

Kliinikumileht

S I S E L E H T nr 76 Juuni 2005

- Kliinikumi konverents
- Kaitstud doktoritöödest
- Aasta õed, ämmaemandad ja laborandid

Kliinikumi preemia laureaat on emeriitprofessor Karl Kull

Kliinikumi preemia laureaadiks valiti tänava onkoloogiprof. emer. Karl Kull. Preemia koos lilledega andis laureaadile üle kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur traditsioonilisel kliinikumi aastakonverentsil.

13. mail toimunud kliinikumi aastakonverentsil anti 2005. aasta kliinikumi preemia emeriitprofessor Karl Kullile. Kui kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur tegi teatavaks tänavuse laureaadi nime, puhkes saalis tormiline aplaus. Selle valjus näitas, et Karl Kull on nimi, mis kommentaare ei vaja.

Legendaarne onkoloogiprof Karl Kull on Tartus töötanud 42 aastat: alguses vere- ja kirurgina ning hiljem onkoloogina. Hiljuti 75. juubelit tähistanud Eesti kirurgia suurkujusid on endiselt arstina tegev töötades kliinikumi hematoloogia-

onkoloogia kliinikus konsultandina. Lisaks sellele teeb ta iga nädal Ida-Viru Keskhaiglas konsultatiivseid vastuvõtte. Prof Karl Kull on oma töökuse, õpimise ja kõrge arstietikaga eeskujuks paljudele noorematele kolleegidele.

Igal aastal tunnustab Tartu Ülikooli Kliinikum teenekaid eesti arste kliinikumi preemiaga, mis antakse üle kliinikumi aastakonverentsil. Vastavalt preemia statuudile pälvivad selle arstid, kes oma silmapaistva tegevusega on andnud olulise panuse Eesti tervishoiu ja ühiskonnaelu arengusse, kes on kaasa aidanud eesti ter-

vishoiu üldisele arengule, selle maine tõstmisele üldsuse silmis ning eesti inimese tervise parandamisele.

Sel aastal anti kliinikumi preemia välja juba kaheksandat korda, eelnevatel aastatel on preemia laureaadiks valitud prof. emer. Arvo Tikk, prof. emer. Endel Tünder, prof. emer. Vello Salupere, prof. emer. Ain-Elmar Kaasik, dr Vello Ilmoja, prof. Toomas Sulling ja prof. emer. Lembit Allikmets.

KLIINIKUMI LEHT



Foto: Jaak Nilson

Emeriitprofessor Karl Kull.

Kliinikumi konverents 2005

13. mail peeti Tartus Atlantise konverentsikeskuses traditsiooniline Tartu Ülikooli Kliinikumi aastapäevakonverents, sel aastal oli teemaks "Kuhu lähed, Eesti haiglaravi". Konverentsil käsitleti erinevatest aspektidest Eesti haiglaravi olukorda.

Foto: Jaak Nilson



Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur.

Konverentsi avasõnad ütles Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur, kes andis üle tänavuse kliinikumi preemia. Preemia laureaadiks nimetati emeriitprofessor Karl Kull, kelle tänukõne pälvis publiku sooja vastuvõtu. Seejärel avaldas Tartu abilinnapea Vladimir Sokman linna poolset toetust konverentsile ja soovis osalejatele häid mõtteid.

Konverentsist osavõtjaid oli seekord kogunenud tublisti üle kaheksaja. Kohale olid saabunud sotsiaalminister Jaak Aab ja abiminister Peeter Laasik, esindajad Riigikogust, ülikoolist, haigekassast, ravimifirmadest, paljudest Eesti haiglastest, meediakanalitest ning kliinikumi töötajad. Konverents koosnes kahest sessioonist. Esimeses pooles keskenduti haiglaravi probleemidele regionaalhaigla, keskhaigla ja üldhaigla tasandil vaadatuna. Teises pooles käsitleti tervishoiuküsimusi üldisemalt ning arutleti võimalike lahenduste üle.

Esimese sessiooni avaettekande tegi kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur. Ettekanne "Quo vadis, ülikoolihaigla?" keskendus kliinikumi viimase viie aasta arengutele, sest saamaks teada, kuhu me läheme, tuleb kõigepealt vaadata, kust me tuleme. Kokkuvõttes prognoosis Urmas Siigur kliinikumi arengus järgmisi tendentse: 1) eriarstiabi tsentraliseerumine jätkub ja süveneb, seda põhjustab kaadriprobleem ja tehnoloogia areng; 2) patsientide surve suurematele haiglastele süveneb, sest kasvab patsiendi teadlikkus; 3) suureneb vältimatu abi ja tuisistunud



Pärnu Haigla juhatuse esimees Urmas Sule.

ravijuhtude osakaal haiglaravi põhjusena; 4) haiglaravi intensiivistub ja aktiivravi kestvus lüheneb. Haigla majanduspoolelt võib prognoosida järgmisi arenguid: 1) eelarve tasakaalus hoidmine muutub järjest keerukamaks "trikiks"; 2) tehnoloogia areng tingib ravikulude kasvu, mis on kiirem kui ühiskonna jõukuse suuremine; 3) palgasurve saab olema jõuline ja lakkamatu; 4) esmajärjekorras on löögi all investeeringud hoonetesse ja tehnilisse infrastruktuuri, seejärel meditsiiniaparatuuri ja lõpuks vahetutesse ravivahenditesse; 5) XXI sajandil ei ole raudvoodi enam tõendus põhine ravivahend. Urmas Siigur tõi riigi tasandil toimuvad tervishoiumuudatused ühise nimetaja alla, milleks on süvenev suhteline rahapuudus. Samas toimub pidevalt ebaefektiivne rahakasutus tervishoiuteenuste eest tasumise ja perearstisüsteemi osas. Lõpetuseks küsis Urmas Siigur uuesti "Quo vadis?" ja vastas sellele küsimusele: "Per asperam ad astra", sest olles Euroopa Liidus tähelepanu all ei saa me arendada teistsugust kui kaasaegset euroopalikku meditsiini. Selleks on kaks varianti, kas läbi sihikindla poliitika või per se (läbi iseene).

Teise ettekande pidas SA Pärnu Haigla juhatuse esimees Urmas Sule, kes analüüsis Pärnu Haigla võimalusi olla efektiivne keskhaigla Eesti tervishoiumaastikul. Kõnes tõi ta esile põhilise tervishoiu ees seisva dilemma: ootuste ja võimaluste ühendamine. Kõik inimesed ootavad, et haigla osutaks arstiabi ja suudaks seda ka kvaliteetselt teha. Ilma lisarahata ja praeguse



Lõuna-Eesti Haigla juhatuse esimees Rein Kermes.

maksubaasi juures hakkab teenuse kättesaadavus aga vähenema ja seda eriti ääremail. Efektiivsuse saavutamiseks tervishoiusüsteemis on vaja stabiilsust ja pikaajalisi otsuseid. Omalt poolt pakkus Urmas Sule selleks välja järgmised võimalused: tervishoiule võiks kulutada 7% SKP-st, patsiendi omaosalus võiks olla 25%, haigekassa eelarves võiks arstiabile mineva raha osakaal olla 75%, tagatud peaks olema personali pidev pealekasv, järjekordade asemel tuleks teenuse maht jaotada vastavalt piirkondadele ja haiglastele ning teenuse omahind peaks olema fikseeritud ja selle järgi peaks olema kokkulepitud ka hinnakujundus. Kokkuvõtteks esitas Urmas Sule küsimuse, et kas see töö, mida täna tehakse, on see, mida ka tulevikus tahetakse teha ja nentis, et edasine on meie endi kätes.

Esimese sessiooni kolmanda ja viimase ettekande pidas AS Lõuna-Eesti Haigla juhatuse esimees Rein Kermes, kes käsitles oma ettekandes eriarstiabi läbi üldhaigla prisma. Rein Kermese ettekandest jäi kõlama arutelu probleemide üle, kas eriarstiabi on Eesti tervishoiusüsteemis ettevõtlus või avalik teenus. Lõuna-Eesti Haigla juht jõudis järelduseni, et edasiminek on kolm võimalust: kas jätkuvalt laveerida kahe poole vahel või siis muuta süsteem kas läbinisti ettevõtluseks või läbinisti avalikuks teenuseks. Sessiooni lõpus võtsid sõna sotsiaalministeeriumi abiminister Peeter Laasik, kes konstanteeris, et viie ametis oldud päeva jooksul on tal tulnud tõdeda, et Eesti Vabariigis ei ole tervis-



Eesti Haigekassa juhatuse liige Arvi Vask.

hoiupoliitikat. Teisena esines Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituudi tervishoiu-ökonomika õppetooli hoidja dotsent Kersti Meesaar, kes tutvustas kuulajaskonnale tervishoiuökonomika põhiprintsiipe.

Konverentsi teise poole avas ettekandega Eesti Haigekassa juhatuse liige Arvi Vask, kes analüüsis haiglaravi arenguid. Ta rõhutas, et nende nelja parameetri järgi, millega hinnatakse haiglaravi efektiivsust, on Eesti Euroopa Liidu keskmisel tasemel. Teiseks tõi Arvi Vask oma kõnes välja haigekassa olulisemad näitajad aastatel 2002-2004. Samuti kõneles ta DRG-st kui maksimisviisist. Kokkuvõttes ütles Arvi Vask, et sama raha eest ei ole võimalik tagada: tervishoiuteenuse hinda, tervishoiuteenuse kvaliteeti ja tervishoiuteenuse kättesaadavust. Võimalused, mis Arvi Vask tänaste probleemide lahendamiseks välja pakkus olid: 1) riskid (sissetulekute vähenemise ja haigusega seotud kulutuste kasv) tuleb lahutada ja juhtida eraldi; 2) riik peab kapitaliinvesteeringuid strateegiliselt juhtima; 3) haiglavõrgu arengukava jaoks tuleks teha eraldi regulatsioonid ja muuta tervishoiuasutuste vahelised piirid selgeks; 4) kaaluda tuleks võimalikke erinevaid finantseerimiskeeme, nagu baasmakset, ujuvat punkti hindu, üleproduktiooni eest tasumist marginaalkuludega, üleproduktiooni fondi moodustamist, jne; 5) suurendada esmas- ja teisejärgulise arstiabi kandevoimet.

Algus lk 1

Tervishoiuameti järelevalveameti osakonna juhataja **Peeter Mardna** keskendus oma ettekandes personalinappusele tervishoiusüsteemis, nentides et lähima 15 aastaga kaotab Eesti arstikond 40% oma tänaasest arvust. Samas on Eesti Euroopas esikohal hambaarstide arvu poolest ühe elaniku kohta ning praegugi on kestmas hambaarstide üleproduktioon. Samuti rääkis Peeter Mardna perearstisüsteemist, mis tema hinnangul ei suuda täita oma kohustusi. Peeter Mardna sõnul on elanikkonnal tekkinud sättumus pöörduda otse eriarsti poole. Ta pakkus ka välja ettepaneku muuta soodusretseptide väljakirjutamise korda, andes perearstile suuremad õigused nende väljastamiseks. Tema ettepanekud haigekassa raha kokkuhoidmiseks olid järgmised: kehtestada kohustuslik tervisekontroll perearsti juures, mis sunniks inimest ise oma tervisele rohkem tähelepanu pöörama; vabastada arst kõikidest toimingutest, mis ei eeldaks arsti kvalifikatsiooni; rakendada lastetudmaksu ja toetada kohalikke arstiabi andmise keskusi, sest kui Eestisse jääks vaid paar keskust, siis muutuks arstiabi üha kallimaks ja selle kättesaadavus üha raskemaks.

Euroopa Parlamendi saadik **Siiri Oviir** ütles oma ettekande "Eesti tervishoiu probleemid ja lahendused" alustuseks, et olukord Eesti tervishoiusüsteemis on



Tervishoiuameti järelevalveameti osakonna juhataja **Peeter Mardna**.

pingestunud ning ilma lahendusi otsimata ei saa enam edasi minna. Statistika poole pealt on Eesti teiste Euroopa Liidu liikmesriikide seas viimaste hulgas oma kulu- tustega tervishoiule *per capita*. Riik peaks üle vaatama need summad, mida ta haigekassale maksab, näiteks vastavalt ravikindlustuse seadusele kindlustatud ajateenijate eest maksab riik vaid 700 krooni aastas, mis on ilmselgelt liiga vähe. Eestis on 180 000 ravikindlustuseta inimest. Kokkuvõtteks leidis Siiri Oviir, et Eestil tuleks põhjalikumalt tutvuda Euroopa Liidu struktuurifondidega ning uurida nende võimalusi rahastamiseks tervishoiusüsteemi. 28. aprillil 2005. aastal võttis Euroopa Parlament vastu resolutsiooni tervishoiu kohta, mille põhimõtted tuleks kaasata Eesti tervishoiupoliitikasse.

Tartu Arstide Liidu eestseisuse liige



Euroopa Parlamendi saadik **Siiri Oviir**.

Annika Reintam esines kõnega "Kes vastutab?" Filosoofilisele sissejuhatausele, mis püüdis defineerida vastutuse mõistet, järgnes kokkuvõtte arsti vastutusest, mis on sätestatud võlaõigusseaduses. Annika Reintam nentis, et aastatega on Eesti patsientide rahulolu arstiabi üha vähenenud ning probleemiks number üks on juurdepääs arstiabile. Inimeste arvates ei seisne küsimus mitte meie tervishoiusüsteemi rahapuuduses, vaid arstide ebakompetentsuses. Ettekande lõpetas Annika Reintam üleskutsega, et mõistlik oleks identifitseerida end ühtse tervishoiusüsteemina ja kollektiivne vastutus võiks tähendada seda, et kõik vastutavad.

Sessiooni lõpus võttis sõna sotsiaalminister **Jaak Aab**, kes lubas võtta kõik Eesti tervishoiusüsteemi edendamise ning täiendavate rahastamisallikate leidmise



Tartu Arstide Liidu eestseisuse liige **Annika Reintam**.

kohta esitatud ettepanekud kaalumisele, koostada neist kokkuvõtte ning tulla sellega avalikkuse ette. Nii oleks kõigil huvigruppidel võimalik otsustamisprotsessis kaasa rääkida.

Konverentsi lõpus nn "vaba mikrofoni" ajal võtsid sõna Eesti Arstide Liidu president ja Riigikogu liige **Andres Kork**, AS Ida-Tallinna Keskhaigla juhataja liige **Ralf Allikvee**, **Peeter Mardna**, emeritprofessor ja kauaaegne kliinikumi lastekliiniku juhataja **Tiina Talvik** ning Viljandi vangla meditsiiniosakonna juhataja-üldarst **Henn Sepp**. Lõppsõnad "Tulge järgmise aasta mais jälle!" lausus Urmas Siigur.

ENE SELART

Rahulolu kliinikumiga II

Kui eelmise kuu lehes analüüsisime patsientide ja partnerite üldist rahulolu ja lojaalsust, siis seekord keskendume küsitluse tulemustele kliinikute ja erinevate rahulolu mõjutavate tegurite lõikes.

Kuidas peaks seadma eesmärgi rahulolu taseme määramisel? Küllap on kõik nõus, et raviautuse eesmärgiks peaks olema ennekõike "väga rahul" olevad patsiendid. "Pigem rahul" olevate patsientidele jäi ju ikkagi midagi ebaameeldivat silma, kuigi nende üldine suhtumine oli positiivne. Muidugi võiks seada eesmärgiks 100%-lise rahulolu, kuid paraku kipub see jääma ebapraktiliselt kättesaadavaks unistuseks.

Ootuspärase taseme määramiseks on rahvusvahelise kliendisuhete analüüsi loojad (TRI*M meetodika) kasutusele võtnud soovituskapitali mõiste. Meetodika aluseks on tähelepanek, et inimesed räägivad alati tunduvalt meelsamini ja innukalt oma ebaameeldivast kogemusest. Erinevad uuringud on näidanud, et meeldivast kogemusest räägitakse 3-5 inimesele, ebaameeldivast 10-13 inimesele. Seeläbi võimendub ebaameeldiv kogemus 3 - 5 korda võrreldes meeldivaga. Soovituskapitaliks nimetatakse positiivse ja negatiivse kogumõju suhet. Seejuures on oluline meeles pidada, et soovituskapital võib olla negatiivne isegi siis, kui rahulolevaid kliente on hulga enam kui rahulolematuid. Näiteks - olukorras, kus rahul on 70% klientidest (patsientidest) ja rahulolematuid 30%, on soovituskapital ikkagi negatiivne (70*3=210 positiivset *versus* 30*10=300 negatiivset kontakti). Niisiis võikski pida esimeseks eesmärgiks positiivset soovituskapitali. Kel see eesmärk täidetud, saab juba kõrgemale sihtida. Heameel on tõdeda, et lähtudes patsientide üldisest hinnangust on kliinikumi soovituskapital positiivne (70*3=210 positiivset kontakti *versus* 11*10=110 negatiivset kontakti).

Rahulolu ja lojaalsushinnangute võrdleva analüüsi tulemustest selgus, et kõige rohkem kasulikult lojaalseid patsiente (väga rahul ja kindlasti valmis vajadusel tagasi tulema) on kardioloogia- ja kõrvakliinikus. Suhteliselt palju kõhklejaid (kahtlevad kas osutatud raviteenustes või oma lojaalsuses) on lastekliinikus ja enim mittelojalseid patsiente (ei ole rahul ega lojaalsed) spordimeditsiini- ja taastusravi kliinikus (meenutame, et selle kliiniku puhul küsitleti ainult statsionaarse hooldusravi patsiente, kes küsitluse ajal paiknesid veel Lina tänava hoones). Detailselt on 2004. a. tulemused kliinikute lõikes kajastatud joonisel.

Võrreldes varasemate aastatega olulist

muutust patsientide hinnangutes toimunud ei ole.

Mõistmaks, millistest teguritest ja kui suures ulatuses patsientide rahulolu sõltub ning milles seisnevad kliinikumis osutatavate raviteenuste plussid ja miinused, kasutasime rahvusvaheliselt tunnustatud kliendisuhete analüüsi maatriksit (ülalviidatud TRI*M meetodika), kus võetakse arvesse kolm erinevat parameetrit: rahulolu konkreetse teguriga, vastanute subjektiivne hinnang teguri olulisusele ja teguri mõju üldisele rahulolule (Spearmani korrelatsioonikoefitsient).

Analüüsi tulemustest ilmnes, et patsiendid hindavad kõrgelt kliinikumi arstide ja õdede usaldusvärsust ning oskuseid ja töötajate viisakust ning üldist suhtumist patsientidesse. Keskpärase hinnangu said patsientide teavitamine (info haigusest, teostatavatest uuringutest ja protseduuridest) ning enamus olmetegureid. Rahul ei olnud raviteenuste kättesaadavuse ja meditsiinitehnoloogia tasemega, samuti infoga, kuidas tulla kodus toime enne haiglaravikorra saabumist ja pärast haiglast lahkumist.

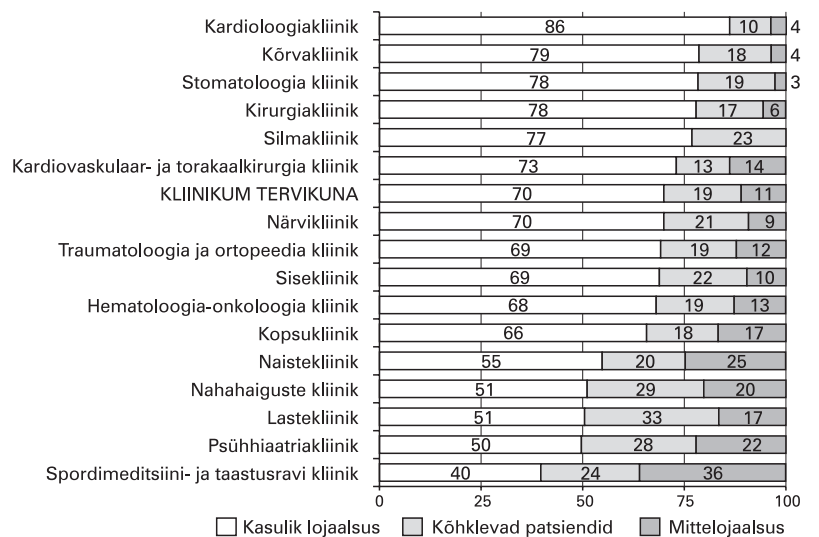
Rõõmustav on, et nende teguritega, mida patsiendid ise hästi olulisteks pidasid, olid nad valdavalt ka rahul. Ainsaks erandiks, mil olulisel teguriga rahul ei olnud, oli haiglaravile pääsemise võimalus. Samas ei mõjuta teenuste kättesaadavus väga oluliselt patsientide üldist hinnangut kliinikumile, sest vastajad mõistavad, et ravijärjekordade pikkus sõltub ennekõike haigekassa rahalistest võimalustest, mitte raviautuse tööst.

Peamiseks valdkonnaks, millega kliinikumis lähiajal väga tõsiselt tegeleda tuleb, on patsientide pühendamata aja ja neile edastatava info suurendamine. Uuringust ilmneb, et patsiendid vajavad oluliselt rohkem mitmekülgset teavet nii oma haiguse, kui teostatavate uuringute ja ravi kohta. Seejuures on hästi suur roll koostööd töötajate ning eriarstidega, tagamaks diagnostika- ja raviprotsessi järjepidevust ning patsientide piisavat informeerimist enne ja/või pärast haiglaravi.

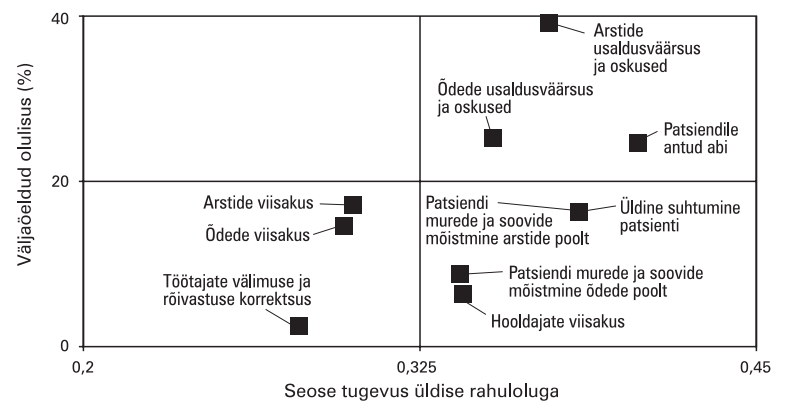
VIRGE PALL
analüüsi-marketingiteenistus
ravikindlustuse koordinaator

MART EINASTO
juhatuse liige

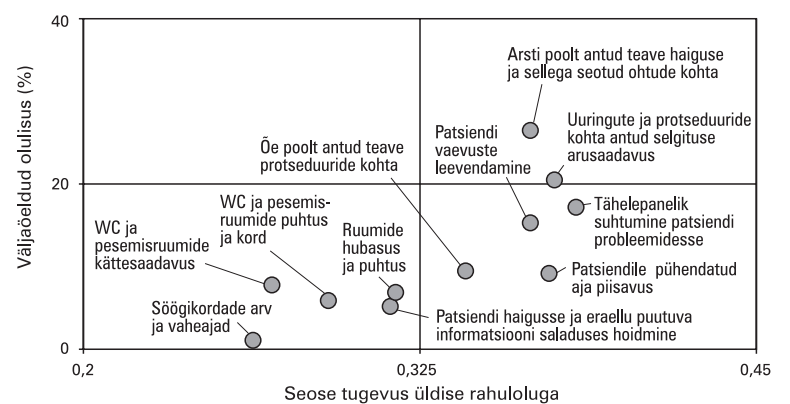
Patsientide rahulolu ja lojaalsus 2004 (%)



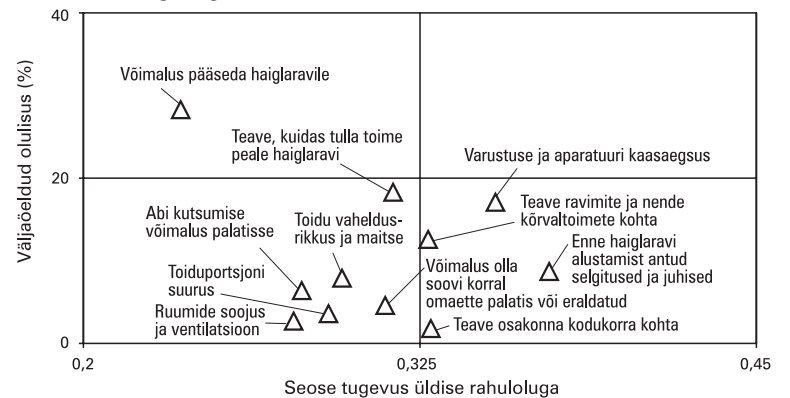
Kõrge rahulolu tasemega tegurid (ülemine kolmandik, üle 72,5% rahul)



Keskmise rahulolu tasemega tegurid (keskmine kolmandik, 72,4 - 58,5% rahul)



Madala rahulolu tasemega tegurid alumine kolmandik, alla 58,3% rahul)



Kaksikute sünnitusviisi uuring naistekliinikus

Naistekliinikus on käimas kaksikute sünnitusviisi uuring. Uuringu koordinaator on Toronto Ülikool ja rahastaja Kanada Tervise Uuringute Instituut. Tegemist on rahvusvahelise uuringuga, millega naistekliinik liitus 2004. aasta juunis.

Statistika järgi on 1-3% rasedustest kaksikrasedused. Esineb ka erinevate maade vahelist erinevust, näiteks Nigeerias on kaksikrasedusi 5,3% ja Jaapanis 0,6%. Seoses kehavälise viljastamise kasutamisega on mitmik- ja ka kaksikraseduste osakaal maailmas viimase kahe aastakümne jooksul tõusnud.

Kaksikrasedus on riskirasedus. Perinataalseid probleeme, nagu enneaegset sünnitust, loote anomaaliaid, üsasisese kasvu häireid, esineb tunduvalt sagedamini. Umbes pooled kaksikutest sünnivadki enneaegsetena. Teatud olukordades otsustatakse plaanilise keisrilõike kasuks, näiteks kui esimene kaksikutest on tuharseisus. Mõnikord tuleb keisrilõike otsus vastu võtta sünnituse käigus ja mõlemad kaksikutest sünnitada keisrilõike teel. Viimase kümnenäädajooksul on aga saagenud juhtumid, kus esimene kaksikutest sünnib vaginaalselt ja teine kaksik erakorralise keisrilõike teel. Need on olukorrad, kus sünnitust juhtiv arst peab tegutsema kiiresti, sest aega on tavaliselt loetud minutiliseid. Kaksikute sünnitamist seostatakse suurema sünnitusaegete probleemide tekke tõenäosusega kui üksiksünnitust. Rohkem on sünnituse ajal ohustatud teine kaksikutest. Teise kaksiku sünnil võivad tekkida nabavädi, käe või jala väljalange, üsasisene hapnikupuudus. Kaksikute sünnitamise võimalike probleemide ärahoidmise kõik küsimused ei ole tänapäeval veel ühest vastust saanud.

Uuringuga tahetakse leida vastus järgmistele küsimustele:

1. Kas võrreldes vaginaalse sünnitusega



Dr Fred Kirss.

- vähendab plaaniline keisrilõige vast-sündinute suremust või tõsist haigestumust esimese 28 elupäeva jooksul?
- Kas plaaniline keisrilõige vähendab või mõjutab laste neuroloogilist haigestumust 2 aasta vanuses?
- Kas plaaniline keisrilõige vähendab ema riski uriini-, gaasi- ja roojapidamatusele 2 aasta jooksul peale sünnitust?

Uuringusse sobivad kaksikrasedusega naised, kelle gestatsiooniaeg on 32-38 rasedusnädalat, mõlema kaksiku prognoositav sünnikaal on 1500-4000 g ja esimene kaksik on peaseisus. Ei tohi esineda ka muid fak-

toreid, mis välistaksid vaginaalse sünnituse. Patsiendid randomiseeritakse kas vaginaalse sünnituse või plaanilise keisrilõike gruppi uuringukeskuse poolt nii-öelda loosi teel. Kui vaginaalse sünnituse grupi sünnitajal tekib sünnituse ajal vajadus keisrilõikeks, siis tehakse loomulikult keisrilõige.

Uuring on vabatahtlik ja oma nõusolekut uuringus osalemiseks kinnitab patsient allkirjaga.

Uuring on pikaajaline, uute patsientide kaasamine kestab kuni 1.06.2008. Andmete analüüs on planeeritud ajavahemikku 1.12.2008-1.11.2011.

Foto: Jaak Nilson

Foto: Dr Pille Vaas



Esimesed uurimuses osalevad kaksikud.

Meie keskusele on planeeritud kolmed kaksikud aastas, praeguseks on uuringu raames sündinud juba seitse paari toredaid kaksikuid. Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus sündis möödunud aastal 31 paari kaksikuid: 17 paari vaginaalselt, 9 keisrilõikega (neist 4 plaanilise keisrilõikega) ja 4 juhul sündisid kaksikud kombineeritud viisil, st esimene klassikaliselt ja teine keisrilõikega.

Peale allkirjutatu osalevad kaksikute uuringus naistekliiniku arstid Pille Vaas, doktorant Kristiina Rull ja arst-resident Triin Väli.

Kui kellelgi lugejatest on tutvusringkonnas sündimas kaksikuid, palume tulevasi vanemaid uuringust informeerida.

DR FRED KIRSS

Naistekliiniku sünnitusosakonna juhataja
Vastutav uurija

Epilepsia epidemioloogia Tartu täiskasvanutel

4. mail kaitses Tartu Ülikooli nõukogu saalis meditsiinidoktori kraadi dr Andre Õun teemal "Epidemiology of adult epilepsy in Tartu, Estonia: Incidence, prevalence and medical treatment" ("Epilepsia epidemioloogia Tartu täiskasvanutel: haigestumus, levimus ja epilepsiaavastane ravi").

Epilepsia on igapäevases arstipraktikas üks sagedamini esinevaid kroonilise kuluga neuroloogilisi haigusi. Epilepsial on suur negatiivne mõju haige elukvaliteedile ja töövõimele ning ühtlasi tähendab see suhteliselt suurt koormust kogu ühiskonnale. Samas puuduvad Eesti täiskasvanute osas epilepsia kohta usaldusväärsed statistilised andmed.

Käesoleva uuringu eesmärk oli selgitada aktiivse epilepsia levimus- ja haigestumusnäitajad Tartu täiskasvanute seas ning saada ülevaade epilepsia erinevate kliiniliste tunnuste jaotumisest ning epilepsiaavastastest ravist.

Uuringus defineeriti epilepsiat kui seisundit, mida iseloomustavad korduvad (kaks või enam) mitteprovotseeritud epileptilised hood. Aktiivse epilepsia korral on inimesel olnud eelneva 5 aasta jooksul vähemalt üks epileptiline hoog.

Haigestumusuuringuks arvati Tartu linna elanikud, kellel esines aastatel 1994-1996 teine epileptiline hoog ja kes olid selleks ajaks ≥ 20 aastat vanad. Levimusuuringuks arvati Tartu linna elanikud, kes

olid levimuspäevaks (01.01.1997) ≥ 20 -aastased, ja kellel olid enne levimuspäeva vähemalt kaks mitteprovotseeritud epileptilist hoogu, millest vähemalt üks hoog on olnud eelneva viie aasta jooksul.

Võrreldes teiste uuringutega on saadud epilepsia haigestumuskordaja (35,4 juhtu 100 000 inimaasta kohta) ja levimusmäär (5,3 juhtu 1000 elaniku kohta) Tartu täiskasvanutel samas suurusjärgus kui teistes industriaalmaades. Nii haigestumus- kui levimusrühmas domineerib Tartu täiskasvanutel fokaalne epilepsia.

Haigestumuse vanusekordajad Tartus omavad selget suurenemistendentsi vanemates eärühmades. Kuna vanemas eas on sümptomaatiliste juhtude osakaal vaid ebaoluliselt suurem kui noorematel, siis ei saa riskifaktorite kuhjumine olla kirjeldatud tendentsi peamiseks põhjuseks. Kõige tõenäolisemalt on epilepsia sagene mine vanemas eas pigem peaaegu epileptilise labiilsuse füsioloogiline iseärasus, st et epilepsia kaldub tekkima eluea äärmustes - lapseas ja vanemates eärühmades.



Dr Andre Õun.

Ravita patsientide hulk käesolevas uuringus on 19%, mis on märgatavalt suurem kui viimase aja 7%-9% Põhja- ja Lääne-Euroopa uuringutes. Tartu levimusgrupis on ravi puudumise peamiseks põhjuseks

Foto: Jaak Nilson

puudulik ravikuulekus.

Antud uuringurühma polüteraapiaga patsientide osa on suhteliselt väike, vaid 16%. Üldiselt peetakse põhjendatuks umbes 30%. Meie uuringurühma suur ravita ja väike polüteraapiaga patsientide hulk viitab "alaravimise" tendentsile. Seda kinnitavad ka Eesti Ravimiameti andmed antikonvulsantide tarbimisest - võrreldes Soomega on Eestis müüdud üldkogus üle kahe korra väiksem.

Karbamasepiin oli 67,6%-ga ülekaalukalt sagedeim antikonvulsant. Kasutus-sageduselt järgnesid barbituraadid - primidoon, fenobarbitaal ja bensobarbitaal. Valproaati ja fenitoini tarvitati märksa harvemini.

Ravikvaliteedi parandamiseks tuleb senisest enam tähelepanu pöörata ravikuulekuse parandamisele haigete seas ja süstemaatiliselt tutvustada arstkonnale epilepsia käsitluse kaasaegseid seisukohti.

DR ANDRE ÕUN

Homotsüsteiin ja hüpertensioon

1. juunil kaitses Tartu Ülikooli nõukogu saalis meditsiinidoktori kraadi dr Piibe Muda teemal "Hypertension and homocysteine: Associations between essential hypertension and homocysteine in treated and untreated hypertensive patients with and without coronary artery disease" ("Hüpertensioon ja homotsüsteiin: hüpertensiooni ja homotsüsteiini seosed ravitud ja ravimata kaasuva südame isheemiatõvega ja isheemiatõveta hüpertensiooniga patsientidel").

Hüpertensioon on oluline, sõltumatu ja modifitseeritav ateroskleroosi riskifaktor. Sõltumatuks ja oluliseks ateroskleroosi riskifaktoriks peetakse ka hüperhomotsüsteineemiat.

Homotsüsteiin on väävlit sisaldav aminohape, mida toodetakse peaaegu kõigis inimese kudedes asendamatu aminohappe metioniini demetüülimisel. Ta võib metaboliseeruda edasi tsüsteiiniks (vajab vitamiini B₆), kuid oluline osa temast

remetüülitakse tagasi metioniiniks (vajab vitamiine foolhappe ja B₁₂). Homotsüsteiini metabolismis vajalike vitamiinsete kofaktorite puudumine võib viia veres homotsüsteiini taseme tõusule.

Seni on vastuseta küsimused homotsüsteiini ja hüpertensiooni seostest nii kaasuva südame isheemiatõvega kui ka ilma isheemiatõveta patsientidel. Samuti on ebaselge, missugusel homotsüsteiini tasemel need seosed ilmnevad.

Homotsüsteiini endoteeli kahjustav toime on seotud kõrgeks oksüdatiivse stressiga. Homotsüsteiin ja rakusisene võimsaim antioksidant glutatioon on tihedalt seotud. Koekultuuril on näidatud, et ligikaudu pool glutatioonist toodetakse homotsüsteiinist tekkiva tsüsteiini baasil. Pole teada, kas koekultuuridel leitud seosed kehtivad ka inimorganismis.

Antihüpertensiivsed ravimid erinevad oma toimelt homotsüsteiini, glutatiooni ja

lipiidse peroksüdatsiooni tasemele. Seni teadaolevad andmed antihüpertensiivse ravi mõjust homotsüsteiini tasemele on vastukäivad. Antihüpertensiivsete ravimite puhul ei ole homotsüsteiini ja glutatiooni taseme muutusi samaaegselt seni määratud.

Käesoleva töö eesmärkideks olid uurida: 1) ägeda koronaarse sündroomiga pat-

Aasta õed, ämmaemandad ja laborandid

12. mail rahvusvahelisel õdedede päeval valiti Tartu Ülikooli Kliinikumis aasta õed, ämmaemandad ja laborandid.

Aasta õde 2005

Anestesioloogia- ja intensiivravi kliinik

| | |
|----------------------|--------------|
| Heidi Taggel | Tiina Tikkop |
| Anu Tiido | Jana Hinn |
| Raili Sommer | Silja Allas |
| Aili Soosalu-Joosing | |
| Ingrid Kondimäe | |

Hematoloogia-onkoloogia kliinik

| | |
|--------------------|---------------|
| Mariika Mõtus | Helin Lutskin |
| Ave Lehtsaar | Elvi Ots |
| Anastasia Vichmann | Mai Ilves |

Kardioloogiakliinik

| | |
|--------------|-------------|
| Katrin Hanno | Renna Põlla |
| Kairi Alp | Urve Lanno |

Kardiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliinik

| | |
|--------------|---------------|
| Anneli Arula | Maarika Janno |
|--------------|---------------|

Kirurgiakliinik

Ljubov Böstrova
Mariika Kendrali

Kopsukliinik

| | |
|------------|-------------|
| Ruth Sadam | Laine Uggur |
|------------|-------------|

Kõrvakliinik

Triin Kaup

Lastekliinik

| | |
|-------------------|--------------|
| Svetlana Zvarõtš | Mariika Sepp |
| Irene Zaslavskaja | |

Nahahaiguste kliinik

Jelena Lüter

Naistekliinik

Galina Vassiljeva
Ilona Meier

Närvikliinik

| | |
|------------------|--------------|
| Kristiina Kangur | Helen Prants |
| Elve Kalberg | |

Psühhiaatriakliinik

| | |
|--------------|-------------|
| Tuuli Viljak | Ruth Tohvre |
| Ulve Eriste | |

Silmakliinik

Maimu Kask

Sisekliinik

| | |
|-----------------|----------------|
| Alla Olefirenko | Sirje Männiste |
| Viive Kurvits | Evelin Juhkam |
| Küllil Parts | |

Spordimeditsiini- ja taastusravi kliinik

| | |
|-------------|------------|
| Linda Aimse | Leili Punt |
|-------------|------------|

Stomatoloogia kliinik

| | |
|----------------------|--------------|
| Urve Urazgalieva | Katrin Mällo |
| Heivi-Markit Altraja | Irina Jürima |
| Kristi Kommusaar | |

Traumatoloogia-ortopeedia kliinik

| | |
|-----------------|------------|
| Signe Padar | Merle Lahe |
| Jelena Jermanok | |

Operatsiooniteenistus

Anne Kaarepere

Radioloogiateenistus

| | |
|----------------|-------------|
| Hele Laaneleht | Tiiu Nõmmik |
|----------------|-------------|

Verekeskus

Triinu Rämmeld

Ühendlabor

| | |
|-----------------|---------------|
| Signe Ala | Ingrid Orav |
| Liia Kännaste | Zenta Kuusiku |
| Jaanika Pajuste | Karita Toom |
| Kadi Varb | Anneli Tann |
| Ülle Meos | Sofia Aasmäe |
| Ester Vaade | Kadri Eomäe |

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

Algus lk 3

sientidel hüperhomotsüsteineemia levimust, seost teiste kardiovaskulaarsete riskifaktoritega ja mõju korduva ägeda koronaarse sündroomi tekkele; 2) tüsistumata hüpertooniatõvega patsientidel homotsüsteiini ja glutatiooni omavahelisi seoseid ning mõlema seoseid vererõhuga; 3) antihüpertensiivse ravi mõju homotsüsteiinile ja nii rakusisele kui ka plasma oksüdatiivsele stressile.

Uuriti ägeda koronaarse sündroomiga patsiente ja tüsistumata essentsiaalse arteriaalse hüpertensiooniga patsiente. Kontrollrühma moodustasid normaalse vererõhuga terved isikud. Ägeda koronaarse sündroomiga patsientidel määrati plasma homotsüsteiini tase. Hüpertensiooniga patsientidel määrati ravi eelselt plasma homotsüsteiini ning rakusise oksüdeeritud ja redutseeritud glutatiooni tase ning uuriti homotsüsteiini ja rakusise glutatiooni omavahelisi seoseid, samuti mõlema näitaja seoseid vererõhuga. Hüpertensiooniga patsiente raviti 16 nädalat randomiseeritud topelt-pimedas topelt-kaetud uuringus kas kandesartaaniga 8-16 mg päevas või amlodipiiniga 5-10 mg päevas ja hinnati nende ravimite mõju plasma homotsüsteiinile, tema metabolismis olulistele vitamiinidele, lipiidse peroksüdatsiooni näitajatele ja rakusise glutatiooni tasemele. Hüpertensiooniga patsientide rühm jaotati kaheks vastavalt plasma ho-

Foto: Jaak Nilson



Dr Piibe Muda.

soovitavaid homotsüsteiini taseme ülempiire tervete ja kõrgeenenud kardiovaskulaarse riskiga või olemasoleva kardiovaskulaarse haigusega isikute osas.

Homotsüsteiini tase oli ägeda koronaarse sündroomiga patsientidel oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil ja seostus normotensiooniga patsientidel uue ägeda koronaarsündmuse tekkega. Hüpertooniatõvega patsientidel seostus homotsüsteiini ja uue ägeda koronaarse sündroomi tekke vahel puudusid. Suure tõenäosusega on kaasuv hüpertooniatõbi ise nii tugev riskifaktor, et homotsüsteiini mõju ei tulnud esile.

Ravimata ja oluliste muude kaasuvate haigusteta hüpertensiooniga patsientide võrdlemisel kontrollrühmaga selgus, et patsientidel olid oluliselt kõrgemad homotsüsteiini tase ja rakusise oksüdatiivne stress. Vitamiinide taseme osas patsiendid tervetest ei erinenud. Seega homotsüsteiini taseme kõrgenemise põhjuseks ei olnud tema metabolismis

oluliste vitamiinide defitsiit.

Hüpertensiooniga patsientidel esines negatiivne seos redutseeritud glutatiooni ja süstoolse vererõhu vahel, mis viitab sellele, et glutatiooni taseme langus võib omada olulist rolli hüpertensiooni patogeneesis. Regressioonanalüüsil seostus redutseeritud glutatioon positiivselt homotsüsteiiniga ja negatiivselt süstoolse vererõhuga. Seega mõjutavad rakusise redutseeritud glutatiooni taset nii süstoolne vererõhk kui ka homotsüsteiin, mis viitab metaboolse seose olemasolule homotsüsteiini ja redutseeritud glutatiooni vahel ka inimorganismis.

Antihüpertensiivne ravi langetas oluliselt vererõhku, kuid ei mõjutanud keskmist homotsüsteiini taset, samas esinesid soodsad muutused nii rakusise kui plasma oksüdatiivse stressi osas. Kuigi keskmine homotsüsteiini tase ei muutunud, esines homotsüsteiini taseme kõrgenemine $\geq 2 \mu\text{mol/l}$ võrreldes esialgse väärtusega 26% patsientidest. Neil patsientidel kaasnes oluline foolhappe taseme langus ja puudusid soodsad nihked nii rakusise kui ka plasma oksüdatiivse stressi osas. Ülejäänud patsientidel, kellel homotsüsteiini tase oluliselt ei muutunud või langes, kaasnes oluline rakusise ja plasma oksüdatiivse stressi langus. Kas foolhappe lisamine antihüpertensiivsele ravile võiks omada täiendavat soodsat toimet, vajab uurimist.

DR PIIBE MUDA

Balti näolõualuu- ja plastikakirurgide V kongress

19.-21. maini toimus Kaunases Balti näolõualuu- ja plastikakirurgide V kongress. Lisaks Baltimaadele oli esindatud Austria, Inglismaa, Saksamaa, Soome, Prantsusmaa, Poola, Rootsi ja Ameerika Ühendriigid. Osavõtuks registreerunud oli 102. Eestist osalesid E. Leibur, K. Privoi, I. Raudjärv, M. Soots, D. Timpman ja Ü. Voog.

Kongressi avaettekanded käsitlesid kaasasündinud huule- ja suulaelõhede ravi probleeme. I. Raudjärve ja M. Sootsi ettekanne analüüsis autoplastika tulemusi alveolaarjätkelõhe ravis luutransplantaatidega, mis olid võetud niudeluuharjast või lõuatsist. Selgus, et paremad tulemused saadakse siis, kui luuplastika teostatakse enne silmahammaste suhulõikumist.

Teine sessioon algas ettekannetega alalõualigese patoloogiast. K. K. H. Gundlach Rostocki Ülikoolist andis ülevaate erinevat tüüpi anküloosi põhjustest ja ravist. J.-M. Hirsch Uppsala Ülikoolist tutvustas alalõualigese rekonstruktsiooni pindluust võetud mikrovaskulaarse transplantaadiga. E. Leiburi (kaasautorid P. Mürrepp, L. Veede) ettekandes analüüsis alalõualigese artroosi ravi artroskoopia teel. Alalõualigese artroskoopia, mis võeti esmakordselt kasutusele Eestis, TÜ Kliinikum 2000. aastal, on osutunud üheks edukaks valikmeetodiks. Ettekanne illustreeriti ka videolõiguga operatsioonist. Huviäratav oli Poola kolleegi M. Kulewiczi rikkaliku pildimaterjaliga illustreeritud ettekanne alaarenenud näoskeletiluude ravist distraktsiooniosteogeneesi aparaatidega.

Kolmas sessioon oli pühendatud kasvajaatele, kus äratas tähelepanu A. J. Dickensoni (Inglismaa) ettekanne maatriksmetaloproteinaaside osatähtsusest kasvajaate metastaaside levikus. Tallinna kolleeg D. Timpmann andis ülevaate kõrvasüljenäärme pahaloomuliste kasvajaate levikust, histoloogilisest eripärast, ravitulemustest Eestis ajavahemikus 1990-2000 Põhja-Eesti Regionaalhaigla pea- ja kaela-



Foto: Autori erakogu

Balti näolõualuu- ja plastika kirurgide V kongressist osavõtjad: I. Raudjärv, M. Soots, K. Privoi, E. Leibur ja Ü. Voog.

kirurgia osakonna Hiiu korpuse andmetel. Plastikakirurgidest andis J. Rautio ülevaate kõrva rekonstruktsiooni tulemustest 20 aasta jooksul Soomes. Mitmed ettekanded käsitlesid rinoplastikat (A. Skagers Riiast jt), blefaroplastikat (J. C. Bruck Saksamaalt) ning näokude endoskoopilist nihutamist (S. Viksraitis Leedust). Kõik sessioonid lõppesid elava diskussiooniga.

Tavaks on saanud autastada Julius Szymanovski auhinnaga parimat noorteadlase artiklit, mis on ilmunud Balti kongressi vahepealsel perioodil rahvusvahelises ajakirjas. Eestist omistati see auhind Ülle Voogile. Siinkohal sobiks veel lisada, et 24. mail teatati, et 2004. aasta parimaks artiklik ajakirjas "Acta Odontologica Scandinavica" tunnistati artikkel "Progression of radiographic changes in the temporomandibular joints of patients with rheumatoid arthritis in relation to inflammatory markers and mediators in the blood", mille autoriteks on Ü. Voog, P. Alstergren, S. Eliasson, E. Leibur, R. Kallikorm, S. Kopp. Autasu antakse üle 17. septembril Rahvusvahelise Hambaarstiteaduse Assotsiatsiooni Euroopa ja Skandinaaviamaade divisjonide konverentsil Amsterdams.

DR EDVITAR LEIBUR

Tartu Arstide Liidu kevadine reis Setumaale

7. mai hommikul sõitsime pilgeni täis busiga Seto Talomuseumi. Talu õuel tervitas meid sõbralik koer Tuks. Perenaieslikult võttis meid vastu giid Laine Lövi. Ta jagas põhjalikke selgitusi möödunud sajandi seto eluolu, elumaja, aitate ja kuuride kohta. Nägime seto pitsi näitust, kus osalesime külastaja hinde andmisel nii täiskasvanute kui laste kaunile näputõele.

Tsäimaja lõunalaul ootasid järgmised road - suullim, paks puddor, suitsulihaleib, ubinapiirakas, kama, küümetsai. Püsa koobaste saamislugu selgitas värvi-kalt endine õpetaja Helve Lüübek. Käisime Savikojas, kus võis kaasa osta mõnegi huvitava kruusi või suurema kausi.

Vaatamata ilmataes lubatud vihmale oli ilmataat Tartu arstide suhtes heatahtlik.

Oli ilus kevadine päev. Reis oli hästi korraldatud arstide liidu eestseisuse poolt. Suur tänu karismaatilisele Margit Närskale, kes vaatamata hääle puudumisele väga oskuslikult reisi juhtis.

TIINA MARAMAA
Tartu Arstide Liidu liige