

Uudne meetod vähkkasvaja rakkude hävitamiseks

Tartu Ülikooli Kliinikumi radioloogiakliinikus on võimalik sellest aastast viia läbi kasvajaliste haiguste täiendava ravivõimalusena mikrolaine ablatsiooni (Microwave Ablation, (MWA)). Kliinikum on Eestis esimeseks keskuseks, kus antud tehnoloogiat kasutatakse.



Dr Martin Reim sisestamas MWA antenni tuumorkolde mõjutamiseks

Foto: Erakogu

Mikrolaine ablatsioon on teisisõnu kasvaja koe mõjutamine mikrolainetega, mille eesmärk on kasvaja rakkude hävitamine. „See on turvaline ja efektiivne meetod primaarsete ja sekundaarsete kopsu, neeru, neerupealiste, maksa, pankrease ja luu kasvajaliste kollete ravis. Nii on võimalik ravida väheinvasiivselt soliidseid tuumorikoldeid, kasutades selleks elektromagneetilisi mikrolaineid. Lained tekitavad sihtmärkkoes vee molekulide liikumise, mis omakorda põhjustab molekulaarsel tasandil hõõrdumist ja kuumenemist, tekitades kasvajalise koe rakkudes nekroosi ehk kasvaja raku surma,“ selgitas kliinikumi radioloogiakliiniku arst-õppejõud Martin Reim. Tema sõnul on mikrolaine ablatsiooni eelis teiste

termoablatsiooni vahendite ees kõrgem ja ühtlasem tuumorisene temperatuuri tõus, suurem võimalik sihtmärk-kolde maht, kiirem ablatsiooniaeg ja parem energia ülekandumise profiil. Meetodi kasutuselevõttu on panustanud kolleegid radioloogia-, hematoloog- ja onkoloogia, anestesioloogia ja intensiivravi, laste- ning kirurgiakliinikust.

Mikrolaine ablatsiooni meetod on mujal maailmas kasutusel olnud varem, ettevalmistused selle protseduuri läbiviimiseks Eestis algasid kliinikumis 2021. aastal. „2022. aasta kevadest oleme viinud läbi viis MWA ablatsiooni. Koldeni jõudmiseks ning MWA antenni asetamiseks kasutatakse juhtimist kompuutertomograafia või

ultraheli abil. Esimene innovaatiline protseduur tehti lapsele, kus osalesid ka lastekirurgid dr Jürgen Rünk ja dr Ragnar Lõivukene ning millele järgnesid protseduurid täiskasvanud patsientide kasvajate ravis,“ tutvustas dr Reim.

Protseduur tehakse üldnarkoosis. Senised patsiendid on olnud vanuses 6–80 eluaastat. „Esimeste protseduuride planeerimisel ja läbiviimisel oli meie meeskonda nõustamas ka kolleeg dr Donatas Jocius Vilniuse Ülikooli Santarose Haiglast. Senistest MWA protseduuridest on olnud kolm healoomulise luukasvaja osteoid-osteoomi kolde ablatsiooni. Kõik luukolded on paiknenud kirurgiliseks eemaldamiseks anatoomiliselt ebasoodas asukohas ning senine ravi ei ole olnud efektiivne,“ kirjeldas uudse meetodi juurutaja dr Reim.

Kliinikumi ravijuhi dr Andres Kotsari sõnul on uudsete meetodite kasutuselevõtt just see, mida ülikoolihaiglast oodatakse. „Kuna meie ravitöö on tihedalt läbi põimunud õppe- ja teadustööga, jõuavad uued ravimeetodid kliinikumi patsientideni sageli esimesena Eestis. Meie professionaalsete ravimeeskondade koostööst võivad nii patsiendid kui ka kliinikumi töötajad, jätkates pidevalt uuenduste kursil,“ tunnustas ravijuht dr Kotsar.

Mis lahendaks EMO ülekoormuse?

Kui inimesel tekib terviseiga probleem, on tema ees neli võimalikku valikuvarianti. Ta võib helistada häirekeskusesse ja kutsuda endale kiirabi, pöörduda erakorralise meditsiini osakonda (EMOsse), pöörduda oma perearstile või siis üritada ise oma probleemiga hakkama saada.

Selleks, et patsient jõuaks süsteemis õigesse kohta, on vaja nii patsiendipoolset terviseadlikkust kui ka häid filtreid, mis ei lase patsiendil valesse süsteemi sattuda. Kuna mõlema poolega on oma mured, on tagajärjeks nii kiirabi kui EMO üle koormamine mitte-erakorraliste patsientidega.

Kui patsient valib häirekeskuse ja kiirabi kutsumise tee, on filtriteks tema teekonnal häirekeskuse poolne kõnetöötlus ja kiirabibrigaadi visiit. Enamikke häirekeskuse kõnesid ei töötle meditsiinilise taustaga inimene. On tavapärase, et patsiendi seisundi raskust hinnatakse üle – häirekeskus edastab kiirabile kutseid, mille esmase kirjelduse põhjal on kiirabitöötajale juba autosse astudes selge, et tegelikult kiirabi ei vajata või siis, kui abi ka vajatakse, edastatakse kutse kiirabile põhjendamatult kõrge prioriteediga. Sellest olukorrast tulenev kiirabi ülekoormus reeglina EMOsse üle ei kandu, kuna kiirabitöötajad hindavad patsiendi seisundi raskust adekvaatselt ning ei hospitaliseeri reeglina erakorralist abi mittevajavaid patsiente EMOsse.

Väga suur roll nii kiirabi kui EMO ülekoormuse vähendamisel on patsientide enda terviseadlikkusel

EMO ülekoormus tuleb valdavalt ise-pöörduvate patsientide arvelt ning sellel süsteemil hetkel filtrit ees ei ole. Nende filtrite loomisest on olulised miinused. Kui lubada EMOsse ainult patsiente, kes on sinna suunatud perearsti saatekirjaga või kes tuuakse kiirabiga, siis kasvaks ebavajalike transportide arvelt oluliselt kiirabi töökoormus. Lisaks jääksid paljud patsiendid, kes muidu oma tõsise terviserikkuga ise EMOsse pöörduksid, saatekirja otsima, mistõttu võib nende abi oluliselt hilineda. Nende patsientide jaoks, kes on juba EMOsse jõudnud, aga erakorralist käsitlust ei vaja, saab edaspidi tõenäoliselt lahenduseks olema õe iseseisev vastuvõtt. Õde hindab patsiendi seisundit ja kui seisund ei vaja



Dr Sander Poks

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

erakorralist abi, siis pakub õde ise patsiendile esmast nõustamist ja soovitab, kuhu edasi pöörduda.

Ühe võimaliku filtrina on välja pakutud rahalist kulu patsiendile, olgu see siis kiirabi või EMO visiititasuna. On riike, kus selline süsteem toimib, aga selle lahendusega on samuti seotud olulised riskid. Tihtipeale on kehvemas majanduslikus seisus inimesed needsamad patsiendid, kelle riskid tõsiseks tervisehädaks kõige suuremad on. Liiga suure visiititasu korral on oht, et patsient, kes erakorralist abi vajab, ei julge sellele abi saamiseks kuskile pöörduda. Kui hakata selekteerima, et erakorralistele patsientidele on visiit tasuta ja mitte-erakorralistele tasuline, siis tekib alati küsimus, et kes seda otsustab, mille alusel ja kes lahendab tekkida võivad vaidlused.

Kiirabi ülekoormuse lahendusteks on patsientide terviseadlikkuse tõstmine ja häirekeskuse filtri parandamine. EMO ülekoormuse lahendusteks on EMOLE mõistlike alternatiivide pakkumine ja jällegi patsientide terviseadlikkuse tõstmine. On arusaadav, et kuskile peab patsient oma

hädaga pöörduda saama. Kui ta aga oma perearsti kätte ei saa või aeg on töövõimeline, siis ongi EMO hetkel tihtipeale ainsaks järele jäänud variandiks. EMOde lähedale on vaja tervisekeskuseid, kuhu oleks võimalik mitte-erakorralist patsienti EMOst suunata nii tööajal kui ka väljaspool tööaega.

Väga suur roll nii kiirabi kui EMO ülekoormuse vähendamisel on aga patsientide enda terviseadlikkusel. Eesti Perearstide Selts ja Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts on koos töötanud välja patsientid juhised selle kohta, milliste probleemidega tasub pöörduda perearsti vastuvõtule ja milliste puhul pöörduda EMOsse. Need juhised on leitavad haigekassa kodulehelt.

Kui inimesel on kahtlus, kas tema tervise-mure on erakorraline, siis tasub alati alustada esmalt perearsti nõuandetelefonist numbril 1220, kus pakutakse meditsiiniküsimustes nõustamist ja selgitatakse välja, kui kiiret abi patsient vajab.

DR SANDER POKS
Erakorralise meditsiini osakonna juht

Kliinikum kasutab südame rütmihäire raviks südamevälist kateeterablatsiooni

4. novembril 2022 viidi Tartu Ülikooli Kliinikumis läbi innovaatiline protseduur, millega raviti esimest korda patsiendi südame rütmihäiret südameväliste kateeterablatsiooniga.

Kliinikumi südamekliiniku rütmihäirete osakonnas kokku seitse tundi kestnud protseduur tehti noorele alla 30aastasele patsiendile, kellel esinesid kestvad ventrikulaarsed ravimitele allumatud rütmihäired. Rütmihäirete põhjustajaks on haruldane geenimutatsioon, mis põhjustab südamelihase laienemise ja sidekoestumise. „See omakorda võimaldab eluohtlike rütmihäirete teket. Antud patsiendil tekkis ventrikulaarse tahhükardia nn „torm“ – igapäevaselt korduvad ja sagedased ravile allumatud rütmihäired, mistõttu vajab patsient pidevat jälgimist ja ravi kardiointensiivravi osakonnas,“ selgitas protseduuri läbiviija, dr Priit Pauklin südamekliinikust. Ta lisas, et rütmihäirete tekkes osalevate piirkondade tuvastamiseks ja käsitlemiseks kasutatakse 3D-kaardistamist. Patsiendil kaardistati süda nii sisepinnalt kui ka südamepauna paigaldatud kateetrite abil südame epikardiaalselt ehk südamepauna poolt.

„Südame rütmihäirete kateeterablatsioon on väga tehniline ja üks kiiremini arenevaid suundi südamehaiguste valdkonnas, võimaldades ravida efektiivselt järjest keerulisemaid rütmihäireid. Kateeterablatsioon on tänapäevases ravikäsitluses mitmete rütmihäirete korral esmavaliku ravimeetodiks,“ tutvustas rütmihäirete osakonna juht dr Rain Paju. Enamasti tehakse südame rütmihäirete raviks kasutatavat kateeterablatsiooni südamesiseselt, liikudes südamesse mööda reieveeni või reiearterit.

„Harvadel juhtudel, nagu ka antud patsiendi puhul, ei võimalda ainult südamesisene lähenemine siiski edukalt rütmihäireid kõrvaldada, kui neid põhjustavad või alalhoidvad piirkonnad asuvad südamelihase keskmistes või välimistes osades ja protseduuri käigus tekitatav ablatsiooniesioon ei ulatu rütmihäire kolleteni. Sel juhul on vajalik südamesisena mõjutamine raviva raadiosagedusliku energiaga ka epikardiaalselt ehk sisestades kateetrid rinnakualuselt otse südame pauna. Selline lähenemine on seotud kõrgemate riskidega, kuna südamelihase peal kulgevad ka südant varustavad pärgarterid ja südamepauna läheduses on olulised närvid. Protseduuri

läbi viiv meeskond jälgib, et nendes kriitilistes piirkondades ablatsioonil tekitatav kuumus ei põhjustaks pärgarterite või närvide kahjustust ning minimeeritud oleksid muud ohud. Sellele patsiendile tagas edukuse rütmihäiret põhjustava südame osa ablatsioon nii südame seest kui ka väljast,“ kirjeldas dr Pauklin.

Protseduuri käigus kasutati ka esmakordselt Eestis südamepaunal kulgevate närvide kaitseks balloontechnikast, millega nihutati närvid ablatsiooni vajavast piirkonnast eemale. „Kokkuvõtvalt oli tegemist väga komplitseeritud rütmihäirega, mis vajab väga head suure ravimeeskonna koostööd. Protseduur viidi läbi üldanesteesias, mistõttu kohal oli anesteesiibrigaad, kes hoidis patsiendi seisundi stabiilsena ka korduvate rütmihäirete tekke ajal. Lisaks olid kõrgevalmisolekus kardiokirurgid ja EKMO meeskond, kes oleks vajadusel taganud patsiendile kunstliku vereringe ja hapniku-ga varustatuse,“ rääkis dr Rain Paju.

Innovaatilise protseduuri ravimeeskonda kuulusid protseduuri läbi viinud dr Priit Pauklin, proktor dr Ole Rossvoll Norrast, rütmihäirete osakonna juhataja dr Rain Paju. Südame pärgarterite visualiseerimisel oli abis angiograafia osakonna juhataja dr Toomas Hermlin. Protseduuri oli toetamas elektrofüsioloogia tehnik Sandra Einstein Abbottist ja protseduuriõed Kadi Oras, Keiu Oras ja Kaire Karindi.

Südame rütmihäirete kateeterablatsioon on kaasaegne rütmihäirete ravimeetod ja hea edukuse korral on võimalik sõltuvalt rütmihäire olemusest patsient terveks ravida. Seetõttu võiks lisaks rütmihäirete tabletravile kaaluda ka kateeterablatsioonravi võimalusi. Protseduuri näidustused sõltuvad rütmihäire tüübist ja otsuse kateeterablatsioonravi vajaduse ja võimaluse üle teeb selleks väljaõppinud rütmihäiretega tegelev kardioloog.

KLIINIKUMI LEHT



Fotol anestesioloog Anu Aland, kardioloog Priit Pauklin, kardioloog Ole Rossvoll ja kardioloog Priit Kampus (PERH)

Foto: Keiu Oras

Nigul Ilves kaitses doktoritööd

1. novembril 2022 kaitses Tartu Ülikooli Kliinikumi radioloogiakliiniku füüsik Nigul Ilves filosoofiadoktori kraadi (PhD (arstiteadus)) taotlemiseks esitatud väitekirja „Brain plasticity and network reorganization in children with perinatal stroke: a functional magnetic resonance imaging study“ („Aju plastilisus ja võrgustike reorganiseerumine perinataalset insulti põdenud lastel: funktsionaalne magnetresonantstomograafiline uuring“).



Nigul Ilves

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Juhendajad: radioloogia kaasprofessor Pilvi Ilves (dr. med., TÜ kliinilise meditsiini instituut), lastehaiguste lektor Rael Laugesaar (dr. med. (arstiteadus), TÜ kliinilise meditsiini instituut) ja kliiniline psühholoog Mairi Männamaa (PhD (pedagoogika), SA TÜK lastekliinik).

Oponent: pediatraia kaasprofessor Helen Carlson (Ph.D), Cumming School of Medicine, University of Calgary, Alberta Children's Hospital, Calgary Alberta, Kanada.

Kokkuvõte

Viiimastel aastakümnetel on arstide, aga ka elanikkonna teadlikkus tõusnud, et insult võib esineda kogu elu jooksul, ka lastel.

Eriti suur insuldi tõenäosus on vastsündinueas, umbes üks tuhande elussünni kohta. Insult vastsündinueas võib kaasa tuua elukestva motoorse, kognitiivse kahjustuse ning epilepsia, lisanduda võivad käitumishäired ja sotsiaalne puue. Vastsündinuea insuldi mõjutab väga pika aja jooksul lisaks lastele ka nende lähedasi, tuues kaasa stressi ja depressiooni kogu perele, ning koormab majanduslikult tervet ühiskonda.

Vastsündinuea insuldi järgne ajukahjustus on olenevalt tekkemehhanismist ja suurusest erinev, ka laste areng ja oskused on sellest tulenevalt erinevad. Õnneks on laste aju arenev ja plastiline ning suudab vähemalt osa ajukahjustustest võrreldes

täiskasvanutega paremini kompenseerida. Kuna insult on harvaesinev ja kahjustus varieeruv, on teadmised vastsündinuea insuldi kohta piiratud.

Uurimistöö eesmärk oli uurida vastsündinuea insuldiga laste aju võimet võrreldes tervete lastega kahjustust erinevate kahjustuste tüüpide ja ulatuste puhul kompenseerida. Me kasutasime erinevaid magnetresonantstomograafilisi (MRT) uuringuid koos pilditötlusega, et leida tunnuseid, mille abil oleks võimalik juba esimestel eluaastatel ennustada insuldiga laste kognitiivseid ja motoorseid võimeid ja paremini planeerida taastusravi.

Uuringu tulemused näitasid vastsündinuea insuldiga laste motoorsete ja kognitiivsete võimete ning aju ümberorganiseerumise seost kahjustuse ulatuse ja tüübiga. Muutused insuldiga vastsündinu aju aitavad kompenseerida ja vähendada kahjustuse mõju, kuid ei suuda täielikult tagada eakohast arengut.

Uuringus saadud teadmisi aju plastilisuse ja ümberorganiseerumisvõime kohta on võimalik rakendada lisaks insuldihaigetele ka teiste ajukahjustusega (nt trauma, ajukasvaja või epilepsia) laste puhul. Need teadmised täiendavad vastsündinuea insuldi laste radioloogilistest uuringutest saadavat teavet, rõhutades nende vajalikkust.

kliinikumis käigus mitmed teadustööd, kus on sarnaseid funktsionaalse magnetresonantstomograafia uuringuid kasutatud. Hea meel on, et Eestis on nüüd võimekus selliseid keerulisi aju funktsioone hindavaid uurimistöid teha ja keerulisi ajuvõrgustikke ka analüüsida. Kasutatavad arvutused on keerulised ja nõuavad põhjalikke teadmisi andmetötlusest ja programmeerimisest. Kogu suuremahulise andmetötluse aitab läbi viia Tartu Ülikooli arvutuskeskus.

KOMMENTAAR

DR PILVI ILVES Juhendaja

Nigul Ilvese doktoritöö on oluline panus kliinikumi laste insuldi uurimise rühma tööle. Doktoritöö tulemused aitavad mõista, missugused radioloogilised uuringud aitavad hinnata insuldiga laste ajukahjustuse ulatust, prognoosida kaugtulemust ja rehabilitatsiooni vajadust. Insuldi korral tekkinud kahjustust väik-

semal või suuremal alal on näha MRT ülesvõtetel. Töö näitas, et insuldi korral kahjustuvad terved võrgustikud, mis on häiritud väga laiali alal ja oluliselt kaugemal, kui tavalise MRT pildil oleva kahjustuse alusel võiks arvata. Sellised võrgustikes toimunud muutused viivad ka funktsiooni languseni. Niguli töö oluline panus on meetodite laienemine, millega on võimalik edaspidi uurida neuroloogilisi haigusi nii täiskasvanutel kui lastel. Juba praegu on

Dr Marko Murruste kaitses doktoritööd

21. novembril 2022 kaitses Tartu Ülikooli Kliinikumi kirurgiakliiniku vanemarst-õppejõud Marko Murruste filosoofiadoktori kraadi (PhD (arstiteadus)) taotlemiseks esitatud väitekirja „Short- and long-term outcomes of surgical management of chronic pancreatitis“ („Prospektiivne uuring kroonilise pankreatiidi kirurgilise ravi lähi- ja kaugtulemustest“).



Dr Marko Murruste

Foto: Andres Tennus

Juhendajad: kirurgia professor Urmas Lepner (knd (meditsiin), TÜ kliinilise meditsiini instituut) ja kirurgiliste haiguste professor Peep Talving (PhD, TÜ kliinilise meditsiini instituut).

Oponent: professor Eduard Jonas (PhD), Department of Surgical Gastroenterology, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, Lõuna-Aafrika Vabariik.

Kokkuvõte

Krooniline kõhunäärme põletik e pankreatiit (KP) on harv haigus – aastas haigestub ca 10 patsienti 100 000 inimese kohta. Patsientide peamiseks probleemideks on kõhuvalu ja/või KP tüsistused.

Doktoritöös uuriti KP patsientide operatsioonijärgset elulemust, seda mõjutavaid

faktoreid ja surma põhjuseid; patsiendil esinevaid KP tüsistusi ja nende kirurgilise ravi efektiivsust; võrreldi pankrease ja peensoole vahelise ühenduse lühikese ja pika variandi tulemusi. Uuring põhines Tartu Ülikooli Kliinikumi kirurgiakliinikus opereeritud 166 patsiendi andmetel.

Uuringu tulemusel selgus, et KP tõttu opereeritud patsientidel oli suurem 1,8 korda suurem kui ülejäänud elanikkonnal, seejuures jätkuva alkoholi tarvitamise korral oli see 2,7 korda suurem. Surmapõhjuste analüüsimisel selgus, et 75% patsientidest suri nende haiguste tüsistustesse, mille tekkeks on oluline roll alkoholi tarvitamisel ja/või suitsetamisel (nt maksatsirroos, mürgistused, pahaloomulised kasvaja, ateroskleroosi tüsistused). KP tüsistused olid harva surma põhjuseks (4,2%). Lisaks alkoholi tarvitamisele ja suitsetamisele, olid elulemuse määramisel olulised: kaasuvate haiguste, pankrease puudulikkuse, töötuse ja kehakaalu languse esinemine.

Tüsistuste uuringus võeti kasutusele uuenduslik klassifikaator, mis põhines tüsistuste tekkemehhanismil. See võimaldas sarnase tekkega tüsistusi grupeerida, mis omakorda võimaldas üldistavaid analüüse. Uuring näitas, et tüsistuste peamisi tekkemehhanisme arvestav kirurgiline ravi on efektiivne olemasolevate tüsistuste kõrvaldamisel ja valdavalt ka uute tekke vältimisel.

Samas selgus, et ei ole ühte ideaalset operatsiooni meetodit kõikide situatsioonide jaoks – ühel operatsioonitüübil on ühed, teisel teised eelised. Patsiendi jaoks sobiva operatsiooni valikul tuleb lähtuda patsiendi kaebustest, pankrease anatoomilistest muutustest, tüsistuste laadist ning operatsiooni riskist.

Pankrease ja peensoolevahelise ühenduse uuring näitas, et lühike ühendus tagab ühtlaselt laienenud pankrease juha korral sama efektiivse valu taandumise kui pikk. Kuna lühikese ühenduse korral olid operatsiooni kestus ja riskid väiksemad, peaks see olema eelistatud meetod ühtlaselt laienenud pankrease juha korral.

KOMMENTAAR



PROF URMAS LEPNER
Juhendaja

Marko Murruste on väljapaistev, suure kliinilise kogemusega kirurg, kes on Eestis juurutanud praktikasse kroonilise pankreatiidi kirurgilise ravi, aga ka pankrease transplantatsiooni. Oma doktoritöös annab ta ülevaate kirurgiliselt ravitud kroonilise pankreatiidiga patsientide ravitulemustest, sealhulgas kroonilise pankreatiidi tüsistustest, elulemusest pärast kroonilise pankreatiidi kirurgilist ravi, riskifaktoritest ja surma põhjustest kirurgiliselt ravitud kohordis, aga samuti tehnilistest aspektidest pankrease dreeneerivate operatsioonide korral. Dr Murruste suutis vaatamata oma suurele kliinilisele tööle doktoritöö kaitsta tähtsajaliselt, mis ei ole üllatav, teades tema eesmärgile orienteeritud suhtumist, süsteemset ja struktuurset lähenemist probleemide lahendamisel. Olen veendunud, et dr Marko Murruste jätkab akadeemilisel rajal nii teadustööga ja doktorantide juhendamisega kui ka meditsiiniteaduste valdkonna üliõpilaste õpetamisega. Soovin talle selleks jõudu ja edu.

Kliinikumi patsientidel on võimalus teha teadlikke terviseotsuseid

Tartu Ülikooli Kliinikum on Eestis ainulaadne ülikoolihaigla, pakkudes patsientidele tervishoiuteenuseid kõikidel erialadel kogu elukaare ulatuses.

Kogukonna tervise- ja ravikeskusena pakub kliinikum ravi osana, sellele eelnevalt või järgselt mitmeid teenuseid, mille eesmärgiks on inimeste toetamine, tervise-teadlikkuse tõstmine, aga ka praktiliste, toimetulekut parandavate, oskuste õpetamine. Õpetava haiglana saab kliinikum tagada ka tõendus põhise informatsiooni kättesaadavuse ning olla patsientide jaoks esimene eelistus tervise teabe otsimisel.

Kliinikumi juhatuse liikme, õenduse ja patsiendikogemuse juhi Ilona Pastaruse sõnul pakutakse kliinikumi patsientidele alalist nõustamist nii suitsetamise, liikumise kui toitumise alal. „Need võimalused on vabalt kättesaadavad kõikidele patsientidele, lisaks oleme pilootsakondadega koostöös kaasanud konkreetseid, riskirühma kuuluvaid patsiente,“ selgitas Ilona Pastarus.

Tubakast loobumise nõustaja, kopsukliiniku õde Merike Viin, on liikunud patsientidele lähemale ning nõustab igal kolmapäeval L. Puusepa 8 hoone ruumis E108 algusajaga 14:30. „Nõustamisele on oodatud nii meie patsiendid kui töötajad, kes mistahes vormis tarbivad nikotiinivabadeid, olgu selleks mokatubakas, sigaretid, sigarid, piip, e-sigaret. Oluline, et nõustamisele tulijad on ise huvitatud sõltuvusest loobuma. Ühtlasi on oodatud ka need patsiendid ja töötajad, kes töö ajal on nikotiinivabad, kuid kodustes tingimustes siiski tubakatooteid tarbijad,“ tutvustas õenduse ja patsiendikogemuse juht. Tubakast loobumise nõustamised on osalejatele tasuta.

Niisamuti tagab kliinikum patsientidele ravil viibimise ajal tasuta nikotiinist loobumise vahendid.

Sarnaselt tubakast loobumise nõustamisele hakkavad toitumise ja liikumise alast nõu L. Puusepa 8 hoones jagama ka õde Jane Maastik ning füsioterapeut Livian Laaneots.

Kogukonnakooli osana korraldab kliinikumi patsiendi info- ja tugikeskus ka vestlusring. „Vestlusringide eesmärk on pakkuda elanikkonnale uut tervise teavet selliselt, et inimesed oskaksid teadvustada nende endi ja lähedaste panust oma tervisekäitumisse ja heaolusse. Erinevaid vestlusringide toimub iganädalaselt, kattes teemade amplituuda nii, et igaüks võiks leida midagi, mis just teda kõnetab,“ tutvustas Marika Laidvere patsienditeenistusest. Vestlusringide viivad läbi oma valdkonna spetsialistid või koguni erialaliidrid – näiteks prof Margus Punabi viimane avalik loeng meeste tervisest. Ühised arutelud toimuvad kohapeal, veebis või hübriidvariandina mõlema võimalusena ning need on ka järelvaadatavad kliinikumi Youtube kanalil.

Lisaks vestlusringidele toimivad kliinikumi patsientidele ja nende lähedastele ka töötoad. „Töötubades õpetame osalejatele praktilisi oskusi, ka elustamist ja esmaabi. Lisaks on võimalik hinnata oma tervise näitajaid ning mõõta kehakoostist, mille järel anname kaasa üldised soovitusel toetumise ja liikumise kohta. Töötubade

läbiviimisel on meil abiks Tartu Tervishoiu Kõrgkooli 3. kursuse õe õppekava tudengid, kes tegutsevad koos kliinikumi erialaspetsialistidega,“ kirjeldas Ilona Pastarus. Ta lisas näitena kopsuhaiguste töötoa, kus kohapeal on nõu andmas kopsukliiniku füsioterapeut, kelle juhendamisel saab katsetada erinevaid hingamisharjutusi, proovida PEF-meetriat ning ühtlasi on tagatud võimalus kehakoostise, vererõhu ja vere hapnikusisalduse mõõtmiseks.

2022. aastast tegutsevad patsiendi info- ja tugikeskuses ka patsientide ning lähedaste tugigrupid, kus on võimalik jagada haiguse, ravi või elukvaliteediga seotud muresid, hirme ja kogemusi. „Tugigrupid pakuvad kogemuskogemustajate ja teiste spetsialistide toel julgustust haigusega toimetulekuks. Insuldi tugigruppidele on lisandunud hematoloogia ja onkoloogia tugigrupid ning tulevikus plaanime erialade ringi laiendada,“ rääkis Ilona Pastarus.

Ilona Pastarus ja Marika Laidvere julgustavad kõiki patsiente ja nende lähedasi kirjeldatud toetavaid tegevusi kasutama. Infot võimaluste kohta leiab kliinikumi kanalitest või e-kirja vestlusring@kliinikum.ee teel küsides.

KLIINIKUMI LEHT

Kliinikum piloteerib endoproteesimise järjekorra korrastamise küsitluslehti

Puusa- ja põlveliigese asendamine ehk endoproteesimine on Eestis üks sagedasemaid plaanilisi löikusi, mille ravijärjekorrad on pikad.

Aeg-ajalt võivad operatsioonid ka edasi lükkuda, kui ooteajal jäävad tegemata vajalikud analüüsid või lahendamata teised tervisemured. Just seepärast alustasid Tartu Ülikooli Kliinikumi ortopeediakliiniku õde-koordinaatorid koostöös Tervisekassaga endoproteesimise järjekorra korrastamist ning novembris toimub pilootprojekti töölehe testimine.

Õed helistavad patsientidele ja küsivad üle nende soovi tulla liigesproteesimisele, samuti infot nende tervisliku seisundi kohta

„Meie kliinik valiti testimiseks tänu kogunud ortopeediaõdedele, kes tunnevad ekspertidena detailselt endoproteesimisega seonduvaid probleeme. Piloteerimise raames helistavad õed patsientidele ja küsivad üle nende soovi tulla liigesproteesimisele, samuti infot nende tervisliku seisundi kohta. Juhul, kui patsient operatsiooni soovib, saab ta õdedelt juhiseid edasiseks tegutsemiseks,“ tutvustas ortopeediakliiniku juht dr Katre Maasalu.

Ortopediakliiniku õed olid kaasatud samuti töölehe koostamisse, ühtlasi saavad nad protsessi käigus anda selle sobivusele tagasisidet. „Küsimustik tuleb n-õ valideer-



Ortopediakliiniku õed

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

rida, tagades, et kõikidele patsientidele esitatakse ühesugused küsimused. Samuti on oluline veenduda, et patsiendid saavad esitatud küsimustest ühtemoodi aru. Sel moel on Tervisekassal võimalik projekti paremini planeerida,“ rääkis kliiniku juht. Ta lisas, et küsimustiku sisse töötamine pilootprojekti raames on sissejuhatuses planeeritavale suuremale muutusele – 2023. aastal rakendub uus endoproteesimise raviteekond.

„Endoproteesimise projekti raames oleme välja töötanud raviteekonna standardi, et

ära kirjeldada spetsialistide selged rollid ja teenused, mida patsient kindlasti vajab oma raviteekonnal. Hetkel valmistume standardi testimiseks koos raviteekonna põhise tasustamisega ning esmaseid tulemusi on oodata 2024. aasta lõpus,“ selgitas Tervisekassa projektijuht Sävelin Siida.

Nii järjekorra korrastamise pilootprojekti kui ka 2023. aastast algavat patsientide endoproteesimise raviteekonna projekti rahastab Tervisekassa.

KLIINIKUMI LEHT

MEDITSIIINITEADUSTE VALDKONNAS

TÜ patsiendihutuse strateegia pälvis rahvusvahelise tunnustuse

Oktoobri lõpus Austraalias Brisbane'is toimunud Rahvusvahelise Tervishoiu Kvaliteedi Ühingu konverentsil pälvis parima stendietekande auhinna poster patsiendihutuse teadus- ja arendustegevuse strateegiast. Töö loojateks on teiste seas ka professor Margus Lember ja kaasprofessor Kaja Põlluste.

Strateegia väljatöötamiseks moodustati Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonnas patsiendihutuse arendamise töörühm, kes koostöös PATSAFE projekti partneritega alustas strateegia väljatöötamist 2020. aasta oktoobris. Välja töötatud strateegia on ainulaadne dokument ka rahvusvahelises kontekstis ning võib edaspidi olla suunanäitajaks teistele riikidele.

Uuring paljastas geenid, mis annavad lootust viljatutele paaridele

TÜ teadlaste juhitud uuring paljastas embrüo- ja emapoolsed geenid, mille täpne koostöö võimaldab embrüol pesastuda emakas ja areneda looteks. Embrüo pesastumise uurimiseks analüüsiti geenide avaldumise mustreid emaka limaskestas rakkudes. Uuringu jaoks vaadati emaka epiteelirakke ja alumisi stroomarakke

eraldi, et mõista pesastumise etappi tervikuna. Töö tulemusi rakendatakse personaalses viljatusravis, mille käigus saab hinnata emaka limaskestas valmisolekut embrüo pesastumiseks.

Doktoritööde kaitsmised

- 21.11 kell 14.00 kaitseb **Marko Murruste** doktoritööd "Prospektiivne uuring kroonilise pankreatiidi kirurgilise ravi lähi- ja kaugtulemustest"

- 29.11 kell 15.00 kaitseb **Marilyn Ivask** doktoritööd "Transkriptomilised ja metaboolsed muutused WFS1-puudulikkusega hiiremudelil"
- 12.12 kell 15.00 kaitseb **Jüri Lieberg** doktoritööd "Kirurgilise ravi tulemused ja biomarkerite seos haiguse patogeneesi ning riskiga kõhuõõrde aneurüsmi ja alajäseme arterite haigusega patsientidel"
- 13.12 kell 14.00 kaitseb **Sanna**

Puusepp doktoritööd „Lapseas alanud pärilike neuromuskulaarsete haiguste molekulaargeneetiliste ja morfoloogiliste uuringutulemuste võrdlus“

Kaitsmiste toimumiskoha täpsem teave med.ut.ee.

MARI-LIIS TIMMOTALO
Meditsiiniteaduste valdkonna turunduse ja kommunikatsiooni spetsialist

Insuldi taastusravi kättesaadavus on paranenud

Eestis haigestub insuldi umbes 4000 inimest aastas, valdav enamus neist isheemilisse insuldi ehk ajuinfarkti. Neist enam kui pooled vajavad taastusravi.

Selleks, et insuldi haigestunud patsiendi raviteekond oleks algusest lõpuni sujuv ja patsient saaks muuhulgas enda vajadustele vastavat taastusravi, alustas Tervisekassa 2019. aastal insuldi juhtprojekti ja muutis isheemilise insuldi järgse taastusravi eest tasumist paindlikumaks.

Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku juht dr Aet Lukmanni sõnul võib insuldi põdemise järel inimese toimetulek olla pikka aega häiritud. „Insuldi tagajärgedega võitlemine võib olla vägagi keerukas inimesele, tema lähedastele ja ka ühiskonnale. Just seetõttu on taastusravi õigeaegsus ja järjepidevus insuldihaige funktsionaalsel paranemisel olulise tähtsusega,” tõdeb dr Lukmann, kes peab vajalikuks riiklikul tasandil toetada rohkem ka rahva tervise parandamise meetmeid, mis aitaksid insuldi ennetada.

Dr Lukmanni sõnul võib insuldi patsiendil esineda korraga mitu erinevat funktsioonihäiret (liikumise-, kõne-, neelamis-, kognitsiooni-, meeleolu-, põie-, soolehäire jne), mis eeldab erinevate siduserialade spetsialistide kaasamist patsiendi taastusravisse. „Taastusravi osakonnas saab insuldi-patsient meeskondlikku taastusravi, mida koordineerib taastusravi arst. Patsient vajab tema vajadustest sõltuvalt füsioterapiat, tegevusteraapiat, logopeedilist ravi ja psühholoogilist abi. Oluline roll meeskonnas on ka sotsiaaltöötajal,” nimetas dr



Dr Aet Lukmann

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Lukmann olulisi taastusravi võtmeisikuid. Lisaks on suur roll õendus-hooldustöötajatel, kes inimest tema igapäevaste toimetustega aitavad.

Taastusravi kättesaadavus on tänu insuldi juhtprojektile paranenud. „Juhtprojekti kaasatud patsientidest jõudis kuue kuu jooksul statsionaarsele taastusravile 44 protsenti inimestest, projekti mitte kaasatudest vaid 29 protsenti,” rääkis Tervisekassa eriarstiabi teenuste osakonna juht Tiina Sats.

Dr Lukmanni sõnul on insuldijärgse patsiendi käsitluses toimunud oluline areng viimase kümne aasta jooksul. „Insuldipatsiendi raviteekond on muutunud sujuvamaks tänu tugivõrgustikule, mis toetab nii patsiente

kui ka nende lähedasi. Seda on aidanud tagada insuldikoordinaatorite ja insuldioõdede võrgustikud, samuti patsientide kogemuse jagamine ja koduteenuste (tegevus- ja füsioterapia) suurem kasutuselevõtt,” kinnitas dr Lukmann, kelle hinnangul on insuldipatsient võrreldes projektieelse ajaga saanud rohkem vajalikke teenuseid ja tuge, eriti pärast koju jõudmist.

Selleks, et taastusravi oleks hästi korraldatud ning inimesed edaspidi parimal võimalikul moel ise hakkama saaksid on loodud ka ravijuhendid nii insuldipatsiendile ja tema lähedastele, kui ka insuldihaigetega kokku puutuvatele spetsialistidele.

KLIINIKUMI LEHT

vastavalt 15. ja 21. koha. Kliinikumi võrkpallimeeskonda kuulusid Sander Savi, Maiu Rohtla, Jevgeni Nipadistov, Ljudmila Titova, Dina Glazatševa, Gleb Stepanov, Priit Luud ja Rasmus Mälton, saavutades 10. koha.

Kokku oli võimalik Kuld pall 2022 turniiril osaleda 8 erineval pallimängu erialal. Kliinikum saavutas kõikide alade üldarvestuses 13. koha 24 ettevõtte seas.

Aitäh kõikidele kliinikumi sportlikele töötajatele!

Töötajad saavutasid Kuld pall 2022 turniiril kõrgeid kohti

18.–19. novembril toimus suurim asustusvaheline pallimängude turniir Kuld pall 2022. Tartu Ülikooli Kliinikum oli võistlustules kolmes pallimängu kategoorias.

Sulgpalli naiste üksikmängus saavutas esikoha Sale-Liis Teesalu, Karina Kapanen 5. koha. 40+ naiste üksikmängus saavutasid 11. koha Marion Ploovits ja 20. koha Külli Muug.

Naiste paarismängus saavutasid 2. koha Hannaliina Piho/Sale-Liis Teesalu, 4. koha saavutasid Kaire Karindi/Küllü Muug, 6. koha Kaidi Teller/Triin Murumets ning 17. koha Karina Kapanen/Tatjana Karpina. Meeste paarismängus astusid samuti poodiumi kõrgeimale astmele kliinikumi töötajad – esikoha võitsid Maksim Zagura/Mark Braschinsky. Meeste üksikmängus saavutas Maksim Zagura 2. koha ja Mark Braschinsky meeste 40+ arvestuses omakorda 19. koha. Lauatennis esindasid kliinikumi Triin Murumets ja Aleksandr Juškov, saavutades

Millal on meestel õige aeg tervisekontrolliks?

Novembrikuu on traditsiooniliselt pühendatud meestele ja nende tervisele. Kliinikumi meestekliiniku ülemarst-õppejõud prof Margus Punab selgitab, millal, kui sageli ja milliste tervisemuredega tuleb meestearsti poole pöörduda.

„Esmalt taustaks võrdlus teiste riikidega. Eesti meeste oodatav eluiga on viimastel aastakümnetel küll pikenenud, ent näeme jätkuvalt, et võrreldes naistega on meeste keskmine oodatav eluiga peaaegu 9 aastat lühem. 2021. aastal on Eestis meeste oodatav eluiga 72,8 aastat, naistel aga 81,4. Võttes võrdluseks Põhjamaade näitajad, siis näiteks Rootsi meeste oodatav eluiga on Eesti meeste omast 8,4 aastat pikem ning Rootsi meeste ja naiste eluea vahe on vaid 3,6 aastat,” tutvustas prof Margus Punab. Lühemate eluaastate põhjuseks on erinevad tegurid. „Mehed tarvitavad kuni 50. eluaastani märgatavalt vähem tervishoiuteenuseid. Tervishoiusteemi jõuavad nad alles pärast 50. eluaastaid ning siis juba väljakujunenud raskete haigustega, mis mõjutavad negatiivselt mehe enda elu kvaliteeti ning põhjustavad ka enneaegset suremust,” selgitas prof Punab.

Oluliseks teguriks on ka meeste enda hinnang oma tervisele. „Värskest läbi viidud terviseuuringu põhjal hindavad 60% meestest vanuses 40–49 oma tervist vähemalt heaks. See omakorda võib olla põhjuseks, miks ei pöörduda varem oma tervist kontrollima. Kahjuks ei kinnitanud „head tervist“ ka uuringutulemused. Alustades meestespetsiifiliste muredega – 32,5% meestel esines mõõdukas või oluline, see tähendab üsna kindlasti mehe elukvaliteeti mõjutav, kõrvalekalle. Kui lisada leebemad tervisemured ja mehespetsiifilised terviseriskid, siis leidsime kõrvalekaldeid kokku 71% uuritud meestest. Kui rääkida üldisematest terviseriskidest, siis neid tuvastasime pea 90% meestel. Kõige kriitilisemad nendest kõrge koles-



Prof Margus Punab

Foto: Evelin Lumi

teroolitase veres (73% uuritudest), kõrge vererõhk (54,5%), ülekaal ja rasvumine. Normaalkaal (KMI <25) oli ainult 28% uuritud meestest. Lõpptulemusena ei tuvastanud me ühtegi terviseriski vaid 2% uuritud meestel,” tutvustas kõnekaid tulemusi prof Punab. Ta rõhutas, et ülekaalus meestel on ka kõrgem vererõhk ja kolesterooli tase, alarmeerivad maksanäitajad ning madalam meessuguhormooni tase ja erektsioonihäired „Meeste ülekaal on kõige olulisem ennetatav tervise riskitegur. Ülekaal suurendab riski nii südame-veresoonkonna haiguste, diabeedi, kroonilise neeruhaiguse, luu- ja lihaskonna haiguste, aga ka vähkkasvajate tekkimiseks,” kinnitas Margus Punab.

Meestearsti sõnul võib otsida põhjuseid ka selles, et Eestis on seni puudunud meestele suunatud soospetsiifilised ennetavad

terviseprojektid. „Eelnevat arvesse võttes töötasime meestekliinikus läbiviidud teadusuuringute alusel välja n-õ soovitusete paketi, millal peaksid mehed läbima süsteemse tervisekontrolli ka siis, kui neil selgelt väljendunud tervisehäireid ei esine,” sõnas Punab.

Prof Margus Punab lisas, et meeste harjumus oma tervise eest hoolitsemiseks kasvab ajaga. „Meeste ennetavate tervisekontrollidega seis on juba ajas palju paremaks muutunud. Kõige n-õ ohustatumaks grupiks peame 35–45-aastaseid mehi, kes just selles eas vajavad meeste tervise süvauuringuid. Süsteemselt pakub seda teenust täna vaid kliinikumi meestekliinik neljas Eesti keskuses,” lausus lõpetuseks Margus Punab.

KLIINIKUMI LEHT

Eraldi tähelepanu ja spetsiifilisi lisauuringuid vajavad:

- Mehed, kelle lähisugulastel on noores eas (enne 50. eluaastat) esinenud vähkkasvajaid (eesnäärme ja rinnavähk, aga ka teised), tõsisemaid südame-veresoonkonna haiguseid või on esinenud tervisemuredest tingitud varaseid surmajuhte.
- Ülekaalulised mehed
- Suitsetavad ja alkoholi liig tarvitavad mehed
- Seksuaalse riskikäitumisega mehed

Aeg	Tervisekontrolli eesmärk	Läbiviija
Sünd-esimene eluaasta	Sisuks üldine areng, munandite laskumine ja suguelundite areng	Perearst või lastearst
Hilispuberteet, 16.–19. eluaasta	Kehaline areng, hilisemad terviseriskid	Meestearst
35.–45. eluaasta	Esimene põhjalikum tervisekontroll (kui varem pole tehtud)	Perearst või meestearst
40. eluaasta	Esimene eesnäärme kontroll. Edasine otsustatakse uuringute alusel. Enamasti 4–5 aastase välbaga	Perearst, meestearst või uroloog
50+ eluaastad	Regulaarne eesnäärme kontroll (1–2–4 aasta tagant vastavalt eelmise korra leiule). Kusehäirete ravi vastavalt vajadusele	Perearst, meestearst või uroloog

Allikas: Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik



Naatan Haamer ja dr Katrin Elmet

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Naatan Haamer: elu lõpp kuulub elutee juurde

Kliinikum 2022. aasta alguses avatud palliatiivravi osakond pakub patsientidele elulõpuravi, mis toob viimastesse elupäevadesse inimväärsust raskete vaevuste leevendamisega.

Dr Katrin Elmet anesthesioloogia osakonnast ja hingeoidja Naatan Haamer rääkisid Kliinikumi Lehele, kuidas on muutunud ühiskonna suhtumine elu lõpu teemadesse ning mida see tervishoius endaga kaasa toob.

Miks on palliatiivravi muutumas aina olulisemaks?

Dr Katrin Elmet: Vaatamata meditsiini arengule, ei ole inimesed muutunud surematuks. Vähestele on antud kiire ja valutult elust lahkumine, enamusele saavad osaks märkimisväärsed kannatused. Üha rohkem võetakse omaks seisukohta, et tänapäeval ei pea inimene leppima kogu valu ja viletsusega, mis raskete haiguste ja elu lõpuga pahatihti kaasnevad. Seetõttu on palliatiivravi vältimatult patsiendi raviteekonna osa juhtudel, kui haiguse paranemisele suunatud ravi on ammendatud. Väärkas elu lõpp peaks olema isenesest mõistetav. Ja mitte ainult elu lõpp, vaid ka raskete haiguste ravi, näiteks vähiravi, võib osutada nii karmiks, et patsiendid vajavad palliatiivravi võtteid.

Palliatiivse ravi sihiks on patsient kui tervik koos füüsiliste, vaimsete ja sotsiaalsete muredega, mitte enam haigusest paranemine. Lisaks peaks palliatiivravi pak-

kuma tuge ja nõustamist elu lõpusirgele jõudnud patsiendi lähedastele, muuhulgas ka leinaabi.

Naatan Haamer: Aktiivras on fookus tervistava ravi poole. Kui see aga enam ei ole võimalik, peab olema hooliv ja soe koht, kus tervenemise eesmärk asendub eesmärgiga mitte kannatada. Palliatiivravi osakonnas väärtustatakse ja austatakse elu, mis on järele jäänud. See vajab laiemat pilti, kui ühe või mitme seisundi või haiguse ravimine. Ühel hetkel ei ole küsimus enam füüsilisel tervisel, vaid inimesel tervikuna. Palliatiivras on esindatud hoiak, et inimene on tervik.

Millised tegevused kuuluvad palliatiivravi juurde?

Naatan Haamer: Nagu öeldud, siis fookuses on inimese heaolu, mistõttu võivad kõne alla tulla ka meetodid, mis traditsiooniliselt tervistamise protsessi juurde ei käi – näiteks maitseelamuste lubamine, kohvi või koguni pokaali veini lubamine, meelistegevuste planeerimine päevakavasse. Piiratud vabadusega inimese jaoks saavad eriti tähtsaks inimesed tema ümber, suhe ja suhtlus nendega.

Katrin Elmet: Väärkas elu lõpp on võimalik siis, kui patsient tunneb end inimvää-

senat. Inimest võivad piinata väga paljud füüsilised kaebused, mille leevendamiseks on palju erinevaid võtteid. Kuid mulle tundub, et palju keerulisem on lahendada psühholoogilisi, spirituaalseid ja sotsiaalseid muresid ning raskeim ülesanne on patsiendi lähedaste lepitamine olukorraga. Tundub, et palliatiivravi võimsaim ravivõte on sõna. Ilma hea ja professionaalse suhtlemisoskusega on siin ilmselt raske head abi pakkuda.

Kes kuuluvad palliatiivravi meeskonda?

Katrin Elmet: Palliatiivravi on interdistsiplinaarne valdkond, siin ei piisa vaid arstidest ja õdedest. Meeskonda peavad kuuluma veel väga paljud spetsialistid: hingeoidjad, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, füsioterapeudid, toitmisnõustajad, logopeedid.

Palliatiivravi juurde kuuluvad ka hospitsi voodikohad, milles on nende erinevus?

Katrin Elmet: Hospiits on nende inimeste jaoks, kellel ei ole jäänud enam kaua elada. Hospiitsi nimetatakse ka elulõpuraviks. Hospiitsi peamine eesmärk on vaevuste leevendamine, inimväärikust austav põetamine ja parima võimaliku

▶ elukvaliteedi võimaldamine kuni surmani, lähedaste toetamine ning leinatöö surma saabudes. Hospiitsteenust saab osutada kodus, hooldekodus ja haiglas. Hospiits on palliatiivravi elu lõpus.

Milliste haigustega patsiendid vajavad peamiselt palliatiivravi?

Katrin Elmet: Palliatiivravi on alguse saanud vähihaigete vaevuste leevendamiseks ja ka tänapäeval on põhiline palliatiivravi patsient pahaloomulise kasvujaga inimene. Palliatiivravi algab juba haiguse paranemisele suunatud raviga koos ja kui patsient ei tervistu, siis kasvab haiguse progresserudes palliatiivravi osakaal järk-järgult. Tegelikult vajavad aga palliatiivravi kõik raskeid elu ohustavaid haigusi põdevad patsiendid, eriti kui haigus ei ole enam ravitav. Nii et palliatiivravi peaks olema kättesaadav südamehaigetele, kopsuhaigetele, neuroloogilisi ja paljusid teisi haigusi põdevatele inimestele.

Kuidas on teie arvates ühiskond valmis võtma vastu elu lõpu teemasid?

Katrin Elmet: Mul on tunne, et isegi tervishoiutöötajad ei ole eriti valmis surmaga leppima. Meditsiinis on pikka aega peetud ülimalt eesmärgiks inimese säilitamist nagu see ka Genfi deklaratsioonis peale II maailmasõda, 1948. aastal, kirja pandud sai. See ülesanne on paljude arstide jaoks kõige püham ka tänapäeval, vaatamata sellele, et kaasaja meditsiinis ei tohiks elu säilitamine enam omaette eesmärk olla.

Palliatiivravi osakonda hospitaliseerimiseks on vajalik pere- või eriarsti saatekiri, mille järel on vajalik teha broneering.

Kliinikumi-siseselt on vajalik eelnev broneerimine, mille järel saab patsiendi suunata palliatiivravile. Koha broneerimiseks võtke ühendust palliatiivravi@kliinikum.ee või palliatiivravi koordinaatoriga 731 7113; 5321 7113.

Oleme muutunud tehnoloogiliselt nii võimsaks, et peame võtma kohustuse seda võimu ka vastutustundeliselt kasutada. Selles valguses on ka Genfi deklaratsioon aastast 2005 kaasajastatud – arstil lasub nüüd kohustus inimesusse hoopis austavalt suhtuda. Austus ilmselgelt pole säilitamine, vaid tähendab ka inimese surma aktsepteerimist. Tänapäevaste võimaluste juures on elu säilitamine ju üsna lihtne eesmärk, palju keerulisem on tegutseda inimese parimates huvides, teda mitte kahjustada ja austada tema tahet ja väärtusruumi.

Naatan Haamer: Ühiskond ei ole veel hästi valmis, mis puudutab reageerimist surmale. Või õigemine, on selle ära unustanud. Teemaga tegelemist välditakse ja lükatakse edasi, perekondadel on olukorraga raske leppida ning otsitakse võimalusi, kardetakse, süüdistatakse. Tegelikult

tuleks võtta vastu mõte surmast, et inimene on oma elu elanud ning ei saa enam naasta tavapärasesse ellu või terveneda. Suremises ei ole inimelu mõttes midagi valesti – see kuulub inimelu juurde, see pole kellegi süü.

Mõtlemine on muutunud pärast teist maailmasõda, kus surm omandas koletisliku ilme ja kaotas loomulikkuse. Algas ka meditsiini hüppeline areng ning sõjajärgselt oli inimkonnale ka vaja kuvandit, et meditsiin on kõikvõimas. Mulle isiklikult tundub, et oma roll on ka sellel, et inimkond liigub individualismi poole. See omakorda seab inimestele kõrged ootused, ent surev inimene ei suuda ju neid täita. Samuti ei ole perekonnad enam koos vana aja traditsioonilises mõttes, lapsed ei näe, kui vanavanemad surevad. Lähedased küll suudavad hooldada lähedast kodust, ent ei ole valmis ega harjunud mõtlema sellest, et eesmärk ei ole inimese tervistamine, vaid tuleb austada surma ja loomulikkuse suremise protsessi ehk hääbuva elu elamist, mille sihiks on surm.

Katrin Elmet: Elu lõpusirgele jõudnud inimene soovib oma kodus, tuttavas keskkonnas, rahu lahkuda. Aga see käib sageli üle jõu perekonnale, kes toovad sureva lähedase haiglasse. Palliatiivravi ning hospitsi voodikohad on ikka väga vajalikud, sest surmast distantseerunud ühiskonnas teist võimalust ei ole.

KLIINIKUMI LEHT

TÄNUVAVDUSI

November 2022, südamekliinik

Soovin tänada kogu südamest rütmihäirete kabineti personali, eriti **dr Rain Paju** ning **dr Indrek Rooset** sooja ja professionaalse suhtumise eest minu murede lahendamisel. Suured tänud õdedele ja hooldajatele, keda nimeliselt kahjuks ei tea. Tundsin end Teie juures tõeliselt oodatuna...

November 2022, naistekliinik

Soovime südamest tänada sünnitusosakonnas tööl olnud **ämmaemand Maris Raudet**, kes võttis vastu meie tütrekese ja hoolitses esimestel tundidel meie eest igati! Tundsin end 14h "maratoni" järel tõeliselt hoitud. Õige inimene õigel ametikohal! Suur-suur tänu veelkord!

November 2022, lastekliinik

Tahan avaldada kiitust **lasteõele Aleksandr Trutnevile**, kes viis läbi lapse EEG uuringut. Olles seal palju kordi käinud, siis nii mõnusalt mänglevat ja last kaasavat kogemust pole kunagi olnud, lapsel tekkis kiirelt usaldav ja turvaline olu, et ka uuringus oluline uinumise osa tuli välja. Kiituskiri uuringult on nüüd aukohal. Aitäh Aleksandr.

November 2022, sisekliinik / südamekliinik / meestekliinik / juhatus

Olen kliinikumi arstide, õdede abiga elanud, töötanud, saanud elus hakkama pikad kolmkümmend üheksa aastat. Vanusega tulevad juurde terviseprobleemid. Viimased aastad on mind professionaal-

set, aga ka inimliku suhtumisega ravinud **dr Jekaterina Saar**, **dr Sven Tennisberg**, käesoleval aastal kardioloog **dr Evi Tamm**. Vahel aitab rohkem, kui arsti poolt välja kirjutatud ravim, hea suhtumine, nõuanne, tervenemissu suundamine. Sooviksin, et saate eelmainitud arste omalt poolt tunnustada ja tänada.

November 2022, nahahaiguste kliinik

Südamlikud tänud **dr Annika Volkele** väga professionaalse ja meeldiva teeninduse ning suhtumise eest.

November 2022, kirurgikliinik

Soovin tänada **dr Kaisa Saarniitu** väga professionaalse ja meeldiva teeninduse ning suhtumise eest.



Enneaegsed kolmikud lastekliinikus

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Ilmunud on enneaegsetele lastele pühendatud raamat

Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus esitleti rahvusvahelise enneaegse sünni päeva raames raamat-albumit „Minu lugu“, mille autor on kliinikumi lastekliiniku neonatoloogia osakonna õde Kaija Piller.

Raamat „Minu lugu“ on küll mõeldud enneaegselt sündinud lapse vanematele, kuid see sobib kasutamiseks kõigile värskele lapsevanemale. Raamat annab võimaluse koguda ja säilitada lapse sünnist alates need kordumatud hetked, mis aastate möödudes tunduvad uskumatuna.

Neonatoloogia osakonna õde Kaija Piller tugines raamatu koostamisel oma töökogemusele lastekliiniku vastsündinute osakonnas, suhtlusele enneaegsete laste vanematega ning ka programmi „Lähedane koostöö lapsevanematega“ läbimisele. „Kuulates lugusid ja nähes neid imelisi perekondi, kes alustavad oma vastsündinuga haiglas, tundus oluline anda võimalus selle kogemuse salvestamiseks,“ ütles Piller. „Esialgne kiire haiglatempo ühel hetkel aeglustub ja muutub rutiiniks, kus väikeid edusamme on raske tähele panna,“ lisas ta.

Raamatusse saab kirja panna teekonna haiglast alates kuni viienda eluaastani. Tavapäraselt kirjeldatakse beebiraamatutes lapse arengut kuni esimese eluaasta lõpu-

ni, aga enneaegsed ja haiglaravi vajanud lapsed jäävad lastearsti vaatevälja tervise ja arengu jälgimiseks kauem.

Enneaegseteks loetakse neid lapsi, kes sünnivad enne tähtaega, 23.-37. rasedusnädalal, Eestis ligikaudu 800 last aastas. Võrreldes maailmaga on Eestis nii enneaegsuse tase madalam kui ka tulem parem – maailmas sünnib iga kümnes laps enneaegsena, Eestis iga kahekümnes. Lastekliiniku neonatoloogia osakonna juht dr Heili Varendi kinnitas, et meditsiini areng viimasel 30 aastal on taganud selle, et isegi väga ebaküpsena, rohkem kui 2 kuud enneaegsena sündinud laste eluanss on Eestis viimase 10 aasta jooksul olnud üle 90%. Dr Varendi rõhutas, et oluline ei ole ainult iga hinnaga ellu jäämine, vaid ka selle lapse elukvaliteet edaspidi. Levinud müüdi on uskumus, et kui laps läheb haiglast koju, siis on probleemid möödas, kuid nii see ei ole. „Iga lapse areng läheb tema rada pidi ja kõigile ei saa anda ühte kuldset retsepti või ennustada 100% täpsusega kaugtulemusi,“ sõnas dr Varendi.

„Iga lugu on erinev. Me ei tea, kuidas see kulgeb või kuhu viib. Nii ka see raamat. Rõngasköide võimaldab lapsevanemal lehti oma soovi kohaselt ümber paigutada või välja võtta - see on vaid põhi, millele saab kujundada oma loo,“ tutvustas Piller raamatut. Lisaks tänas Piller raamatu illustraatorit, Kadri Võsumäed: „Tänu temale on see saanud selline armas ja lapselik.“ Selleks, et toetada peresid nende raskel teekonnal, ulatab abikäe Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefond, kinkides raamatu väga enneaegsena sündinud ja intensiivravi vajavate vastsündinute emadele.

Enneaegselt sündinud laste päeva tähistati 17. novembril, mille puhul värvusid mitmed asutused ja hooned lilla valgusega, nii ka kliinikum. Enneaegselt sündinute tunnusvärv sirelililla sümboliseerib tundlikkust ja erandlikkust.

KLIINIKUMI LEHT