

Kliinikum Leht

S I S E L E H T nr 73 Märts 2005



- Uus ravimiuuringute kord
- Kunstlik viljastamine naistekliinikus
- Söömishäirete keskus



Foto: Jaak Nilson

Emeriit-professor dr Karl Kulli juubeli tähistamine TÜ Ajaloo Muuseumis.

Karl Kull - 75

3. märtsil tähistas oma 75. juubelit Eesti kirurgia suurkujusid, legendaarne onkoloog emeritprofessor Karl Kull. Karl Kull on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna *cum laude* 1955. aastal. Karl Kulli arstikarjäär algas Hiiumaal ja jätkus 1957. aastal Tapa haigla kirurgiaosakonna juhatajana, kus ta juba energiliselt suuremahuliste operatsioonide tegemist alustas. 1962. aastal alustas Kull tööd Tartu linnahaigla kirurgiaosakonnas Toomel. 1965. aastal sai temast vastloodud veresoontekirurgia osakonna juhataja. 1968. aastal kaitses ta meditsiinikandidaadi väitekirja veresoontekirurgia alal ning sai meditsiinikandidaadi kraadi. 1971. aastal sai Karl Kullist Maarjamõisa haigla II kirurgiaosakonna juhataja. Erilist huvi

tundis ta onkoloogiliste lõikuste vastu, tehes enamiku suuremate onkoloogilistest operatsioonidest Maarjamõisa haiglas. 1973. aastal sai Karl Kullist Tartu onkoloogiadispenseri kirurgiaosakonna juhataja. 1975. aastal asus Karl Kull lisaks tööle ka Tartu Ülikooli dotsendi ametikohale. 1992. aastal valiti tänane juubilar Tü radioloogia ja onkoloogia kliiniku kliinilise onkoloogia õppetooli juhatajaks - korraliseks professoriks, alates 1996. aastast on ta emeritprofessor. Praegu töötab ta Tü Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliinikus konsultandina. Prof emer Karl Kull hakkas esimesena Eestis tegema radikaalseid kõhunäärmevähi operatsioone, juurutas esimesena kliinilisse praktikasse mitmeid radikaalseid

operatsioone onkogünekoloogia (näit vaagnaorganite eksenteratsioon) ja onkuroloogia alal (näit radikaalne prostatektoomia eesnäärmevähi puhul, radikaalne tsüstektomia ontinentse reservuaari moodustamisega kusepõievähi puhul). Karl Kull on avaldanud 134 teaduspublikatsiooni, neist välismaa väljaannetes 34. Ta on olnud Tartu Kirurgide Seltsi juhatuse liige, Eesti Onkoloogide Seltsi juhatuse liige, Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni juhatuse liige. Karl Kullile on antud Eesti Punase Risti I klassi orden. Juubilar on Tartu Linna aukodanik (2004).

KLIINIKUMI LEHT

Juubeliintervjuu emeritprofessor dr Karl Kulliga

Meenutage mõnda õnnestunud operatsiooni või õnnelikku päeva arstielus.

Raske on midagi esile tõsta. 1987. aasta paiku tegin ühele naisele operatsiooni, mille käigus eemaldasid vaagnaorganid koos veresoontega ja asendasid need veresoonte proteesidega. Ja see naine, kelle edasisest käekäigust ma midagi ei teadnud, helistas eile (3. märtsil - toim.) ja ütles, et ta on elus ja terve.

Mis on Teie pikaajalise arstitegevuse retsept? Mida soovitate noorele kolleegile?

Pidev töösolek. Samuti pole mul kahjulike harjumusi: ma ei suitseta ega tarbi praktiliselt üldse alkoholi. Kõige olulisemaks pean seda, et ma ei ole end lõdvaks lasknud ega ole lasknud endal puhata. Noorele kolleegile soovitatan seda, et tuleb kõvasti töötada, nii praktilises osas kui õppimise vallas. Kõik, mis kasulik ja progressiivne, see omaks võtta. Vanematelt kolleegidelt tuleb õppida eeskätt just seda, mis on patsientidele kasulik. Tahaksin rõhutada, et mul on väga tublisid noori kolleege.

Kuidas veedate vaba aega, mis on Teie hobid?

Eriti mul vaba aega ei ole. Suurem osa aega kulub haigetega tegelemiseks ja enesetäiendamiseks ning selleks, et olla kursis tänapäeva meditsiini tasemega. Vabal ajal meeldib lugeda ilukirjandust, eriti memuaare. Lemmikuteks on teiste arstide ja eakaaslaste, 20-ndatel aastatel sündinud meeste, memuaarid.

Mis valmistab Teile igapäevast rõõmu?

See, et ma saan töötada.

Mida soovite endale juubeliks?

Ma soovin tervist.

Soovime juubilarile õnne ja tervist kogu kliinikumi-pere poolt!

Emeritprofessor dr **KARL KULLIGA** vestles **ENE SELART**

Torakaalkirurgia kui eriala teke, areng ja hetkeseis

Torakaalkirurgia eriala sellisena, nagu seda kaasajal mõistetakse, hakkas tekkima iseseisva kirurgia haruna 19. sajandi lõpuaastatel.

Rindkerekirurgia tekkis ajajärgul, mis oli valdkonna arenguks vastuoluline, isegi mittesoosiv. Ühelt poolt kammitse arengut tolaeagsete autoriteetide keeld avada rindkereõõnt ning kirurgiliselt käsitleda südant. Teisalt aga eksisteeris vajadus kopsukasvajate ja tuberkuloosi ning teiste rindkereorganite kirurgiliseks raviks. Tõuke torakaalkirurgia intensiivsemaks arenguks andsid Johannes von Mikulicz-Radecki ja Ferdinand Sauerbruchi tööd kopsude kunstliku ventilatsiooni arendamisel ning Karl Landsteineri töö veregruppide avastamisel.

Esimesed, kaasajalgi kasutusel olevad rindkereoperatsioonid tehti 20. saj. algaastatel. 1901. aastal teostati Glücki poolt Berliinis ning Morrisoni poolt Newcastle upon Tyne's esimesed lobektomia mahus kopsuresektioonid. Võib väita, et kopsu-

vähi sageduse tõusuks 1930-ndate aastate esimesel poolel oli torakaalkirurgia oma operatsioonimeetodite arsenalis mõttes enam-vähem valmis. Esimese lobektomia kopsuvähiga patsiendil tegi Harold Brunn 1929. aastal ja esimese pulmonektomia tegi Ewarts Graham 1933. aastal. Töötati välja ka teised torakaalkirurgia põhitehnikad nagu torakoplastika ja ekstrapleuraalne õhkrind.

Viimase aja olulisemad arengud torakaalkirurgias on põhiliselt seotud videotorakoskoopilise kirurgia võidukäiguga ning tänu immuunosupressiivse ravi arengule ka kopsutransplantatsiooniga.

Käesolevaks ajaks on torakaalkirurgiast kujunenud iseseisev meditsiinieriala, mis hõlmab rindkere kirurgiliste haiguste korrektseks diagnoosimiseks ja kirurgilise raviks vajaminevaid teadmisi ja tehnilisi



Foto: Jaak Nilson

Dr Tõnu Vooder.

oskusi. Vastavalt European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2001. aasta oktoobrinumbris avaldatud torakaalkirurgia eriala määratlusele, kuulub üldtorakaalkirurgia valdkonda kogu kardiokirurgiat mitte-hõlmav rindkerekirurgia.

Torakaalkirurgia osakondi on Euroopas kahte tüüpi. Need on spetsialiseeritud osakonnad, mis haaravad näiteks kopsutransplantatsiooni või söögitorukirurgiat ning kus toimub ka õppe-teadustöö; ja standardosakonnad konventsionaalse torakaalkirurgilise abi tagamiseks. Tänapäeva spetsialiseeritud torakaalkirurgia osakonnad Euroopas kuuluvad ülikooli kliinikusse või on seotud ülikooliga koostööprogrammi kaudu. Spetsialiseeritud osakonna aastane operatsioonide hulk

Algus lk 1

peaks olema 300 ± 50 , standardosakonna operatsioonide hulk peab olema 150 ± 50 operatsiooni aastas. Osakonna juht peab olema vähemalt 5 aastase isikliku kogemusega, eelistatavalt teaduskraadiga rindkerekirurg, kes on tunnustatud Euroopa Torakaal- ja Kardiovaskulaarkirurgide Nõukogu poolt. Osakonnad on selgelt määratletud oma eelarve, personali ning institutsionaalsete ressursidega. Keskuse optimaalseks isikkoosseisuks on arvestatud 1 kirurg 150 operatsiooni kohta aastas. Arvestuslik ruumidevajadus on 1 operatsioonituba 300 - 400 operatsiooni kohta aastas. Voodifondiks on 1-3 intensiivravi kohta 300 operatsiooni kohta aastas - sealjuures üks isoleeritav patsiendi koht - ning 6 - 8 tavapalati voodit 100 operatsiooni kohta aastas. Ambulatoorne vastuvõtt

peab toimuma radioloogiliste uuringute võimalusega. Järjest laialdasemalt kasutatakse rutiinuurina positronemisioontomograafiat ning aktiivsemad keskused on juba välistanud torakaalkirurgilise nõuetekohase diagnostika ilma PET uuringu võimaluseta.

Tuleb märkida, et torakaalkirurgia keskus ei toimi vaid operatsioonitoa, voodifondi ja röntgeniaparadi najal. Laitmatuks toimimiseks on vajalikud mitmete siduserialade ning hästivarustatud abikabinettide olemasolu. Loetelu, millesse kuuluvad täistsükkliga patoloogiakeskus, funktsionaalse diagnostika laboratoorium ja endoskoopilise diagnostika keskus, ei ole kaugelki täiuslik vaid esindab pigem minimaalset eriala funktsioneerimiseks vajalikku. Kuigi Tartu Ülikooli Kliinikumi torakaalkirurgia keskus oma tööhulgalt ja ravitavate haiguste spektrilt mahuks kaas-

ajal kehtivate Euroopa standardite järgi lahedasti kõrgema etapi spetsialiseeritud osakondade nimistusse, on siin nii institutsionaalselt kui ka materiaaltehnoloogilise arenguruumi veel piisavalt.

Üldtorakaalkirurgi väljaõppe kogekustub sõltub eelkõige asukohamaa regulatsioonidest kuid eksisteerivad ka kindlad üldnõuded. Väljaõpe peab toimuma tunnustatud ja selleks litsentseeritud osakonnades ning kestma mitte vähem kui kolm aastat. Praktiline kogemus üldkirurgias, veresoontekirurgias ning kardiokirurgias on üldtorakaalkirurgile kohustuslik.

Töö kvaliteedi kontroll on kahtlemata oluline osa torakaalkirurgia keskuse toimimises. Keskuse tasandil salvestatakse kogu torakaalkirurgilise tegevuse kõik aspektid. Hilisem andmete analüüs toimub arvestades kliiniku traditsioone tavalises korras. Andmed spetsiifiliste suremusnäitajatega

operatsioonide kohta, nagu näiteks pulmonektoomiad, lobektoomiad, söögitoru resektsioonid, kopsutransplantaatsioonid jne., saadetakse regulaarselt Euroopa Torakaalkirurgia Andmebaasi.

Kokkuvõtteks võib märkida, et kaasaegne torakaalkirurgia on kiiresti arenev kirurgiline distsipliin, mida iseloomustab lai ravitavate haiguste spekter. Optimaalne toimimine eeldab spetsialiseeritud osakonna olemasolu koos motiveeritud meeskonnaga ja samas aktiivset koöperatsiooni lähedaste erialadega nagu pulmonoloogia, onkoloogia, radioloogia ning anestezioloogia ja intensiivravi.

DR TONU VOODER

40. aastat torakaalkirurgia osakonda Tartus

Tartu Ülikooli Kliinikumi kardiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliiniku vaskulaar- ja torakaalkirurgia osakond tähistab 1. aprillil 40. sünnipäeva.

Nelikümmend aastat tagasi loodi Tartu Kopsukliinikus (tollane Tartu Linna Tuberkuloosidispanser) 60 voodikohaga kopsukirurgia osakond. Osakond avati peamiselt tuberkuloosi kirurgiliseks raviks, järkjärgult lisandusid kopsuvähi kirurgiline ravi ja muud rindkerekirurgia valdkonnad.

Esimesed rindkereoperatsioonid tehti Tartus 20. sajandi algul ilmselt pleuraempüeemi tõttu, siiski peab kaasaegse rindkerekirurgia eelkäijaks lugema tuberkuloosi kirurgiat, mis sai õige hoo sisse alles pärast Teist Maailmasõda. Tartus ja Tartu Maakonnas tegutsevates tuberkuloosisanatooriumides alustati 1945. aastal nn. tuberkuloosi väikekirurgia. Peamiseks operatsiooniks oli torakoskoopia koos kaustikaga. Oluliseks peeti, et patsienti opereeriks teda ka eelnevalt ravinud arst, nii viis enamuse operatsioone tollal läbi ftisiaatrina töötanud dr. Erich Laisaar. Siiski tuberkuloosi suurkirurgia alustamiseks kutsuti appi prof. Ants Rulli, kes tegi 1947. aastal esimesed torakoplastikad sõjajärgses Tartus.

Paralleelselt tuberkuloosi kirurgia hakkas rindkerekirurgia arenema ka Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnades. Esimese teadaoleva lobektoomia Tartus tegi 19. aastasele bronheктаasiatõvega patsiendile prof. Artur Linkberg 12. jaanuaril 1951 Toome haavakliinikus. Edaspidi koondus kopsukirurgia suures osas Maarjamõisa Haiglasse. Opereeriti nii tuberkuloosihäiged kui ka üksikuid kopsuvähiga patsiente. Rindkerekirurgia eestvedajateks 50. aastatel olid prof. Ants Rulli, dr. Harry Raaga ja dr. Rein Purre.

Kasvav kirurgilise ravi maht tuberkuloosihäigetel tingis vajaduse avada eraldi ftisiooskirurgia osakond ka Tartus. Operatsioonide arv Tartu Tuberkuloosidispanseris

statsionaaris (Veski tn) küündis 60. aastate algul juba paarisajani. Iseseisev kopsukirurgia osakond asukohaga Riia mnt 167 loodi Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri ja Tartu Linna Tuberkuloosisanatooriumi ühendamise käigus 1. aprillil 1965. Osakonna juhatajaks sai Maarjamõisa Haigla peaarst dr. Martin Boston, teise kirurgina asus tööle dr. Vootele Laisaar. Peale täiendust Moskvas asuti aktiivselt arendama just tuberkuloosi resektsioonravi. Kasutusele võeti segmentektomia ja lobektoomia.

Üsna pea toimusid ka esimesed kopsuvähi operatsioonid. Rindkerekirurgia tegevusala hakkas tasapisi laienema. Väga oluliseks sündmuseks oli kopsude selektiivse ventilatsiooni kasutusevõtt 1968. aastal, nüüd oli võimalik operatsiooni ajal ventileerida vaid üht kopsu, mis oluliselt hõlbustas kirurgide tööd. 1970. aastatel laiendati oluliselt rindkerekirurgia operatsiooninäidustusi. Tuberkuloosi esinemisagedus hakkas vähenema ja samuti tuberkuloosi kirurgiline ravi. Asemele tuli kopsuvähi kirurgia ja operatsioonid mediastiinumi, diafragmal ja trahheal. Tehti mitmeid diagnostilisi operatsioone kopsu ja mediastiinumi haiguste morfoloogia selgitamiseks. Tööle asusid dr. Evel Liiv osakonnajuhatajana, dr. Boris Malikov ja dr. Matti Kõrge.

1980. aastatel vähendati küll rindkerekirurgia osakonna voodite arvu, kuid samas suurenes jõudsalt operatsioonide arv. Dr. E. Liiv tegi esimese lehterrinda korrigeeriva operatsiooni. 1983. aastal alustati dr. E. Püttseppa eestvedamisel diagnostiliste torakoskoopiatega pleuraõõne haiguste etioloogia selgitamiseks. Osakond kolis vastremonditud ruumidesse, avati kaks operatsioonituba ja intensiivravi osakond. Tööle asus dr. Andrus Arro.

Foto: Jaak Nilson



Dr Tanel Laisaar.

Prof. Karl Kulli eestvedamisel alustati söögitoru vähi kirurgilise raviga.

1990. aastatel lisandusid torakaalkirurgide meeskonda dr. Alari Ilves, dr. Tanel Laisaar, dr. Tõnu Vooder, dr. Sandor Subo ja varem osakonnas töötanud dr. Vootele Laisaar. Dr. Andrus Arro eestvedamisel alustati trahhea resektsioonidega ja kilpnäärme kirurgilise raviga. Suurenes diagnostiliste torakoskoopiate arv. Lisaks torakaalkirurgiale tegeldi aktiivselt söögitoru kirurgia, kopsuhaigetele tehti vajadusel ka üldkirurgilisi ja vaskulaarkirurgilisi operatsioone. Hea koostöö in-

tensiivravi arstidega võimaldas planeerida ja edukalt läbi viia üha keerukamaid operatsioone. Tähtsündmuseks 1995. aastal oli videotorakoskoopilise kirurgia kasutuselevõtt. Suureks abiks oli seejuures väliseestlasest kolleeg prof. Heikki Toomes Stutgardist, kellega aktiivne koostöö on jätkunud siiani.

1. jaanuaril 2000 loodi Tartu Ülikooli Kliinikumi koosseisus Kardiovaskulaar- ja Torakaalkirurgia Kliinik. Peagi suleti iseseisev torakaalkirurgia osakond ja torakaalkirurgiliste haigete raviks anti 7 voodikohta vaskulaarkirurgia osakonna pinnal. Arvestati vaid 200 torakaaloperatsiooniga aastas, muud kõrvalerialad pidid lõppema. Uutes tingimustes keskenduti aktiivselt torakaalkirurgia arendamisele, mis viis kiiresti operatsioonide arvu kahekordistumiseni. Üha enam on hakatud kasutama videotorakoskoopilise kirurgia võimalusi, järjest rohkem ravitakse rindkeretraumaga ja söögitoru patoloogiaga patsiente. Kopsuvähi ravis on tihendatud koostööd onkoloogidega, kirurgilisele ravile on võetud üha enam patsiente keemiaravi järgselt, samuti patsiente kopsu-metastaaside eemaldamiseks.

Torakaalkirurgid peavad tänama oma arengu eest viimastel aastatel ka vaskulaarkirurgide, kes neid lahkesti oma kitsal pinnal rentnikena on talunud. Loode-tavasti saabub peagi aeg, kus Lõuna-Eestis avatakse taas iseseisev torakaalkirurgia osakond, mis võimaldaks vaskulaar- ja torakaalkirurgilistele patsientidele võrdväärseid tingimusi teiste haigete jaoks.

DR TANEL LAISAAR

Uudne meetod - videotorakoskoopiline tümektoomia

Foto: Dr Tanel Laisaare erakogu



Dr Tanel Laisaar koos Soome kolleegidega esimest videotorakoskoopilist tümektoomiat tegemas.

Tartu Ülikooli Kliinikumi torakaalkirurgia osakonnas on kasutusele võetud uudne meetod müasteeniahaigete raviks. Senist nn. lahtist operatsiooni sternotoomia kaudu on nüüd võimalik läbi viia minimaal-invasiivselt - videotorakoskoobi abil.

Varem kasutati müasteenia kirurgiliseks raviks nn. lahtist operatsiooni meetodit - tehti pikk nahalõige rinnaku piirkonda ja läbiti sternum eesmisele mediastiinumi ligipääsuks. Selline operatsioon on patsiendile küllaltki traumaatiline. Patsiendi seisukohast oli kindlasti oluline ka kosmeetiline pool, lahtisel meetodil opereerides jääb ju suurem arm. Praegu kasutusele võetud meetod on patsiendi suhtes tunduvalt säästvam, kosmeetiliselt palju parema tulemusega ja mis eriti oluline

väiksemate tüsistuste, sh haavatüsituste ohuga.

Tänaseks on kliinikumi torakaalkirurgia osakonnas dr Tanel Laisaare poolt läbi viidud kaks videotorakoskoopilist tümektoomiat.

Müasteeniahaigete puhul kirurgiline ravi kõikidel juhtudel ei aita. Seega on võimalik opereerida vaid valitud patsiente. Patsientide valik operatsiooniks peaks käi-

Järg lk 3

Uus kliiniliste ravimiuuringute ja teaduslike uurimuste läbiviimise kord

Käesoleva aasta jaanuaris võeti Tartu Ülikooli Kliinikumis vastu uus kliiniliste ravimiuuringute ja teaduslike uurimuste läbiviimise kord, mille koostas prof Irja Lutsar. Selle korra eesmärk on korraldada kliinikumis läbiviidavaid ravimiuuringuid ja teaduslike uurimusi nii, et oleks tagatud nende nõuetekohane registreerimine ja vastavus seaduste ning kliinikumi põhikirjaga.

Uue ravimiuuringute ja teaduslike uurimuste läbiviimise korra väga oluline aspekt on reguleeriva süsteemi rajamine, mis annaks ülevaate kliinikumis toimuvast. 1. jaanuarist alustas tööd ka vastav andmebaas. Uus kord näeb ette, et kui uurija tahab uurida kasvõi patsientide vererõhku, siis ikkagi on tema uurimus läbi viidud ja registreeritud vastavalt uuele korrale.

Vastuvõetud uus kord näeb ette, et uuringu või uurimuse läbiviija pöördub esmase nõusoleku saamiseks selle allüksuse juhi poole, kus ta kavandab oma uuringut või uurimust läbi viia. Nõusoleku puhul esitab vastava allüksuse juhataja või direktor kliinikumi juhatusetele taotluse, millele juhatus vastab 7 tööpäeva jooksul alates taotluse esitamisest. Juhatusel on õigus ühekordselt küsida täiendavat informatsiooni või teha ettepanekuid. Samuti on juhatusel õigus keelduda uuringu või uurimuse läbiviimisest, kui see on patsientidele ohtlik, vastuolus hea kliinilise praktika nõuetele või ei vasta Kliinikumis kasutusel olevatele ravitavadele. Juhul kui juhatus keeldub, siis annab ta sellest kirjalikult teada allüksuse juhile. Pärast juhatusete nõusoleku saamist tuleb esitada taotlus Tartu Ülikooli või mõnele teisele eetikakomiteele ja vajadusel ka ravimiametile. Kui neil on luba antud, siis sõlmib uuringu või uurimuse sponsor kliinikumiga "Asutuselepingu" ja uurija sponsoriga "Uurijalepingu".

Vahetult enne ravimiuuringu või teadusliku uurimuse alustamist esitab allüksuse juht kliinikumi kantseleisse "Uuringu alustamisest teavitamise vormi". Seejärel on juhatusel veel kolme päeva jooksul õigus uuringut peatada. Juhul kui juhatus ei ole ühtegi teadet edastanud, võib alustada uurimuse läbiviimist. Kõik kliinikumis läbiviidavad uurimused ja uuringud registreeritakse kliinikumi kantseleis "Kliiniliste ravimi- ja teadusuuringute registris". Registreerimata uurimused pole kliinikumis lubatud.

Rahvusvaheliste tavade järgi loetakse uuringu või uurimuse lõpukuupäevaks viimase patsiendi külastamise kuupäeva, mille järel tuleb hiljemalt kolme kuu jooksul täita lõpparuande vorm ning esitada see kliinikumi kantseleisse. Kõik kliinikumi allüksuste juhid peavad aastaaruandes esitama kokkuvõtte, kus on kajastatud eelmisel aastal läbiviidud ravimiuuringuid või teaduslike uurimusi.

Täpsemalt saab kliiniliste ravimiuuringute ja teaduslike uurimuste läbiviimise korraga tutvuda kliinikumi intranetis. Tulevikus on plaanis teha koolitus, kuidas ravimiuuringuid planeerida ning misugustele momentidele uuringute läbiviimisel tuleks erilist tähelepanu pöörata.

Prof IRJA LUTSARIGA vestles ENE SELART



Prof Irja Lutsar.

Foto: Jaak Nilson

Kunstlik viljastamine naistekliinikus

Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus on nüüd võimalik läbi viia kõiki kunstliku viljastamise meetodeid, sealhulgas kehavälis viljastamist (IVF) ehk "katseklaasiviljastamist".

Alates sellest aastast pakub Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik kõiki kunstliku viljastamise valdkonda kuuluvaid teenuseid. Seni tegelesid Eestis kunstliku viljastamisega vaid erakliinik Elite, erakliinik Nova Vita ja Ida-Tallinna Keskhaigla. Elanikkonna arvu kohta on Eestis viljatusravi keskuste suhe samasugune kui Soomes, aga meil on potentsiaalne patsientuur väiksem tänu protseduuride kallidusele. Eestis hüvitab haigekassa osaliselt 3 katset alla 40-aastaselt naisel, lisaks tuleb patsiendil katta kulutused ravimitele ja täiendavatele uuringutele (viimased on naistekliinikus tasuta).

Erinevate hinnangute kohaselt võib Eestis olla 15 000 kuni 20 000 viljatut paari. Keskmiselt sünnib aastas sada katseklaasi-

Foto: Jaak Nilson



Dr Aivar Ehrenberg.

beebit. Eelmisel aastal langes protseduurihind, lisaks on käesolevast aastast juures uus kunstliku viljastamisega tegelev keskus - kõik see töötab viljatusravi tulemusel sündinud laste arvu kasvumist Eestis.

Naistekliiniku arengukavas on juba viimased viis-kuus aastat olnud plaanis hakata lisaks viljatusravi õpetamisele ka teostama kõiki kunstliku viljastamise (sealhulgas kehavälise viljastamise) meetodeid. Seda enam, et esimene kehavälise viljastamine Eestis tehti Tartu Ülikooli naistekliinikus. Tegevusluba kunstliku viljastamise korraldamiseks saadi sotsiaalministeeriumilt 2004. aasta lõpus. Täna on naistekliinikus läbi viidud kaks kehavälise viljastamise ja embrüo siirdamise tsükli ning kümnekond patsienti on ka ootel.

Naistekliinikus toimub ka kunstliku viljastamise meetodite uurimine ja teadustöö. Põhilisteks uurimisvaldkondadeks on embrüote seleksioon ja viljastumist enustavate faktorite kindlaks tegemine. Teadustööd juhivad naistekliiniku juhataja dots Helle Karro, konsultandina kuulub töörühma juurde bioloogiadoktor Andres Salumets.

Täiendavat infot kunstliku viljastamise kohta naistekliinikus saab telefonilt 7319 901 või kirjutades e-posti aadressil naistekliinik@kliinikum.ee

Dr AIVAR EHRENBURGIGA vestles ENE SELART

Algus lk 2

ma neuroloogi ja torakaalkirurgi koostöös. Samuti ei taga tümektoomia saja-protsendilist paranemist, samas aga on see kindlasti üks oluline võimalus teiste ravimeetodite seas.

Kirurgiliselt ja tehniliselt on videotorakoskoopiline tümektoomia väga keeruline operatsioon, kindlalt keerukaim mis siiani torakoskoopiliselt Eestis tehtud. Seetõttu on esimesed operatsioonid teostatud koostöös Soome kolleegidega, kelle juures dr. Tanel Laisaar on ka eelnevalt õppinud. Soomes tehakse aastas umbes 30 videotorakoskoopilist tümektoomiat. Eestis on eeldatav vajadus ca 7-8 operatsiooni aastas.

Dr TANEL LAISAAREGA vestles ENE SELART

Myasthenia gravis on haigus, mis võib alata igas vanuses, mille korral kahjustub müoneuraalne sünapts ning mida iseloomustab fluktuueruvalt kulgev nõrkus. Haiguse tekke põhjuseks on atsetüülkoliini retseptorite vastased antikehad. Eristatakse kaasasündinud ning omandatud haiguse vormi. Omandatud vorm kujuneb autoimmuunsusel põhjusel ning seda esineb sagedamini. Naised ja tütarlapsed haigestuvad sagedamini ning haigestumuse tippvanus on naistel 10 ja 40 aasta vahel, meestel aga 50 ja 70 aasta vahel. Haigestumus omandatud müasteeniasse on 2-10/100 000 elaniku kohta ja levimus 4/100 000 kohta. Eestis on ca. 100 müasteeniahaiget.

Müasteenia diagnoos põhineb suuresi kliinilistel andmetel. Omandatud müasteenial on kas silma- või generaliseerunud vorm. Silmavormi puhul tekib iseloomulik ptoos ja silma väliste lihaste

KOMMENTAAR

Professor TOOMAS ASSER



nõrkus. Generaliseerunud müasteenia korral haaratakse silma-, bulbaarsed ja jäsemete lihased. Diagnoosi kinnitab spetsiifiline elektromüograafiline leid ja atsetüülkoliini-retseptori-vastaste antikehade tiiter seerumis. Ravielmselt on vajalik teha rindkere röntgenoskoopia või KT tümoomi väljalülitamiseks. Müasteenia ravivõimaluste hulka

kuuluvad antikoliinesterassaadid, kortikosteroidid või immunosupressandid, tümektoomia ning plasmaferees. Tümektoomia näidustuse määramisel ei ole ühest seisukohta. Tümektoomia on absoluutselt näidustatud tümoomi esinemise puhul, kuid üldlevinud arusaamade alusel ka enamikul teistel juhtudel. Tümektoomia võib kaasneda haiguse remissioon, eriti kui see on tehtud varajases staadiumis. Patsiendi peaks enne tümektoomiat olema võimalikult hea seisundis mida võib saavutada plasmavahetusega. Kortikosteroidravi soovitatav alustada alles tümektoomia ebaefektiivsuse selgumisel. Ebasoovitav on tümektoomia okulaarse vormi puhul, välja arvatud äärmuslikud juhud. Tümektoomia ja immunosupressiivne ravi on vastunäidustatud ainult silmavormi puhul.

Psühhiaatriakliinikus avatakse söömishäirete keskus

Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinikus avatakse 29. märtsil vastremonditud psühhiaatriaosakond, mille juurde luuakse ka 5-kohaline palatiplokk söömishäiretega patsientidele.

Käesoleva aasta aprillis avatakse psühhiaatriakliinikus söömishäiretega patsientidele 5-kohaline palatiplokk. See on Eestis esimene spetsiaalselt söömishäiretega patsientide jaoks mõeldud institutsioon. Selle juurde on planeeritud luua ka päevakeskus, mis hetkel ootab haigekassa poolset hinna menetlemist ja kinnitust, vastav taotlus on haigekassale juba esitatud.

Kaks aastat tagasi alustas Eesti Psühhiaatriate Seltsi juures tegevust söömishäirete sektsioon, mis ühendab eriala spetsialiste. Täna on psühhiaatriakliiniku töötajad vanemarst-õppejõud Anu Järv, kliiniline psühholoog Kirsti Akkermann ja psühhiaatriaõde Janika Pael koostanud HOPE koolituse raames projekti "3-etapiline integreeritud ravistruktuur söömishäiretega patsientidele", et tõhustada abiandmist söömishäiretega patsientidele.

Söömishäirete puhul on väga oluline mitmeetapiline integreeritud ravi, mis hõlmab statsionaarset, päevastatsionaarset ja ambulatoorset ravi. Patsiendi liikumine



Dr Anu Järv.

erinevate ravietappide vahel toimub vastavalt tema seisundile.

Statsionaarne ravi on vajalik juhul, kui

patsiendil on tõsised meditsiinilised komplikatsioonid: ohtlikult madal kehakaal, kaasuv ainete kuritarvitamine, suitsidaalne või ennastkahjustav käitumine ning kelle häire on kestnud niivõrd pikka aega, et on tekkinud somaatilised ja psüühilised komplikatsioonid. Päevastatsionaarne ravi on mõeldud neile patsientidele, kes ei ole võimelised ambulatoorse ravi käigus oma toitumist reguleerima, kelle häire on kestnud pikemat aega ning kellel on risk somaatilise ja psüühilise seisundi halvendamiseks. Peale 3-4 nädala pikkust ravi päevakeskuses järgneb ambulatoorne ravi ja jälgimine *anorexia nervosa* korral vähemalt 1 aasta ja *bulimia nervosa* korral 4-5 kuud.

Söömishäirete (*anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ning atüüpiliste söömishäirete) esinemissagedus on kasvanud nii Eestis kui kogu maailmas. Tartu Ülikooli Kliinikumi statistika põhjal oli ravile pöördunud isikuid 2000. a. - 19, 2002. a. - 116 ja 2004. a. - 142. Eesti Haigekassa andmetel oli söömishäiretega patsientide arv 2003.

aastal 405, mis on aga ainult jäämäe ülemine osa.

Söömishäiretega inimese probleeme ei tohi alahinnata. Nende seisund on tihti raske ja krooniline ning isegi eluohtlik. Suremus on erinevate uurimuste andmetel 13-20 %, mis on põhjustatud psüühilistest ja kehalistest haigustest. Seetõttu on äärmiselt oluline söömishäire avastamine varases staadiumis ja patsiendi suunamine ravile. Söömishäire tuvastamine on keeruline. Sageli püsivad analüüsid normaalsed veel pikka aega pärast haigestumist. Perearsti poole pöördunud patsient kurdab lihtsalt seedehäirete üle ja küsib lahtisteid. Veel kaevatakse südamehäireid, ärevust ning küsitakse nõu toidulisandite ja antidepressantide kohta. Sellistel juhtumitel tasuks perearstil kindlasti patsiendilt küsida, kuidas on lood söömiseiga.

Dr ANU JÄRVEGA
vestles ENE SELART

HUUMOR

KK (käskkiri) paneb paika ilma ja inimesi

F.1, N. 1-K, SÜ. 3, L. 54

Käskkiri nr 4 2. jaanuar 1949

Vallandan Tartu Linna Haigla vanemmeditsiiniõe T.E. oma töökohalt alates 15. dets. 1948. a.-st. Põhjuseks on vastutustundetu töö ja mitteküllaldane kontroll kesk- ja nooremehitsiini personali üle haiglas, mille tulemusena haiglas esines pedikuloosi.

Alus: Tartu Linna TK Tervishoiuosakonna juhataja kk. Nr 213 16. dets. 1948 a. väljavõte.

Peaarst /allkiri/

F.1, N.1-K, SÜ. 6, L. 28

Käskkiri nr 31 4. juuni 1949

I Š1 Haigete paremaks teenendamiseks taastada arstide õhtused visiidid statsionaaris, määrates ajaks päevakorra kohaselt kella 7:00-st - 8:00ni õhtul. Visiitatsiooni teostada järjekorras dr. E., dr. Š. ja dr. P.

Š Alates 5. VI k.a. statsionaaris puhkepäevadel määratakse valvekord järgmiselt:

1. valvekord haiglas k. 10:00-st kuni 15:00-ni.
2. valvekord haiglas k. 19:00-st kuni 20:00-ni.
3. ülejäänud osa päevast teostatakse valvena kodus.

II Valvekorral haiglas määratakse kõik statsionaari ja polikliiniku arstid järgmises järjekorras: 1. dr. El., 2. dr. Er., 3. dr. Pa., 4. dr. Šu., 5. dr. Ju., 6. dr. Al.

III Valvearstid on vastutavad statsionaari olukorra ja töö eest nende valvekorra ajal; valveõe väljakutsel on nemad kohustatud ilmuma statsionaari igal ajal, kui selleks on tarvidus.

IV Valvearstid teostavad toidu proovimist ühes märkuse kandmisega proovide vihkusse. V Valvearstide väljakutsel teostatakse kas telefoni teel või käskjala kaudu (valvesanitar).

Dispanseri juhataja : /allkiri/

Lugenud: /4 allkirja/

Koostanud
KAI BENNO

Kliinikumi Leht

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

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

ISSN 1736-1222



Lastefondi juhataja Merike Kaunissaare.

Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefondi juhataja Merike Kaunissaare pälvis Eduka Daami tiitli, mida juba viiendat aastat annab välja Tartus tegutsev Ettevõtlike Daamide Assotsiatsioon. Palju õnne!



Vasakult Mariina Tiidor, Anni Irs ja Erle Kaur näitavad Margus Rumbi maali "Salamisi üheskoos".

Väikese Erle ja teiste liigesehaigete laste heategevuskampania

Eelmise aasta 15. novembril algas Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefondi heategevuskampania väikese Erle ja teiste krooniliste raskesti ravile alluvate lapsega liigesepõletikku põdevate laste toetuseks.

Nelja kuuga on lastefondi Erle-kampania käigus kogutud 584 940 krooni. Selle summaga saab rahastada kahe aasta ravi kahele lapsele ja rohkem kui ühe aasta ravi veel ühele lapsele. Igal aastal haigestub Eestis liigesehaigustesse üle saja lapse, kellest 5-7 % vajavad väga kallist ravi, et nende liigesed ei moonduks ning et lapsi ei ootaks suuremaks saades ratas-tool. Lapsi saaks aidata uudne bioloogiline ravim, mis aga on nii kallis, et haigekassa seda ei hüvita.

29. märtsil toimub Tallinnas suur ümarlaud, millest võtavad osa sotsiaalministeeriumi, haigekassa ja erialaseltside esindajad ning kus arutatakse Erle ravi rahastamist. Lootust on, et kui sellise diagnoosiga patsientide ravi Eestis finantseerima hakatakse, siis eeskätt just laste oma.

KLIINIKUMI LEHT

Kunstnikud kinkisid naistekliinikule maale

Tartu kunstnikud kinkisid 28. veebruaril Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikule maale.

Noored Tartu kunstnikud Anni Irs, Erle Kaur, Mariina Tiidor ja Margus Rump andsid naistekliinikule kingitusena üle 36 õlimaali (igalt kunstnikult 9). Pildid pandi ülesse sünnieelse ja sünnijärgse osakonna palatitesse ilmestamiseks haiglaseinu ja loomaks värvidega rõõmsat õhkkonda. Maalide ülesriputamine tekitas rõõmsa elevuse patsientide seas. Maalid on tehtud spetsiaalselt naistekliinikule. Idee kinkida naistekliinikule maale tekkis Anni Irsil ise seal sünnitades. Naistekliinik hakkas ideest rõõmuga kinni. Teemavalik oli vaba, ainus tingimus oli, et maalid peaksid patsientidele jätma hea tunde.

KLIINIKUMI LEHT