

# Kliinikumi Leht

S I S E L E H T nr 60 Jaanuar 2004

Tartu Ülikooli Kliinikum

- Uuendused klienditeeninduses
- Konverents sünnieelsest diagnostikast
- "Kliinik 2004" kava

## Kliinikumi uued meditsiinidoktorid

### Ülle Voog

Doktoritöö kaitsmine toimus 28. novembril 2003 Karolinska Instituudis

Mis oli doktoritöö teemaks ja kes juhendajad ning oponendid?

Doktoritöö teema oli "Temporomandibular joint involvement by systemic inflammatory disease with reference to pain modulation and joint tissue destruction" ("Alalõualiiigese haaratus süsteemsete sidekoehaiguste korral, peatähelepanu pööramisega valu moduleerimisele ja kudede destruktsioonile"). Töö juhendajateks olid professor Edvitar Leibur Tartu Ülikooli stomatoloogia-kliinikust, professor Sigvard Kopp ja dr Per Alstergren Karolinska Instituudi suuõõne kliinilise füsioloogia osakonnast. Reumatoloogiaala juhendaja oli dotsent Riina Kallikorm Tartu Ülikooli sisekliinikust. Tööd oponeeris dotsent Sigvard Åkerman Malmö Ülikooli suuõõnehaiguste diagnostika osakonnast. Eksamineerimiskomiteesse kuulusid dotsent Bengt Wenneberg Göteborgi Ülikooli stomatognaatse füsioloogia osakonnast, professor Anders Holmlund Karolinska Instituudi suuõõnekirurgia osakonnast ning dotsent Björn Svensson Skövde Haigla suuõõne radioloogia osakonnast.

Missugused uurimisküsimused olid Teie töös peamised? Milliseid järeldusi võite oma töö põhjal teha?

Töö käsitles alalõualiiigese valu seost röntgenoloogiliste muutustega ja veres leiduvate põletiku mediaatorite ja markeritega. Ühtlasi hinnati patsientide igapäevase eluga toimetulekut alalõualiiigese valu foonil. Uuringusse kuulusid alalõualiiigese kliinilise haaratusega reumatoidartriidi ja psoriaatilise artriidi diagnoosiga patsiendid.

Doktoritöö teesid hõlmasid nelja uurimust, mille esimeseks eesmärgiks oli välja selgitada, kuidas alalõualiiigese valu mõjutab reumatoidartriidi diagnoosiga patsientide igapäevase eluga toimetulekut. Hindamiseks kasutati vastavad küsimustikku, millest selgus, et uuritavatel oli igapäevane elutegevus määralvul hulgal mõjutatud alalõualiiigese valust.

Teise töö eesmärgiks oli uurida veres leiduvate põletiku mediaatorite ja markerite suhet alalõualiiigese röntgenoloogiliste muutustega. Kasutades kompuutertomograafiat, selgus, et röntgenoloogiliselt enim esinevateks muutusteks reumatoidartriidi diagnoosiga patsientide alalõualiiigese olid skleroos, erosioonid ja liigese lamendumine. Erosioonide põletikulisele päritolule viitas nende suhe vereliistakute hulgaga, samas kui lamendumine oli seotud tuumor nekroosi faktor alfa sisaldusega vereplasmas.

Kolmanda töö eesmärk oli välja selgitada veres leiduvate põletiku mediaatorite ja markerite seost pikemaajaliste röntgenoloogiliste muutustega alalõualiiigese.

Selgus, et erosioonide taandumine oli

seotud kõrge serotoniini sisaldusega vereurumis ja interleukiin-1 retseptoriga (IL-1sRII). Erosioonide teke oli seotud kõrge serotoniini sisaldusega vereplasmas. Liigese lamendumine oli seotud C-reaktiivse valgu hulga tõusuga. Eelpoolnimetatud röntgenoloogilisi muutusi hinnati 25-46 kuu vältel, kusjuures selles ajavahemikus esines vähest röntgenoloogiliste muutuste progresseerumist.

Neljanda töö eesmärk oli uurida, kas serotoniini kolmanda retseptori (5-HT<sub>3</sub>) antagonist granisetron vähendab valu alalõualiiigese. Granisetroni ühekordsed liigesesisesed süstid vähendasid alalõualiiigese valu nii rahulolekus kui ka peale suu maksimaalset avamist, samas tõusis pressoorne valu lävi. Selgus, et granisetron omab kohest, lühiajalist ja spetsiifilist valu vähendavat toimet ja 5-HT<sub>3</sub> ilmneb olevat seotud süsteemse sidekoe haigusega patsientidel valu juhtega alalõualiiigese.

Ajavahemikul 1997-2000 osalesin Tartu Ülikooli ja Karolinska Instituudi vahelises ühises kraadiõppeprogrammis ("KIRT-KEMP"), mille lõpetasin Karolinska Instituudis kaitstud litsentsiaadikraadiga. Pärast seda jätkasin oma doktorantuuriprogrammi koostöös Tartu Ülikooliga. Doktoritöö kaitsmine toimus Karolinska Instituudis. Tänu oponendi ja komitee liikmete põhjalikkusele ja kõrgele professionaalsusele arenes huvitav diskussioon, mis kestis kokku kolm tundi.

Antud teema uurimine on mind kokku viinud paljude oma eriala tippudega nii Eestist, Rootsist kui ka mujalt maailmast. Tänu sellele olen saanud oma silmaringi ja teadmiste pagasit täiendada nii alalõualiiigese füsioloogia kui ka patoloogia aspektist. Alalõualiiigese edukas ravi on sageli pikaajaline protsess ja enamalt jaolt hea meeskonnatöö tulemus. Tänu stomatoloogiakliinikus ja radioloogiateenistuses olemas olevale kaasaegsele aparatuurile on võimalikud ka keerulisemad manipulatsioonid nagu artroskoopia ja arthrograafia, rääkimata artrotsenteesist kui efektiivsest diagnostika- ja ravimeetodist.

Siinjuures tahaksin tänutundega ära märkida ka kliinikumi töötajaid, kelle kaasabil antud uurimused valmisid. Hindan väga ühendlaborist dr Vivian Heegi ja radioloogiateenistusest dr Vello Sõgela ja dr Dagmar Looitsa abi. Minu abilisid olid samuti Tartu Ülikooli sisekliiniku reumatoloogid ning meie oma stomatoloogia-kliiniku kollektiiv.

Küsimused esitas  
RIINA KUIK

### KOMMENTAAR

PROF EDVITAR LEIBUR,  
Ülle Voogi doktoritöö juhendaja:



Ülle Voogi doktoritöös käsitletavat probleemi on väga aktuaalsed, kuna alalõualiiigese haiguste patogeneesimehhanismide käsitus ja ravi on viimasel aasakümnel oluliselt muutunud.

Tartu Ülikooli Kliinikumi näolõualuukirurgia osakonnas on süstemaatiliselt uuritud ravil viibinud alalõualiiigese patoloogiaga haigete valu põhjusi alalõualiiigese ning hinnatud ravi tulemusi olenevalt kasutatavatest ravimitest ning ravimeetoditest. Arvestades, et põletiku korral on sünteesi ja degradatsiooni protsesside tasakaal häiritud, mis ei piirdu ainult liigese kõhrega, vaid haarab kaasa ka luulised struktuurid, kaasneb mitmete põletiku mediaatorite ja markerite ilmumine või kontsentratsiooni tõus nii sünoviaalvedelikus kui ka veres.

Ülle Voogi doktoritöö tulemused annavad olulist teavet patogeneesimehhanismidest alalõualiiigese patoloogia korral, võimaldades viia läbi tõendusjärgi ravi.

Ülle Voog on võimekas noor teadlane, kelle teaduslik tegevus on pälvitud rahvusvahelist tunnustust Ülemaailmse Hambaarste Teadusliku Assotsiatsiooni Euroopa ja Põhjamaade divisjoni poolt 1999. ja 2000. aasta konverentsidel.

Lõpetanud Tartu Ülikooli stomatoloogia osakonna 1992. aastal, järgnesid internatuur ning residentuur TÜ hambaproteesikeskuses. Peale residentuuri ortopeedilises stomatoloogias 1997. aastal omistati talle hambaproteesiarsti eriala. Kuna Ülle Voog oli huvitatud teadustööst, avanes tal võimalus osaleda Karolinska Instituudi odontoloogiaosakonna ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna vahelises õppeprogrammis. 2000. aasta detsembris kaitsis Ülle Voog litsentsiaadikraadi (MSc) Karolinska Instituudis. Samal ajal jätkas ta ka tegevust arst-õppejõuna Tartu Ülikooli Kliinikumis. Intensiivne teadustöö nii Tartus kui ka Karolinska Instituudis kulmineerus doktoritöö eduka kaitsmisega.

### Margot Peetsalu

Doktoriväitekirja kaitsmine toimus 12. novembril 2003 Tartu Ülikoolis. Väitekirjale anti arstiteaduskonna nõukogu poolt hinnang cum laude.

Mis oli teie doktoritöö teema, kes olid juhendajad ja oponendid?

Doktoritöö pealkiri oli "Duodenaalhaavandi tõttu tehtud vagotoomiajärgne pikaajaline uuring: retsidiivhaavand, muutused mao limaskesta funktsioonis, morfoloogias ja *Helicobacter pylori* kolonisatsioon" (originaalpealkiri "Long-term follow-up after vagotomy in duodenal ulcer disease: recurrent ulcer, changes in the function, morphology and *Helicobacter pylori* colonisation of the gastric mucosa"). Töö juhendaja oli Tartu Ülikooli kirurgiakliiniku juhataja prof Ants Peetsalu ning oponendideks Lääne-Tallinna Keskhaigla kirurg-konsultant meditsiinidoktor Rando Truve, ja dotsent Riina Salupere, Tartu Ülikooli sisekliiniku gastroenteroloogia ja endokrinoloogia osakonna juhataja.

Mille uurimisele te oma töös peamiselt keskendusite?

Uurimistöe põhines 482 duodenaalhaavandi tõttu vagotomeeritud patsiendi andmetel, keda opereeriti 1977-1984 Tartu Ülikooli kirurgiakliinikus ja uuriti korduvalt 14-aastase jälgimisperioodi vältel. Uuringute hulka kuulusid patsientide küsitlus, mao endoskoopiline uuring koos biopsiate võtmise ja endoskoopilise Kongo punase testiga ning veeniverede kogumine maolimaskesta funktsionaalsete näitajate (seerumpepsinogeen-I ja seerumgastrin) määramiseks. Saadud tulemused publitseeriti viies teaduslikus artiklis. Uurimistöe eesmärgiks oli hinnata vagotoomia kui duodenaalhaavandi peamise operatsioonimeetodi kaugtulemusi: kliinilisi tulemusi Visicki klassifikatsiooni alusel ja seoses retsidiivhaavandi tekkega, vagotoomia täielikkuse muutumist pikema aja vältel endoskoopilise Kon-

Järg lk 2



Dr Margot Peetsalu koos doktoritöö juhendaja prof Ants Peetsaluga.

go punase testi alusel, vagotoomia mõju *Helicobacter pylori* kolonisatsioonile, mao limaskestast morfoloogiale ja funktsioonile.

Eesmärgiks oli ka välja selgitada retsiidiivhaavandi riskigrupp edaspidise profülaktika eesmärgil. Oluliseks eesmärgiks oli ka hinnata võimalikku maovähi tekkeriski vagotomeeritud haigetel.

#### Missugused on töö põhjal tehtud järeldused?

Olulisemad tööst tulenevad järeldused olid järgmised: vagotoomia annab 14 aastat pärast operatsiooni valdavalt häid ja väga häid kaugtulemusi, kuid samas suureneb aja möödudes retsiidiivhaavandite hulk, eeskätt seoses vagotoomia täielikkuse muutumisega aja jooksul. Muutused *H. pylori* kolonisatsioonis ja selle tiheduses viivad aktiivse kroonilise gastriti süvenemisele ja maokorpuse limaskestast atroofia tekkele ja progresseerumisele. Maokorpuse atroofia kujuneb oluliselt sagedamini täieliku vagotoomia korral, kuid 14 aasta jooksul ei teki reeglina rasket atroofiat ega ka mõõdukat ja rasket intestinaalset metaplaasiat, mis võiks olla seotud kõrgendatud maovähi tekkeriskiga. Kõiki mittetäieliku vagotoomia patsiente võib käsitleda kui retsiidiivhaavandi tekke riskigrupi.

Küsimused esitas  
**RIINA KUIK**

#### PROFESSOR ANTS PEETSALU, kirurgiakliiniku juhataja

Üldteada on, et definitiivse operatiivse ravi vajaduse korral duodenaalhaavandi kirurgilises ravis on vagotoomia maailmas ja ka Eestis juba üle 30 aasta kasutusel olnud magu säilitava ja maohappe produktsiooni vähendava operatsioonimeetodina, et vältida maoreseksiooni-järgseid süvenevaid sündroome ja maovähi riski.

Margot Peetsalu doktoritöö tähtsus seisneb duodenaalhaavandi kirurgias vagotoomia hinnangu andmises kaugtulemuste kaudu, s.o pika aja jooksul samade patsientide korduval uurimisel maolimaskestast morfoloogilis-funktsionaalse staatuse ja *H. pylori* kolonisatsiooni muutuste kaudu, mida senini sellise mastaapsusega pole tehtud. Töö tähtsust kasutatud metoodika osas toonitab Margot Peetsalu poolt 1998. aastal maailma ühes juhtivas kirurgiaajakirjas *American Journal of Surgery* avaldatud artikli kirjastaja lõpukommentaar. Lisaks tuleb suureks tunnustuseks Margot Peetsalu tööle

lageda asjaolu, et kaks tema artiklit definitiivsete operatsioonide järgselt tekkinud retsiidiivhaavandite kohta valiti 2003. aastal välja Medline'i 895 artikli hulgast 85 hulka, mida refereeritakse ülevaateartiklis Põhja-Ameerika ajakirjas *Gastrointestinal Surgery* 2003.

Kuigi seoses kaasaegse medikamentoose ravi tõhususega on peptilise haavandi puhul kirurgilise ravi, sh ka definitiivsete operatsioonide kasutamine oluliselt vähenenud, siis Margot Peetsalu töö näitab, et 14 aasta jooksul pärast operatsiooni annab vagotoomia 81% väga häid ja häid kaugtulemusi. Seetõttu juhtudel, kui definitiivne operatsioon on näidustatud (kui medikamentoonne ravi pole õnnestunud, sh *H. pylori* negatiivsed juhud), tuleb siiski kasutada vagotoomiat kui magu säilitavat ja maohapet vähendavat operatsiooni, seda enam, et maailmas on mitmes keskuses edukalt juurutatud juba ka väheminvasiivne laparoskoopiline vagotoomia.

Töös antakse uudne selgitus, miks ja millal tekivad retsiidiivhaavandid ja kuidas käitub maos *H. pylori* kolonisatsioon kui üks haavandi tekkimise olulisi

#### KOMMENTAAR

etioloogilisi faktoreid, pärast vagotoomiat.

Arvan, et sellise kliinilise pikaajase uurimistöö tulemused on Eesti meditsiinile olulised.

Dr Margot Peetsalu töö on järjekorras kinnituseks kirurgiakliiniku eduka rahvusvahelise koostöö osas, seekord Helsingi Ülikooli kliinilise keemia (prof **M. Härkönen**) ja patoloogia (med dr **J. Valle**) osakonnaga, mis väljendub ühispublikatsioonides rahvusvaheliselt tunnustatud ajakirjades. Esiletõstmist väärib asjaolu, et dr Margot Peetsalu poolt edukalt läbitud doktoritöö ja valminud ning kaitstud doktoritöö on tehtud igapäevase praktilise töö kõrvalt. Eeskujuga väärib järgimist.

Hea meel on Kliinikumi Lehe kaudu avaldada dr Margot Peetsalule kogu kirurgiakliiniku pere poolt kiitust tehtud töö eest ja soovida talle edu edaspidiseks tegevuseks ja praktiliseks tegevuseks kui akadeemilisel karjääril.

# Stress, haigused ja peresuhted. Pereteraapia

"Me kõik oleme jumalad, loojad; osalised selle maailma loomisel. Me oleme kutsutud looma rõõmuga, energiliselt ja spontaanselt. Igaüks on looja oma valdkonnas. Looming ei ole laste, poetide ja õpetlaste privileeg - igal inimesel on oma koht siin maailmas, niisugune koht, kus tema on looja ja kus ta teostab oma loomingut" (Jacob Levi Moreno, grupiteraapia ja psühhodraama rajaja).

#### Stressi otsene seos haigustega

Mis takistab meid olemast looja? Mis takistab rõõmuga ja energiliselt elamast? Üheks oluliseks teguriks on loomulikult halb tervis. Paljude haiguste kujunemisel on üheks olulisemaks lülits stress, mis kurnab välja organismi jõuvarud. Stressi kütüsi satume aga eelkõige seetõttu, et kas teadmatus või oskamatusest ei rahulda me pikema aja jooksul oma vajadusi, ehk teisisõnu, ei hooli endast, ei hoolitse piisavalt oma keha ja vaimu eest. See omakorda toob kaasa rahulolematuse ja mitmesugused ebameeldivad vaevused stressi näol. Pikka aega kestev stress loob soodsa pinnase haiguste vallandumiseks.

Kahjuks asetab meie meditsiinisüsteem pearõhu stressist põhjustatud tervisehäirete, st tagajärgede ravimisele, palju vähem pööratakse tähelepanu haiguste ennetamisele ning patsiendi enda aktiivsele kaasamisele raviprotsessi. Tervisehäireid aitab vältida ning patsientidel kiiremini oma tervist taastada see, kui aidata inimestel aru saada konkreetsetest võimalustest oma tervise eest hoolitsemisel, õpetada inimesi olema enda ja teistega rohkem rahul ning selle tulemusena stressi vältima ja maandama. Minu tähelepanekute järgi õpetatakse patsiente liiga vähe endale ise abi andma või kui seda tehaksegi, siis mitte nii veenvalt ja arusaadavalt, kui oleks tarvilik. Ega praegune tervishoiuteenuste süsteem seda vist võimaldagi, lihtsalt aega ei ole ja patsiendiga rääkimine ei too eriti rahasse. Ka patsientidel endil on lihtsam kasutada ravimeid kui püüda oma elu tervikuna ise paremaks muuta.

Kui meditsiinitöötajatel oleks endal selge ja kindel veendumus stressi ja paljude haiguste osasest või kaudselt omavahelisest seosest ning oskus ja võimalus seda patsientidele selgitada, aitaks see vältida paljude haiguste tekkimist ning krooniliste haiguste kujunemist. Meditsiinil on siin rohkelt kasutamata võimalusi, et inimesi informeerida ja nende teadlikkust tõsta.

Olen ka tähele pannud, et meditsiinis tervikuna pannakse väga vähe rõhku patsiendi pere ja lähedaste toetusele. Haiguste ennetustöö ja paranemisprotsessi

oluline osa on ka see, et patsiendi pereliikmed oleks hästi informeeritud oma haige pereliikme tervislikust seisundist ja ravi iseärasustest. Siis on nende abi talle palju tõhusam ja ka raviefekt on kergemini saavutatav ja see püsib kauem, vähem on vaja meditsiinilist sekkumist. Tänu sellele on siis ka vähem kroonilisi haigeid.

Inimesed, kes on teadlikud oma stressist, selle kahjulikust mõjust tervisele, oma vajadustest ja rahulolematusest, haigestuvad oluliselt vähem. Neil on suuremad võimalused midagi ette võtta, et stressi vähendada ja seeläbi ka oma tervist parandada. Rohkem haigestuvad need inimesed, kes oma stressist ning rahulolematusest teadlikud pole. Rahulolematust surutakse tihti kuhugi alateadvusse, lepatakse asjadega, millel tegelikult poleks põhjust leppida. Samuti ei osata ära tunda stressi tunnuseid - tihti aetakse need segamini haiguse tunnustega, st ei ole selge, kus lõpeb stressist ja algab haigusest põhjustatud ebamugavustunne (valud, väsimus jms). Sageli alahinnatakse ka stressist põhjustatud pikaajaliste vaevuste kahjulikku mõju tervisele. Missugused organsüsteemis pikaajalise kahjustava stressi toel häire just tekib, on juba igal inimesel individuaalne, seotud muude teguritega (pärilikkus jne).

Samas, kui inimene ka on teadlik oma stressist, kuid ei oska olukorra parandamiseks midagi ette võtta, on sellest siiski vähe abi. Peale kirjeldatud mehhanismi teadvustamise on vaja tunda ka stressiga toimetuleku mooduseid ning osata oma eluprobleeme efektiivselt lahendada, et enam mitte haigestuda või kiiremini terveks saada. Väga suur osa stressitekitavatest eluprobleemidest pärineb meie patsientidel häiritud ja kahjustunud peresuhtetest.

#### Pereteraapia

on üheks võimaluseks, kuidas arst saab oma patsiente teavitada tervist kahjustavatest teguritest, analüüsida ja arutada



Kiira Järv.

neid nii patsiendi kui ka tema pereliikmetega. Kui patsiendi suhted oma pereliikmetega on lähedastega on korras, siis aitab see suurel määral ka haigusi püsivalt ennetada.

Pereteraapiat rakendatakse arenenud maailmas juba üle 50 aasta; eriti suurt edu on saavutatud psühhiaatriliste ja psühhosomaatiliste haiguste ravimisel nii täiskasvanutel kui ka lastel. Eestis lõpetasid esimesed spetsialistid pereteraapiaalase koolituse 1994. aastal. Praegu on Eestis 26 Eesti Pereteraapia Ühingu poolt sertifitseeritud pereterapeuti. Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinikus ning Tallinnas Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinikus on pereteraapia haiguste ravimisel kasutusel alates 1996. aastast. Kliinikumis töötab käesoleval hetkel 6 vastava ettevalmistuse saanud pereterapeuti.

#### Pereteraapia tähtsaimaks komponendiks on terapeudi regulaarselt toimuvad vestlused patsiendi ja tema pereliikmetega, mille eesmärgiks on:

- aidata pereliikmetel paremini aru saada patsiendi haigusest ja ravi iseärasustest;
- toetada peret ühe pereliikme haigestumisega seotud probleemide lahendamisel;
- aidata välja selgitada ja lahendada pingeolukordi peresuhtetes, mis võivad patsiendi tervisele kahjustavalt mõjuda;
- aidata pereliikmetel üksteist paremini mõista ja suhelda nii, et kõikidel pereliikmetel oleks vähem pingeid ja probleeme.

Pereteraapia toimub regulaarsete (1 kord nädalas kuni 1 kord kuus) vestlustena pereterapeudi juhendamisel patsiendi ja tema lähedaste vahel. Võimalusel osaleb vestluses ka patsiendi raviarst. Üks raviseanss kestab keskmiselt 1,5 tundi. Ravi võib kesta 3 kuust kuni ühe aastani; see algab juba patsiendi haiglasviibimise ajal ning kestab edasi ambulatoorselt.

Pereteraapiat võivad saada ka ambulatoorselt arsti poole pöördunud haiged.

Patsiendi pereteraapiasse suunamise otsustab tema ravimeeskond koostöös pereterapeutiga, arvesse võetakse muidugi ka patsiendi ja tema pereliikmete soove.

#### Maailmapraktika ja uurimistulemused on näidanud, et pereteraapia rakendamine lisaks ravimite kasutamisele jm raviviisidele annab järgmisi tulemusi:

- pikenevad haigushoogude vahelised perioodid;
- ravimeid on võimalik kasutada vähem ja väiksemates annustes;
- suureneb patsientide stressitaluvus ja eluga toimetulekuvõime, paraneb elukvaliteet;
- paljud patsiendid ei vaja edaspidi pikema aja jooksul ei haiglaravi ega ravimeid.

Meie aastatepikkune kogemus pereteraapia rakendamisel psühhiaatriakliinikus, eriti esmaste psühhoside ravis, kinnitab sama. Patsiendid paranevad kiiremini ja raviefekt on püsiv, kuna teraapia käigus vähenevad oluliselt keerulistest peresuhtetest tingitud pinged, pereliikmed oskavad üksteist paremini mõista ja toetada. Seega on neile kõigile loodud eeldused olla tõeliselt rõõmsad ja energilised looja oma maailmas.

Niisiis võib pereteraapia laialdast rakendamist tervishoiu käsitleda kui olulist ravikulude kokkuhoiuallikat. Mujal maailmas tehtud vastavad arvutused tõestavad veenvalt, et tervikuna on küllaltki tömahuka ja pikaajalise pereteraapia kasutamine ühiskonnale oluliselt odavam kui kinni maksta krooniliste haigete elust ja tööprotsessist väljalangemisest tingitud kahjud ja aastaid kestev ravimine kallite ravimitega. Ökonoomne ja kokkuhoidlik majandamine on ka Eesti tervishoiu kuum päevateema.

**KIIRA JÄRV,**  
psühhiaatriakliiniku kliiniline psühholoog,  
pereterapeut

# Uuendused kliinikumi klienditeeninduses

15. septembril alustas tööd klienditeeninduse teenistuse koosseisu kuuluv etteregistreerimiskeskus. Niisugune keskus on Eesti meditsiinasutustes esimene.

Keskus asub Maarjamõisa polikliinikus Puusepa 1a 0-korruksel. Keskuses töötavad ainult telefonitööga tegelevad klienditeenindajad. Seal saavad abimulatoorsele vastuvõtule registreeruda patsiendid, kes soovivad pöörduda Maarjamõisa polikliinikusse ning naha-, psühhiaatria-, hematoloogia-onkoloogia ja kõrvakliinikusse. Tulevikus lisanduvad ka teised kliinikud.



Kai Ird.

Etteregistreerimiskeskuse telefoninumber on 731 9100, kuus klienditeenindajat vastavad telefonile tööpäeviti kell 8-18 ja püüavad helistajate igale küsimusele vastuse leida. Keskuses töötab ka üks vanemklienditeenindaja, kes suhtleb kliinikute esindajatega, koostab ja avab elektroonilisi vastuvõtuaegade graafikuid ning vastutab osakonna töö tõrgeteta kulgemise eest. Vanemklienditeenindaja Sirje Saagi poole võib pöörduda etteregistreerimist ja vastuvõtuaegade graafikute täitmist puudutavate küsimustega tööpäeviti kell 8-16 telefonil 731 9101.

Varasematel aegadel on sageli kostunud

etteregistreerimise telefoni töö kohta nurinat, probleemiks on olnud ühenduse raske saamine. Praeguseks on ka see probleem lahenenemas. Patsientidelt ja perearstidelt on tulnud positiivset tagasisidet ning on täheldatud olulist muutust paremuse poole.

Etteregistreerimiskeskuse telefonijaam on programmeeritud nii, et numbri 731 9100 ootejärjekorda saab jääda vaid kuni 6 kõnet, s.o sama palju kõnesid kui on klienditeenindajate töökohti. Ootejärjekorda jääb kõne siis, kui hetkel pole ühtegi vaba teenindajat. Kui järjekorra kõik 6 kohta on täis, antakse uutele helistajatele kinnine toon, et nende ooteaeg liiga pikaks ei veniks. Keskuse töö on kõige intensiivsem nädala alguses kell 9-14. 15. septembrist kuni 31. detsembrini vastasid klienditeenindajad 41 417-le kõnele, s.o 185 vastatud kõnet iga töötaja kohta päevas.

Klienditeeninduse teenistuse juhil on võimalus keskuse töö intensiivsust reaaliajaks elektrooniliselt jälgida.

## Muudatused Maarjamõisa polikliiniku registratuuri töös

Et kiirendada patsientide teenindamist veelgi ning ühtlasi täita "Andmekaitse Seadust", oleme üle minemas nn patsientdivabale ambulatoorse kaardi liikumisele.

Enne vastuvõtutuaaja algust saab kabineti õde või eriarst lisaks etteregistreeritud patsientide nimekirjale registratuuri kaasa ka patsientide olemasolevad ambulatoorsed kaardid. Kui patsient saabub vastuvõtule, täpsustab klienditeenindaja registratuuris tema isikuandmeid, kontrollib saatekirja olemasolu, koostab raviteenuse arve päiseosa ning võtab vastu visiitditaasi.

Kui patsient pöördub raviasutusse esmakordselt, annab klienditeenindaja kogu eriarsti vastuvõtule pöördumiseks vajaliku dokumentatsiooni patsiendi kätte.

Ooteaeg registratuurijärjekorras on lühenenud 5-8 minutile. Olenevalt sellest, kas patsient pöördub registratuuri esmakordselt või mitte, saab kindlaks määrata ka teenindusele kuuluva aja. Keskmise teenindusaeg on ligikaudu 0.5-2 minutit.

Teenindamise kiirust ja kvaliteeti parandab oluliselt ka patsientide käitumine. Näiteks võib tuua korduvvisiidi kollase talongi esitamise. Kui patsient on eriarsti

poolt tagasi kutsutud, kuid patsiendil puudub tagasikutse talong, tekitab olukord segadust ja pingeid. Patsientidele peaks juba vastuvõtukabinetis tagasikutse talongi andes selgitama, et see on enne järgmist arstivisiiti vaja registratuuris kindlasti esitada. Korduva tagasikutse talongi esitajalt ei küsita visiitditaasi.

Ka klienditeeninduse teenistuse Raja 31 haruosakonna registratuuri töös on patsientide teenindamine paranenud, kuna teenindusletti lisandus üks töökoht.

Kokkuvõtteks: teenindajate suhtumine patsienti (klienti) väljendub käitumises. Patsient (klient) omakorda langetab oma otsuse meie asutuse kohta just lähtudes teenindusest, kuid kokkuvõtteks kujuneb tema hinnang mitmete komponentide (nähtu, kuuldu ja tajutu) koosmõju tulemusena. Peaaegu kunagi ei tule ette seesuguseid olukordi, kus ei oleks saanud teha paremini.

**KAI IRD,**  
klienditeeninduse teenistuse  
direktor

# Konverents sünnieelsest diagnostikast

Novembris 2003 toimus Maarjamõisa polikliiniku auditooriumis meditsiinigeneetika konverents "Diagnoos enne sündi". Peamiselt naiste- ja perearstidele suunatud konverentsi korraldajaks oli Tartu Ülikooli Kliinikumi ühendlabori meditsiinigeneetika keskus, Tartu Ülikooli Kliinikumi projekti 2003.-2007. aastaks "Pärilike haiguste ennetamine: sünnieelne diagnostika kromosoomihaiguste vältimiseks" eest vastutav asutus. Projektijuht on dr **Mari Sitska** (MD, PhD), meditsiinigeneetika keskuse juhataja.

Konverentsil astusid ettekannetega üles Eesti juhtivad meditsiinigeneetikud, günekoloogid-ultrahelidiagnostikud jt vastava erialaga seotud teadlased.

Konverentsi sissejuhatuses määratles dr Mari Sitska sünnieelse diagnostika (SeD) olulised põhitõed: SeD universaalne eetilise konsensus - SeD peab olema kättesaadav igal perekonnale, kes seda vajab; SeD kasutamine peab põhinema konsulteeritava naise või abielupaari vabal ja informeeritud nõusolekul (informeeritud konsensus). Lõplik otsus raseduse jätkamise või katkestamise suhtes jääb ainult naisele või abielupaarile.

Dr Mari Sitska ettekanne "Pärilike haiguste sünnieelne diagnoosimine Eestis" võttis kokku siiaamaani saavutatu. Pärilike haiguste sünnieelne diagnostika on Eestis võimalik alates 1990. aastast kliinikumi ühendlabori meditsiinigeneetika keskuse ja naistekliiniku koostööna. Diagnostika põhineb otsesel lootematerjali uuringul, matejali kättesaamiseks kasutatakse invasiivseid tehnikaid - amniotsenteesi, koorionibiopsist ja kordotsenteesi. Eestis on 87% uuringuid tehtud Meditsiinigeneetika keskuses ja 13% AS Ferthal'is (erakliinik) 1990. a sügisest kuni 2002. a lõpuni on Eestis tehtud kokku 4980 invasiivset SeD (e sünnieelse diagnostika) protseduuri: 4881 amniotsenteesi, 60 transabdominaalset koorionibiopsiat ja 39 kordotsenteesi. 154 (3%) juhul on leitud kromosoomianomaalia.

Enimkasutatav meetod lootematerjali saamiseks on amniotsentees (97%), loote kromosoomiuuringu kõige sagedasem näidustus on ema vanus (35 ja enam).

Raseduse II trimestri vereseerumi biokeemiliste markerite sõeltestiga (double-test) riskirühma väljaselgitamiseks nooremas vanusegrupis (alla 35a) alustati Tartus ja Tartumaal 1998. a sügisel, alates 2002. aastast tehakse double-testi kogu Eestis. 2002 aastal oli Eestis rasedate hõlmatus testiga keskmiselt 53%.

Sünnieelse skriiningu tulemusel on Down'i sündroomi (SD) esinemissagedus Eestis langenud, mis on saavutatud



Mari Sitska.

peamiselt vanuseriskigrupi arvel. Et SD sagedust veelgi vähendada, on vaja kogu Eestis vereseerumi skriininguga hõlmata tunduvalt rohkem rasedaid ja parandada skriiningu kvaliteeti.

Naistekliiniku direktori dr Aivar Ehrenbergi ettekanne andis ülevaate loote ultraheliskriiningust raseduse II trimestril. Loote väärendite sõeluuring enne sündi annab vanematele võimaluse valida raseduse katkestamise või sünnieelse ravi vahel, suure kuid mitteletaalse väärendite korral võimaldab otsustada sünnitusabi taktika, sünnituse koha ja aja üle. Väärendite varajane avastamine langeb perinataalset suremust ja haigestumust.

Loote ultraheliuuringu tulemuslikkus sõltub uurija kogemusest ja aparatuuri kvaliteedist. Anomaaliade avastamissagedus: kogu maailmas on sünnieelselt avastatud keskmiselt 44,35% (24-76% erinevates maades). Kõige sagedamini on avastatavad neuuraaltoru kaasasündinud anomaaliad (62-97%), kõige vähem südame ja seedetrakti teatud patoloogiad.

Dr Karin Asser radioloogiateenistusest käsitles ultraheliskriiningut raseduse I trimestril. Oma ettekandes tõi ta muuhulgas esile, et I trimestri ultraheliuuringul on väga hea negatiivne ennustav väärtus; normaalne ultrahelileid annab kindlustunde

raseduse jätkamiseks, samuti saab selle abil paremini ja varem diagnoosida kromosoomihaigusi. Lisaks on I trimestri ultraheliuuring oluline ka mitmikraseduste korral ning aitab täpsustada raseduse suurust enne vereseerumi uuringut.

Meditsiinigeneetika keskuse geneetik-konsultant dr Tiia Reimand andis ülevaate rasedate II trimestri sõeluuringust Eestis. Sõeluuringu eesmärgiks on vereseerumi biokeemiliste markerite sõeltesti abil välja selgitada riskirühm kõikide sünnitajate hulgas, kellel on kõrge risk sünnitada päriliku haiguse (esmajooned Down'i sündroomiga) või kaasasündinud väärendiga last. Riskirühma rasedatele pakutakse edasisi põhjalikumaid uuringuid: loote kromosoomianalüüs, korduv ultraheliuuring jms.

Sõeluuringuga alustati Eestis 1998. aasta augustist Tartus ja Tartumaal, 2000. aastal Lõuna-Eestis ja Pärnumaal, 2001. a Tallinnas, 2002. a Lääne-Eestis ja saartel.

## Nõuded laborile, mis tegeleb rasedate sõeluuringuga:

1. labor peab tegema aastas vähemalt 1000 raseda sõeluuringu analüüsi. See on oluline oma laborisestest mediaanide väljatöötamiseks ja tööhoidmiseks;
2. labor peab olema võimeline määrama vähemalt kahte markerit;
3. labor peab kasutama riski hindamiseks arvutitarkvaraprogrammi;
4. labor peab moodustama osa süsteemist, kuhu kuulub geneetiline konsultatsioon koos tsütogeneetika laboratooriumiga;
5. laboris peab olema isik, kes vastutab testi tulemuste interpreteerimise ja õigeaegse edastamise eest. Oluline on, et rase peab 14 päeva jooksul olema testi positiivsest tulemusest (kõrgenenud riskist) informeeritud ja edasi saadetud.

Laboratooriumid Eestis, kus tehakse rasedate sõeltesti: TÜ Kliinikumi ühendlabori meditsiinigeneetika keskuses alates 1998, HTI laboratooriumis alates 2001.

jaanuarist ning Lääne-Tallinna Keskaigla laboris 2001. aasta septembrist.

**Tulemused:** 1998.-2003. a augustini oli Eestis kokku tehtud 20 939 vereseerumi testi. 2002. a oli alla 35 aastaste rasedate hõlmatus sõeltestiga keskmiselt 53%. Eesti erinevates piirkondades on hõlmatus testiga väga erinev.

Positiivne testitulemus Down'i sündroomi (DS) suhtes on olnud 1028 juhul. Amniotsenteesi ja loote kromosoomiuuringu näidustuseks oli see olnud 707 juhul (s.o 5,3% skriinituist). Loote kromosoomianomaalia leiti neist 11 juhul (1:64). DS-ga oli tegemist 6 juhul, mis moodustab ainult 11% nooremas vanusegrupis sel perioodil sünnieelselt diagnoositud DS juhtudest.

Oma ettekande kokkuvõtteks leidis dr Reimand, et seerumskriiningu tulemustega Eestis Down'i sündroomi (DS) avastamise osas praegu veel rahule jääda ei saa. Selle peapõhjuseks on, et skriiningut on Eestis siiani veel liialt vähe aega tehtud - kogu Eestis alles alates 2002. aastast. Töö tulemuslikkuse tõstmiseks oleks vaja oluliselt parandada koostööd kõikide testi teostavate laboratooriumide ning geneetikute vahel.

Sünnieelse diagnostika eetilisi aspkte käsitles Tartu Ülikooli filosoofiteaduskonna doktorant Kadri Simm. Tema ettekanne käsitles sünnieelse diagnostikaga seotud moraalilise ja eetikaprobleeme, patsientide nõustamist ning abordiküsimust, samuti seda, kuidas tõsiselt väärendut defineerida. Lisaks eelpooltoodule vaatles Kadri Simm oma ettekandes abordiprobleemi elu pühaduse ja elu kvaliteedi argumentide valguses ning tegi ülevaate puuetega inimeste positsioonidest sünnieelse diagnostika suhtes.

Meditsiinigeneetika keskuse tsütogeneetikute Piret Ilissoni ja Pille Tammuri ettekanne tutvustas sünnieelse diagnostika üht võimalikku uut meetodit - interfaasi fluorestsentsi *in situ* hübriidisatsiooni (FISH) kultiveerimata amnionirakkudel,

Järg lk 4

## Algus lk 3

mis annab võimaluse juba 48 tundi pärast lootevee võtmist avastada loote sagedasemaid kromosoomihaigusi. FISH-analüüsi on meditsiinigeneetika keskuses tehtud alates 2000. aasta sügisest kõrgriski rasedatele. Ühtekokku on tehtud 120 interfaasi FISH-analüüsi. Kromosoomianomaalia on avastatud 8 juhul. Siinkohal tuleb rõhutada, et interfaasi FISH-uuringut võib kasutada üksnes koos klassikalise tsütogeneetilise analüüsiga, sest FISH-analüüs annab informatsiooni ainult üksikute kromosoomide arvu kohta loote rakkudes. Seetõttu võiks interfaasi FISH-analüüsi käsitleda siiski kui skriiningmeetodit.

Nõmme Erahaiгла Lastetuse ravi ja Meditsiinigeneetika Keskuse juhataja dr **Andres Salumets** käsitles oma ettekandes embrüote selektsiooni uut võimalust - embrüodiagnostikat. Viljatuse ravi tulemuslikkus on viimase kahekümne aasta jooksul oluliselt paranenud, kuid kahjuks õnnestub IVF-protseduur siiski ainult ca 30% patsientidest. Ebaõnnestumised võivad olla tingitud embrüote selektsiooni puudulikkusest. Traditsiooniliselt on embrüote selektsioon põhinenud mikrokoopilisel evaluatsioonil, kuid tulevikus omab kindlasti suuremat tähtsust embrüodiagnostika. Embrüodiagnostika kasutamisel siiratakse emakasse kromosomaalselt normaalseid embrüoid, mis

parandab oluliselt viljatuse ravi kvaliteeti. Meditsiinigeneetika keskuse geneetikakonsultant dr **Katrin Õunapi** ettekande teemaks oli "Pärlilike haiguste täpne geneetiline diagnoos - kas teaduslik huvi või praktiline vajadus?" Ettekandes käsitleti konkreetsete näidete varal pärlilike haiguste diagnostikat ja näidati et väga sageli on tee õige diagnoosini pikk ja keeruline. Õige diagnoosini jõudmine on aga äärmiselt oluline, et anda prognoos patsiendile ja vanematele järgmiste laste jaoks. Seega pole õige diagnoos mitte üksnes teaduslik huvi, vaid on tõeliselt praktiline vajadus.

**Liina Kiho** Põhja-Eesti Regionaalhaigla patoloogiakeskusest valgustas patoloogi

rolli düsmorfsete sündroomide diagnostikas. Ta kirjeldas erinevaid loote postmortalise uurimise meetodeid, nagu klassikaline lahaj ja mitteinvasiivne "lahang", samuti nende erinevaid aspekte, eesmäärke, komponente, piiranguid jne. Kokkuvõtteks leidis ettekandja, et iga loode on unikaalne ja vajab morfoloogilist uurimist ka selge kliinilise diagnoosi olemasolu; morfoloogia on tõendus põhise meditsiini alus; koematejali tuleks koguda ka hilisemateks lisauuringuteks.

**MARI SITSKA  
RIINA KUIK**

# Täienduskonverents

## "Kliinik 2004"

02.02.2004 - 05.02.2004, Tartu



### 2. veebruar

- 11.00-11.05 Konverentsi avamine.**  
Arstiteaduskonna dekaan prof **Toomas Asser**
- 11.10-13.00 "ARSTIDE JA TERVISHOIJU-TÖÖTAJATE ARV NING KOOLITUSTELLIMUS"**  
Juhataja: prof **Raul-Allan Kiivet**
- Külvar Mand**, sotsiaalministeerium, abiminister  
**Andres Kork**, Eesti Arstide Liit, president  
**Mart Einasto**, Tartu Ülikooli Kliinikum, juhatusel liige  
**Toomas Asser**, TÜ arstiteaduskond, dekaan  
**Raul-Allan Kiivet**, TÜ tervishoiukorralduse professor
- 13.00-13.20 Teadmised arstini Kliinikumi e-ramatukogu kaudu. **Keiu Saarniit**

### 13.20-14.20 Lõuna

- 14.20-17.10 "RADIOLOOGIA"**  
Juhataja: med dr **Pilvi Ilves**
- 14.20-14.35 MRT uuringu võimalused neurovaskulaarse kompressiooni diagnoosimisel. **Viive Tolpats**
- 14.35-14.50 MR angiograafia - alternatiiv DSA-le? **Meelis Leht**
- 14.50-15.05 Uued võimalused radioloogias: KT-angiograafia. **Vello Sögel**
- 15.05-15.20 KT juhitud transtorakaalne biopsia. **Vahur Makke**

### 15.20-16.00 Kohvipaus

- 16.00-16.15 Dopplersonograafia kasutamine lastel organite vereringehäirete diagnoosimisel. **Pilvi Ilves, Mare Lintrop**
- 16.15-16.25 Raadiosageduslik ablatsioon menetlusradioloogias. **Valeri Tiganik**
- 16.25-16.40 Rinnavähi mammograafilise sõeluuring Eestis. Esimesed tulemused. **Sulev Ulp**
- 16.40-16.50 Vahimeeslümfiõlme meetodika rinnanäärme vähi korral. **Kai Ulst**
- 16.50-17.10 Keemia ja kiiritusravi roll G III/IV glioomide ravis Tartu Ülikooli Kliinikumis 1995 - 2000. **Aadu Simisker**

### 3. veebruar

- 8.30-10.30 "AKTUAALSET LIHAS-SKELETISÜSTEEMI VIGASTUSTE JA HAIGUSTE KÄSITLUSES"**  
Juhataja: prof **Tiit Haviko**
- 08.30-08.50 Randmeliigese piirkonna vigastused. **Aleks Lenzner**
- 08.50-09.10 Põlvevalu - põhjused, ravitaktika. **Aalo Eller**
- 09.10-09.30 Laste seljavalu: diagnostiline lähenemisviis. **Karin Veske**
- 09.30-09.50 Aktuaalne ortopeediline liigespatoloogia lastel. **Ragnar Lõivukene**
- 09.50-10.10 Tagapöia valu - diagnostika ja ravi. **Aivar Pintsaar**

- 10.10-10.30 Labajala koormusjaotuse analüüs. **Rein Kuik**

### 10.30-11.00 Kohvipaus

- 11.00-13.00 "AKTUAALSET PULMONOLOOGIAST"**  
Juhataja: dots **Alan Altraja**
- 11.00-11.30 Obstruktiivne uniapnoe - hüpopnoe sündroom (OSAS). **Rain Jõgi**
- 11.30-12.00 Idiopaatilised interstiitsiaalsed pneumooniad (IIP) - jaotus, diagnostika ja perspektiivid. **Alan Altraja**
- 12.00-13.00 Kasuistilised haigusjuhud:  
a) mesenhümaal - tsüstiline hamartoom;  
b) perekondlik pulmonaalne kapillaarne hemangiomaatoos;  
c) lümfangioleiomiomaatoos. **Alan Altraja**

### 13.00-14.00 Lõuna

- 14.00-16.00 "PSÜHHIAATRIA"**  
Juhataja: prof **Veiko Vasar**
- 14.00-14.20 Depressiivsete häirete ravi probleeme. **Veiko Vasar**
- 14.20-14.40 Psüühikahäirete neurobioloogilised alused. **Eduard Maron**
- 14.40-15.00 Kroonilise valu psühholoogilised aspektid. **Kersti Luuk**
- 15.00-15.20 Söömishäirete ravi probleeme. **Anu Järv**
- 15.20-15.40 Paanikahäire ravi. **Innar Tõru**
- 15.40-16.00 Eelsoodumus ärevushäireteks lastel. **Jüri Liivamägi**

### 16.00-16.30 Kohvipaus

- 16.30-17.00 Laste ja täiskasvanute ortodontilise ravi kaasaegsed võimalused. **Triin Jagomägi**
- 17.00-17.30 Hooldusravi sisulistest probleemidest. **Helle Mäeltsemees, Viktor Vassiljev**

### 4. veebruar

- 08.30-11.00 "NEUROLOOGIA"**  
Juhataja: prof **Toomas Asser**
- 08.30-09.00 Ajuarterite aneurüsmide ravi: kirurgiline või endovaskulaarne meetod. **Toomas Asser, Sulev Margus**
- 09.00-09.20 Neuroendoskoopia. **Simmo Savisaar**
- 09.20-09.40 Spinaalkanal väline nimmekanalidiskid prolaps. **Jaan Eelmäe**
- 09.40-10.10 Video-EEG võimalused epilepsia diagnoosimisel. **Andre Õun**
- 10.10-10.40 Patsiendi probleemid neuroloogi käsitluses. **Sulev Haldre**
- 10.40-11.00 Haigusjuht: kahepoolsete talaamilliste infarktidega patsient. **Siiri-Merike Lüüs**
- 11.00-11.30 Kohvipaus**
- 11.30-12.40 "KIRURGILINE SESSIOON I"**  
Juhataja: dots **Andres Pulges**

- 11.30-11.45 Ekstrakraniaalsete ajuarterite kahjustus. **Toomas Ellervee, Heli Järve**
- 11.45-12.00 Mitteväikerakk-kopsuvähi kirurgiline ravi. **Tanel Laisaar, Tõnu Vooder**
- 12.00-12.10 Intratorakaalsed hulgeneurofibroomid neurofibroma toosi perekonnaanamneesiga patsiendil. **Tanel Laisaar**
- 12.10-12.25 Söögitoru perforatsioonide kirurgiline ravi. **Tõnu Vooder, Tanel Laisaar, Boriss Malikov**
- 12.25-12.40 Täiskasvanute kardiokirurgilise ravi võimalused. **Mati Ress**

### 12.40-13.30 Lõuna

- 13.30-15.30 "KIRURGILINE SESSIOON II"**  
Juhataja: prof **Ants Peetsalu**
- 13.30-13.50 Tc-MIBI stsintigraafia ja intraoperatiivne gamma-anduri kasutamine kõrvalkilpnäärme adenoomi kordusoperatsioonidel. **Rein Rander**
- 13.50-14.10 Vaagnapõhja prolapsi laparoskopiline ravi regionaalhaiglas. **Peep Baum**
- 14.10-14.30 Kusepõiesfinkteri proteesimine täieliku uriinipidamatus korral. Võimalused Eestis. **Ülo Zirel**
- 14.30-15.00 Plastika- rekonstruktiivkirurgia võimalused. **Ilmar Amjärv, Vahur Grünthal**
- 15.00-15.30 Rinna rekonstruktsioon. **Ilmar Amjärv**

### 15.30-16.00 Kohvipaus

- 16.00-17.20 "PATOANATOOMILINE SESSIOON"**  
Juhataja: Dr **Andres Kulla**
- 16.00-16.20 Tuberoosne sklerroos, 2 patoanatomilist lahangujuhtu. **Meeli Sirotkina, Triin Erm, Fred Kirss**
- 16.20-16.40 Neerutrantsplantaadi äratõuke-reaktsiooni diagnostika. **Zhivile Riispere, Mai Ots**
- 16.40-17.00 Lümfoproliferatiivsete protsesside molekulaarne diagnostika. **Tambet Teesalu, Andres Kulla**
- 17.00-17.20 Kliinikumi teaduskoepanga tegevusest. **Andres Kulla, Retlav Roosipuu**

### 5. veebruar

- 08.30-10.50 "HEMATOLOOGIA-ONKOLOOGIA"**  
Juhataja: prof **Hele Everaus**
- 08.30-08.50 Soliidtuumorite kaasaegne medikamentöosne ravi. **Peeter Padrik**
- 08.50-09.10 Munasarjavähi kaasaegne ravitaktika. **Inga Vaasna**
- 09.10-09.30 Vulva prekantseroosid ja vulva vähk. **Arno Uppin**
- 09.30-09.50 Pärasoolevähi kaasaegne ravitaktika. **Rait Labotkin**
- 09.50-10.10 Peritoneaalselt levinud kasvaja ravi. **Andrus Arak**
- 10.10-10.30 Maliigsete melanoomide kaasaegne ravi. **Jaan Soplepmann**
- 10.30-10.50 Vereloomu kasvaja kaasaegsed ravivõimalused. **Hele Everaus**
- 10.50-11.30 Kohvipaus**
- 11.30-14.00 "HUVITAVAD HAIGUSJUHTE"**  
Juhataja: prof **Vallo Tillmann**
- 11.30-11.45 Perekondlik Silver-Russelli sündroom. **Marja-Liis Mägi, Katrin Õunap**
- 11.45-12.00 Ajuinfarkt vastsündinul. **Heili Varendi, Imbi Eelmäe**

- 12.00-12.15 Kaasasündinud supraventrikulaarne paroksüsmaalne tahhükardia 1, 5a lapsel. **Silvia Virro**
- 12.15-12.30 Hüppoglukeemia kui idiopaatilise kasvuhormooni puudulikkuse avaldus lapseas. **Kaire Heilman**
- 12.30-12.45 Septo-optiline düsplasia 6a poisil. **Anneli Kolk**
- 12.45-13.00 Krooniline intestinaalne pseudoobstruktsiooni sündroom imikueas. **Tiina Rägo**
- 13.00-13.15 Vaheaeg**
- 13.15-13.30 Kaposi sarkoom. **Maire Karelson, Ene Pärna**
- 13.30-13.45 Karotiid-kavernoosne fistul silmarsti pilgu läbi. **Riina Pulges, Maris Oll**
- 13.45-14.00 Enneaegne sünnitus emakavälisest rasedusest. **Fred Kirss, Aasa Gontmacher**

### 14.00-14.30 Kohvipaus

- 14.30-16.00 "ENDOTEELI KESKNE ROLL SÜDAME- JA VERESOONKONNA HAIGUSTE KAASAEGSES KÄSITLUSES"**  
Juhatajad: prof **Mihkel Zilmer, prof Rein Teesalu, dots Andres Pulges**
- 14.30-14.40 Sissejuhatus: Endoteeli düsfunktsioon kui südame- ja veresoontkonna haiguste patogeneesi võtmeorgan. **Rein Teesalu**
- 14.40-14.45 Funktsioneerivad veresooned ja endoteeli osa selles. **Andres Pulges**
- 14.45-15.00 Ülevaade endoteeli uurimisvõimalustest Tartu Ülikoolis. **Jaak Kals**
- 15.00-15.15 Subkliinilise kroonilise põletiku tähtsus arterite jäikuse, endoteeli kahjustuse ja südame- ja veresoontkonna haiguste riski hindamisel. **Priit Kampus**
- 15.15-15.30 Homotsüsteiin kui südame- ja veresoontkonna haiguste riskifaktor. **Piibe Muda**
- 15.30-15.45 Unearterite seina paksuse hindamine - võimalus avastada varajast ateroskleroosi. **Tiina Ristimäe**
- 15.45-16.00 Kokkuvõte. **Mihkel Zilmer**

**Konverentsi toimumiskoht:** SA TÜ Kliinikum, Maarjamõisa Haigla A. Linkbergi nim auditoorium, Puusepa 8, Tartu.  
**Osavõtumaks:** 400 EEK (ettekannete esitajatele ja istungite juhatajatele tasuta).  
**Täienduspunktid:** konverentsist osavõtt - 30 täienduspunkti, ettekande esitaja - 30 täienduspunkti.  
Konverentsi ajal toimub ravimite ja meditsiinitehnika näitus.  
**Informatsioon:** TÜ arstiteaduskonna täienduskeskus, Puusepa 8, 51014 Tartu, telefon: (07) 318 109

## Kliinikumi Leht

**TOIMETUSE KONTAKTANDMED:**  
TEL 056 643 808, (07) 319 423,  
E-POST riina.kuik@kliinikum.ee  
**TOIMETAJA:** RIINA KUIK

KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS  
KUJUNDUS: K30  
TRÜKK: LAKRITO TRÜKIARV 1500 EKS.

ISSN 1736-1222