 1955. aastal läbi emeriitprofessor Arvo Tikk?**

Vastuse palume saata 10. märtsiks e-postiga aadressile [Helen.Kaju@kliinikum.ee](mailto:Helen.Kaju@kliinikum.ee) või tigu postiga aadressile Kliinikumi Leht, L. Puusepa 1a, 50406, Tartu. Õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus. Head nuputamist!



Eelmise kuu pildimängu fotol oli aparaat süsihappegaasi sisalduse määramiseks alveolaarõhus. Kuna õigeid vastuseid ei laekunud, jäi lehetellimus loosimata.

