

Kliinikumi Leht

Nr 297, august 2026

www.kliinikum.ee

Eesti esimene maksasiirdamine patsiendile, kelle jämesoolevähi metastaasid olid levinud maksa

Juunis 2026 tehti Tartu Ülikooli Kliinikumis esimest korda Eestis maksasiirdamine patsiendile, kelle põhihaiguseks oli sigmakäärsoole pahaloomuline kasvaja, mille metastaasid olid levinud maksa. Seni on maksa metastaase peetud maksasiirdamise vastunäidustuseks.

Tartu Ülikooli Kliinikumi abdominaalkirurgia osakonna juhi ja maksasiirdamiste eestvedaja dr Andrei Uksovi sõnul on maksasiirdamine pahaloomulise kasvaja metastaasidega maksas alles algusjärgus ning veel 20 aastat tagasi ei tulnud selline ravimeetod kõne allagi. „Pikka aega olid kolorektaalvähi maksametastaasid maksasiirdamise vastunäidustuseks. Praegu tehakse sellise diagnoosiga maksasiirdamisi maailmas veel harvadel juhtudel ja üksikutes keskustes, kuna kriteeriumitele vastavate patsientide hulk on piiratud. Kõige eesrindlikum on olnud Oslo Ülikooli Haigla ning seal läbi viidud uuringute järgi on hästi valitud patsientide 5 aasta elulemus kuni 83%, erinevalt patsientidest, kes saavad ainult keemiaravi ning kelle elulemus on kuni 9%,“ rääkis dr Uksov.

Uudse siirdamise ettevalmistusi tehti üle poole aasta. Patsiendi raviplaani kuulusid nii esmase kasvajakolde eemaldamine kui ka kuuekuuline keemiaravi, misjärel oli võimalik hinnata ravitulemust ja sobivust maksasiirdamiseks. „Vahetult enne maksasiirdamist viisime läbi ka täiendava diagnostilise laparotoomia, mille eesmärk oli veenduda, et väljaspool maksa ei esine kasvaja siirdeid. Pärast diagnostilist ope-



▶ ALGUS LK 1

ratsiooni saime liikuda edasi maksasiirdamise juurde,” kirjeldas dr Uksov. Ta lisas, et kogu protsess oli siirdamismeeskonna poolt väga hästi planeeritud ja koordineeritud. Siirdamismeeskonda kuulusid Kliinikumi maksasiirdajad, veresoontekirurg, anestezioloogid, intensiivraviarstid ning siirdamise-eelselt ka mitmed onkoloogid ja gastroenteroloogid.

Maksasiirdamise operatsiooni järgne periood on kulgenud patsiendil ootuspäraselt ning tema ravi jätkub tavaosakonnas. Dr Uksovi sõnul on ta optimistlik maksasiir-

damise näidustuste hulka lisandunud uue diagnoosi osas ning Eestis võib sellist elupäästvat operatsiooni aastas vajada 2–4 patsienti. „Ainult vähesed kolorektaalvähi maksa metastaasidega patsiendid sobivad siirdamiseks, kuna peavad vastama kindlatele kriteeriumitele, et siirdamine õnnestuks ja kaugtulemused oleksid head. Oleme koos onkoloogide ja gastroenteroloogidega Eesti kriteeriume välja töötamas ning seni juhindume Norra ja Hollandi kogemusest,” selgitas dr Uksov.

Tartu Ülikooli Kliinikum on Eesti ainus siirdamiskeskus, kuuludes ka Scandiatransplanti, mis on Eesti, Islandi, Norra, Rootsi,

Soome, Taani elundisiirdamiskeskusi liitev organisatsioon. Uuenduslik maksasiirdamine Eestis kinnitab veelkord Kliinikumi ravitöö samaväärset kõrget taset teiste Põhjamaadega. Maksasiirdamisi viiakse Kliinikumis läbi juba 1999. aastast. Kõik elupäästvad siirdamised saavad teoks tänu headele doonoritele, kellele nii Kliinikum kui ka siiratud patsiendid ning alles ootelehel olevad patsiendid väga tänulikud on.

KLIINIKUMI LEHT

Ortopeediikliinikut juhib järgmised neli aastat dr Kaspar Tootsi

Avajahemikus 1. oktoober 2026–30. september 2030 juhib Tartu Ülikooli Kliinikumi ortopeediikliinikut vanemarst-õppejõud Kaspar Tootsi.

Dr Kaspar Tootsi lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 2013. aastal ning kaitses doktoritööd 2017. aastal. Ortopeedia eriala residentuuri lõpetas ta 2021, viibides samal aastal järel doktorantuuris ka Magdeburgi Ülikoolihaigla ortopeediikliinikus.

Ravitööd on dr Tootsi teinud nii erakorralise meditsiini osakonna traumakabinetis kui ortopeediikliiniku ortopeedia osakonnas. Tema ortopeedia-alane kliiniline töö on laia fookusega ulatudes nii puusa, põlve, öla, küünarliigese endoproteesimistest kuni luukasvajate eemaldamisteni ning tuumorendoproteesimisteni. Kliinilise töö kõrval täitis ta 2025. aastal ortopeedia osakonna juhi kohuseid ning 2026. aasta veebruarist on ta ortopeediikliiniku juhi kohusetäitja. Samuti on ta vedanud eest endoproteesimise raviteekonna projekti Kliinikumis.

Ülikoolihaigla omales pühendab dr Tootsi end ka õppe- ja teadustööle, olles ametis ka Tartu Ülikoolis ortopeedia kaasprofessorina. Tema teadustöö peamised uurimisvaldkonnad on artroplastika, osteoartritis, kõhre regeneratsioon, õlavarelu ja reieluu proksimaalse otsa murru ravi, periproteesinfektsioonide ravi, metaboolika, arterite jäikus ja süsteemne põletik. Samal ajal jagab ta oma teadmisi ka edasi ning tema juhendamisel on valmimas mitu väitekirja.



Dr Kaspar Tootsi

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Dr Tootsi on Eesti Noorte Teaduste Akadeemia liige, Põhjamaade ortopeedia föderatsiooni (NOF) teaduskomitee liige, Eesti Ortopeedia Seltsi juhatuse liige ning Eesti Artroplastika Seltsi esimees.

Dr Kaspar Tootsi sõnul näeb ta Kliinikumi ortopeediikliinikut riikliku tippkeskusena, mis koondab kõige keerukamad haigusju-

hud ning kujundab aktiivselt eriala arengut. Samuti peab ta oluliseks koostööd teiste erialade, teadusasutuste ja rahvusvaheliste partneritega, et tuua Eestisse uuenduslikke ravimeetodeid.

KLIINIKUMI LEHT

Erakorralise meditsiini osakond

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Kliinikumi juuliku soovituseindeks oli 89

Tartu Ülikooli Kliinikumi soovituseindeks oli juulikuus 89, säilitades juuniku kõrge tulemuse. Patsientide vahetu tagasiside põhjal moodustuv soovituseindeks peegeldab üldist hinnangut Kliinikumis saadud ravi ja teeninduse osas ning annab väärtuslikku tagasisidet selle kohta, kuidas patsiendid oma raviteekonda Kliinikumis kogevad.

Juuliku tagasisides töid patsiendid kõige sagedamini esile tõttajate sõbralikkude ja hoolivat suhtumist, professionaalsust ning

põhjalikke selgitusi. Samuti kiiret tegutsemist, eriti erakorralise meditsiini osakonnas ja päevakirurgias.

Arenguvõimalustena kerkisid kõige enam esile eriarsti vastuvõttude pikad ooteajad ja teenuse kättesaadavus.

Soovituseindeksi kaardistamiseks küsib Kliinikum patsientidelt vahetut tagasisidet peale vastuvõtul või haiglaravi käimist, saates patsientidele e-kirja, milles palub

jagada oma teenusekogemust ning anda 10 palli skaalal hinnang, kui tõenäoliselt soovitataks osutatud tervishoiuteenust oma sõbrale või lähedasele.

Täname kõiki patsiente, kes oma kogemusi ja mõtteid on jaganud!

Pikemalt soovituseindeksi mõõtmisest: www.kliinikum.ee/soovituseindeks

KLIINIKUMI LEHT

Kliinikumi nõukoguga liitus Sven Kirsipuu

1. juulist 2026 kuulub Tartu Ülikooli Kliinikumi nõukogu koosseisu Rahandusministeeriumi asekanter Sven Kirsipuu senise nõukogu liikme Merike Saksa asemel.

Sven Kirsipuu on Rahandusministeeriumi eelarvepoliitika asekanter, kes omab muuhulgas pikaajalist juhtimiskogemust erinevate riigiasutustega ettevõtete ja sihtasutuste nõukogudes. Ta on lõpetanud Tallinna Tehnikaülikooli majandusteaduskonna ja 2019. aastal sama kõrgkooli IT-kolledži magistriõppekava. Kliinikumi nõukogu on kaheksaliikmeline, kuhu kuuluvad kolme asutaja – Tartu Ülikooli, Sotsiaalministeeriumi kui riigi esindaja ning Tartu linna – esindajad. Nõukogu liikmeteks on 1. juulist 2026 selle esimees prof Kristjan Vassil, Urmas Klaas, Maarjo Mändmaa, Sven Kirsipuu, Mihkel Lees, prof Eero Vasar, kolonelleitnant dr Ahti Varblane, Kaspar Kokk.

KLIINIKUMI LEHT

Sven Kirsipuu

Foto: Sven Tupits

Närvikliinik liitus Globaalse Parkinsoni Geneetikaprogrammiga, et osaleda Parkinsoni tõve efektiivse ravi arendamises

2026. aasta kevadest liitusid Eesti kaks suurhaiglat – Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla – Globaalse Parkinsoni Geneetikaprogrammiga GP2 (*The Global Parkinson's Genetics Program*), mis ühendab kogu maailma liigutushäirete teadlaste kogukonna. Programmil on ambitsioonikas eesmärk – kirjeldada kogu populatsiooni parkinsonismi geneetilist profiili ja mehhanisme, et selle alusel töötada välja efektiivne ravi.

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Programm kestab aastani 2035 Michael J Foxi Fondi toel ning praeguseks on kogutud umbes 300 000 parkinsonismiga inimese ja nende sugulaste geenianalüüsi koos kliinilise kirjeldusega. GP2 organisatsiooni kuuluvad pea 100 riigi liigutushäirete uurimisrühmad enam kui 400 patsiendikohordiga, nende hulgas nüüd ka Eesti, mida esindavad kaks uuringukeskust: Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla.

Parkinsoni tõbi on üks kõige kiirema kasvutempoga närvisüsteemi haiguseid, mida põeb maailmas hinnanguliselt 12 miljonit patsienti. „Tegemist on progresseeruva neurodegeneratiivse haigusega, mille korral ajurakud hävivad – selle protsessiga on seotud mitmed riskifaktorid ja mehhanismid, mille suhtes meil täit teadmist veel ei ole. Parkinsoni tõve esinemissagedus suureneb vanusega, seega toob kasvav keskmine eluiga kaasa patsientide arvu suurenemise rahvastikus. Haigestumise tõusuga on seotud veel mitmed tegurid: geneetika, keskkond, elustiil, ka kaasuvad haigused.



Prof Pille Taba

Teadusprojekti eesmärgiliseks oodatavaks tulemuseks on geneetiliste mehhanismide ja teiste faktorite seoste selgitamine, sealhulgas sotsiodemograafiliste, kliiniliste ja keskkonnategurite prognostilise tähtsuse hindamine,“ selgitas teadutöö eesmärke Tartu Ülikooli Kliinikumi närvikliiniku neuroloog dr Liis Kadastik-Eerme.

Praegu kasutatakse Parkinsoni tõve käsitluses sümptomaatilist ravi, mis leevendab süvenevat liigutushäiret. Kui haigus siiski progresseerub, ei ole siiani tõenduspõhist haigust ennetavat ega pidurdavat ravi. „Läbi on viidud mitmeid ravimuuringuid ja leitud paljulubavaid toimeaineid haiguse kulu mõjutamiseks ja prognoosi parandamiseks, samas kliinilistes uuringutes ei ole need tõhusaks osutunud. Üheks takistavaks asjaoluks haiguskulgu modifitseerivate ravimite arendamisel võivad olla piiratud teadmised Parkinsoni tõve neurogeneetikast, millele ongi suunatud käesolev programm,“ ütles närvikliiniku juht prof Pille Taba.

Lisaks programmis ette nähtud patsientide käsitlusele ja andmete kogumisele, tehakse kogutud andmete alusel ka Eesti-põhine kliiniliste ja geneetiliste andmete analüüs.

KLIINIKUMI LEHT

Praegu on projekt esmaste laborikatsetuste järgus. Tulemusi plaanivad teadlased tutvustada nii teaduskonverentsidel kui ka kliinikutes, et uuringust saadud teadmised jõuaksid kiiresti teadlaste ja arstideni ning aitaksid kaasa Parkinsoni tõve varasemale diagnoosimisele ja tõhusamale leevendamisele.

Doktoritöö kaitsmised:

- 27.08 kaitses **Triin Veber** doktoritööd „Keskkonnamüra mõju tervisele ja sellest tulenev tervisekadu“

EMILY LIEBERG

Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna kommunikatsioonispetsialist



Haiglaravi

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Patsientide rahulolu haiglaraviga kasvas

2026. aasta kevadel viidi Tartu Ülikooli Kliinikumis haiglaravil viibinud patsientide seas läbi rahulolu-uuring, milles osales 1604 statsionaarse ravi lõpetanud patsienti (55%). Uuringu eesmärk oli kaardistada Kliinikumi patsientide kogemused haiglaravil ning planeerida sellest lähtuvaid parendustegevusi järgmisteks aastateks.

Uuring näitas, et patsientide üldine rahulolu haiglaraviga on võrreldes eelmise, 2023. aasta uuringuga paranenud. Väga rahule jäi oma haiglaravi kogemusega 80% vastanutest ning 90% pöördus vajadusel uuesti Kliinikumi ravile. Samuti hindas 83% patsientidest oma haiglas viibimise kogemust tervikuna väga heaks (9–10 punkti 10-pallisel skaalal).

Patsiendid väärtustasid enim personali professionaalsust ja suhtumist. Kõrgeima hinnangu said arstide ja õdede viisakus, usaldusväärsus, õdede kättesaadavus, valu leevendamine, inimvääre ja austav kohtlemine ning selged vastused patsientide küsimustele.

Parenduskohtadena töid patsiendid kõige sagedamini välja haiglatoitu, personali

enese tutvustamise ning ravimite ja nende võimalike kõrvaltoimete kohta antava info.

Ka vabatekstilises tagasisides tunnustati enim Kliinikumi töötajate professionaalsust, pühendumust ja hoolivat suhtumist. Kõige rohkem ettepanekuid puudutasid haiglatoitu ja olmetingimusi.

2026. aasta rahulolu-uuring kinnitab, et patsientide rahulolu Tartu Ülikooli Kliinikumi haiglaraviga on jätkuvalt väga kõrge ning võrreldes eelmise uuringuga isegi kasvanud. Patsiendid hindavad kõrgelt ravi kvaliteeti ning töötajate professionaalsust ja sõbralikkust suhtumist. Uuring tõi esile ka valdkonnad, kus arenguruumi veel leidub – oluline on jätkuvalt pöörata tähelepanu patsientide paremale informeerimisele, eriti ravimitega seotud teabele, ning jät-

kata haiglakeskkonna ja toitlustuse parandamist.

Lisaks rahulolu-uuringule on võimalik jooksvalt anda tagasisidet Kliinikumi tagasisidesüsteemi kaudu (www.kliinikum.ee/patsiendile/tagasiside) ning Kliinikumi küsib vahetut tagasisidet pärast ambulatoorseid vastuvõtte ja haiglaravil viibimist läbi Recommy keskkonna.

Statsionaarse ravi rahulolu-uuringut viiakse läbi iga kahe aasta tagant vaheldumisi ambulatoorse ravi uuringuga. Täismahus haiglaravil viibivate patsientide rahulolu-uuringu kokkuvõtet saab lugeda lugeda Kliinikumi kodulehelt.

KLIINIKUMI LEHT

TARTU ÜLIKOOI MEDITSIINITEADUSTE VALDKONNAS

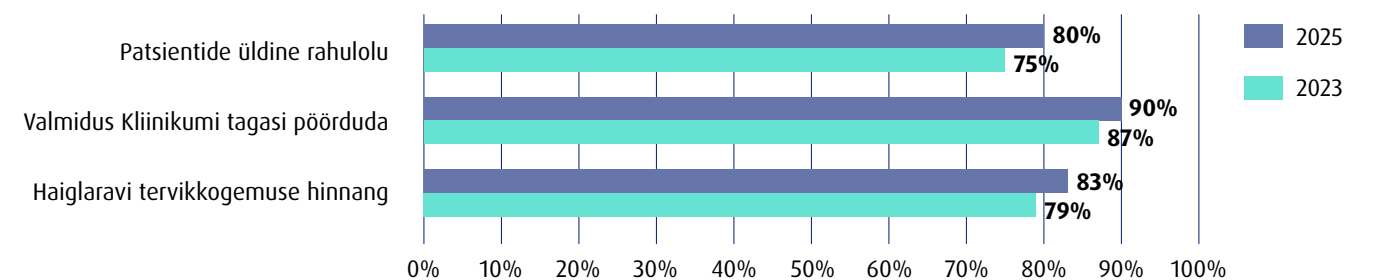
Tartu Ülikooli residentuuri esitati rekordarv avaldusi

Tänavu esitati TÜ residentuuri rekordilised 318 avaldust, mis näitab kasvavat huvi eriarsti väljaõppe vastu. Kokku kandideeris residentuuri 261 inimest. Kõige rohkem avaldusi laekus peremeditsiini erialale, kuhu esitati 47 avaldust 45 kohale. Seejuures märkis 37 kandidaati peremeditsiini oma esimeseks eelistuseks. Tihedaim konkurss kujunes suu- ja näo-lõualuukirurgia erialal, kus ühele õppekohale kandideeris üheksa inimest. Suur konkurss oli ka dermatoveneroloogia, lastekirurgia ja otorinolarüngoloogia erialal.

Tartu Ülikooli teadlased uurivad, miks suurendab krooniline stress Parkinsoni tõve riski

TÜ bio- ja siirdemeditsiini instituudi teadlased alustasid viieaastast uurimisprojekti, mille eesmärk on mõista, miks on pikaajalise depressiooni, ärevuse ja kroonilise stressiga inimestel suurem risk haigestuda Parkinsoni tõppe. Hiljutised laialdased uuringud on näidanud, et pikaajalise depressiooni ja ärevushäiretega inimestel on märgatavalt suurem tõenäosus haigestuda hilisemas elus Parkinsoni tõppe. Projekti juhtivuurija, TÜ farmakoloogia kaasprofessori **Miriam Ann Hickey** sõnul pole aga seni selge, millised bioloogilised mehhanismid seda seost selgitavad.

Haiglaravi rahulolu 2023. ja 2025. aastal



Akne ei ole ainult teismeliste mure

Akne on üks levinumaid nahahaigusi, millega puutub elu jooksul kokku 80–85% inimestest. Tegemist on karvafolliikuli ja rasunäärme kroonilise põletikulise haigusega, mis avaldub peamiselt näol, rindkerel ja seljal, kus rasunäärmeid on kõige rohkem. Akne avaldub enamasti teismeeas, kuid võib esineda ka täiskasvanutel.

Tartu Ülikooli Kliinikumi nahahaiguste kliiniku arst-residendi dr Laura Jõgeda sõnul on aknele iseloomulikud komedoonid ehk must- ja valgepead, põletikulised paapulid ja pustulid ning raskematel juhtudel põletikulised sõlmed ja tsüstid. „Akne kõige varasem lööbeelement on komedoon, mis tekib siis, kui karvafolliikuli pooriava ummistub rasu ja surnud naharakudega. Kui ummistunud karvafolliikulisse lisandub põletik, kujunevad paapulid ehk punetavad nahapinnast kõrgemad lööbelemendid ning pustulid ehk mädase tipuga vistrikud,” selgitas dr Jõgeda.

Akne tekkes mängivad kesket rolli hormonaalsed muutused, suurenenud rasueritus, karvafolliikuli ava ummistumine, nahabakter *Cutibacterium acnes* ning põletikuline immuunreaktsioon. „Puberteedieas suureneb androgeenide ehk meessuguhormoonide mõju, mille tulemusena toodavad rasunäärmed rohkem rasu. Samuti tekivad ummistunud karvafolliikulis soodsa tingimused *Cutibacterium acnes* paljunemiseks,” ütles dr Jõgeda. Ta rõhutas, et bakterit leidub ka terve inimese nahal, kuid akne korral vallandab see põletikulise immuunreaktsiooni, mille tagajärjel tekivad põletikulised vistrikud ning raskematel juhtudel sügavad sõlmed või tsüstid.

Akne teket ja kulgu mõjutavad ka mitmed muud tegurid. „Oluline roll on pärilikkusel – kui ühel või mõlemal vanemal on olnud raske akne, on suurem tõenäosus selle tekkeks ka lastel. Haiguse kulgu võivad mõjutada menstruaaltsükkel, rasedus või polütsüstiliste munasarjade sündroom. Mõnel inimesel süvendavad aknet kõrge glükeemilise indeksiga toidud, nagu maiustused, magusad joogid ja valgest jahust valmistatud tooted. Samuti piimatooted või vadakuvalku sisaldavad toidulisandid,” selgitas dr Jõgeda. Tema sõnul ei ole stress akne põhjustaks, kuid võib olemasolevat haigust süvendada ja paranemist aeglustada.

Aknet võivad esile kutsuda või ägestada ka mõned ravimid, sealhulgas testosteroon, anaboolsed steroidid, kortikosteroidid ja liitium. „Sageli arvatakse, et akne tekib halva hügieeni tõttu, kuid sageda-



Õde Maili Maalmann

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

sem näopesu seda tegelikult ei ravi. Liigne pesemine ja tugevatoimelised puhastusvahendid võivad hoopis kahjustada naha kaitsebarjääri ja süvendada põletikku. Samuti võivad aknet ägestada poore ummistavad ehk komedogeensed kosmeetika- ja nahahooldustooted,” ütles dr Jõgeda.

Kõige sagedamini algab akne 12.–13. eluaasta paiku, kuigi esimesed nähud võivad ilmneda ka varem. „Puberteedieas esineb aknet poistel ja tüdrukutel sarnase sagedusega, kuid poistel kulgeb haigus sageli raskemalt. Enamikul inimestest taandub akne enne 25. eluaastat, kuid osal võib akne püsida või tekkida ka täiskasvanueas. Täiskasvanute puhul näeme, et aknet esineb sagedamini naistel,” selgitas dr Jõgeda. Kuigi enamasti tekib akne näole, eriti otsmikul, ninal, põskedel ja lõual ehk T-tsoonis, võib seda esineda ka seljal, rindkerel ja õlgadel – raskematel juhtudel on haaratud mitu kehapiirkonda korraga.

Akne ravi eesmärk on vähendada põletiku, ennetada uute lööbeelementide teket, vältida armistumist ning parandada patsiendi elukvaliteeti. „Ravi aluseks on õige nahahooldus, mille juurde kuuluvad õrn puhastusvahend, mittekomedogeenne niisutav kreem ja igapäevane päikesekaitse.

Kerge akne korral kasutatakse peamiselt paikseid ravimeid, nagu retinoidid, bensoiülperoksiid ja aselaiinhape. Vajaduse korral kasutatakse ka kombinatsioonpreparaate,” selgitas dr Jõgeda. Kui akne on ulatuslikum ja põletikulisem või paikne ravi ei anna 3–6 kuu jooksul piisavat tulemust, kasutatakse suukaudseid ravimeid, milleks võivad olla antibiootikumid või isotretinoiin.

Naistel kasutatakse teatud juhtudel ka kombineeritud hormonaalseid rasestumisvastaseid tablette või spironolaktooni. „Isotretinoiin on raske põletikulise akne korral väga efektiivne ravim, mida kasutatakse juhul, kui esineb armistumise risk, akne ei allu teistele ravimeetoditele või haigus mõjutab oluliselt inimese elukvaliteeti. Ravikuur kestab tavaliselt 6–8 kuud ning selle ajal on vajalik regulaarne nahaarsti jälgimine ja vereanalüüside tegemine. Kuna isotretinoiin võib põhjustada loote väärarenguid, ei tohi ravi ajal ega ühe kuu jooksul pärast ravi lõppu rasestuda,” rõhutas dr Jõgeda.

Ta tõdes, et akne ravi nõuab järjepidevust ja kannatlikkust. „Esimesi märgatavoid tulemusi võib enamasti oodata alles 6–8 nädala möödudes. Ravi alguses võivad ►

Kliinikumi ortopeedid osalesid rahvusvahelises uuringus, mis tuvastas osteoartroosi tekkes ja progresseerumises olulist rolli mängivad geenid

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum



Prof Aare Märtsen ja dr Kaspar Tootsi

juseid ning loovad aluse uute sihipäraste ravimeetodite väljatöötamiseks.

Teadlased töid esile ka kaks olemasolevat ravimite sihtmärki, LGALS3 ja SMAD7, mis võivad tulevikus pakkuda võimalusi osteoartroosi raviks juba kasutusel olevate ravimitega.

Lisaks Kliinikumi ortopeediakliiniku ülemarst-õppejõule prof Aare Märtsenile ning

ortopeediakliiniku juhile dr Kaspar Tootsile oli uuringusse kaasatud ka Tartu Ülikooli genoomika instituut ning olulist rolli mängis vanemteadur Ene Reimann, kes osales rahvusvahelises teaduskoostöös. Dr Kaspar Tootsi sõnul kinnitab uuring, et patsientide aktiivne kaasamine teadustöösse on kriitilise tähtsusega osteoartroosi tekkepõhjuste mõistmisel. „Kliinilise materjali ühendamine nüüdisaegsete genoomikameetoditega võimaldab jõuda lähemale osteoartroosi personaalsetele ravilahendustele ning tulevikus ka haiguse kulgu mõjutavale ravile,” ütles dr Tootsi.

Kliinikumi ortopeediakliinik on genoomikaalast uurimistööd koos Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna ja geenivaramu teadlastega teinud juba üle kümne aasta ning antud uuring ilmestab Eesti teadlaste ja patsientide olulist panust rahvusvahelises liigesehaiguste teadustöösse.

Pikemalt saab uuringust lugeda siin: Katsoula G. jt. *Transcriptome analysis in osteoarthritis primary tissues identifies high-confidence effector genes*. *Nature Communications*, 2026.

KLIINIKUMI LEHT

► paiksed ravimid põhjustada naha kuivust, ketendust või ärritust, mis tavaliselt aja jooksul taanduvad. Kreemravimeid tuleb kanda kogu aknest haaratud piirkonnale, mitte ainult üksikutele lööbeelementidele,” selgitas dr Jõgeda.

Tartu Ülikooli Kliinikumi nahahaiguste kliiniku õe Maili Maalmanni sõnul kasutatakse lisaks ravimitele valitud juhtudel ka erinevaid protseduure. „Ühe sagedamini kasutatava ravivõttega tehakse pindmisi happekoorimisi, mis aitavad vähendada komedoone ja parandada naha seisundit. Komedonaalse akne korral võib täiendava ravimeetodina kasutada ka mehaanilist puhastust, mille käigus eemaldatakse komedoonid steriilsete töövõtetega,” selgitas Maalmann. Vajaduse korral kasutatakse ka valgus- ja laserravi ning suurte põletikuliste sõlmede koldesiseseid kortikosteroidsüste.

Tema sõnul on oluline meele pidada, et protseduurid on enamasti ravimravi täienduseks ega asenda seda. Samuti võivad akne paranemise järel nahale jääda armid või põletikujärgsed pigmendimuutused. „Aknearmide ravi sõltub armide tüübist, raskusastmest ja ulatusest. Kõige sagedamini kasutatakse laserravi, mikronõelumist ja keemilisi koorimisi ning vajaduse korral kombineeritakse erinevaid ravimeetodeid,” selgitas Maalmann. Akne armide täielik eemaldamine ei ole võimalik, kuid ravi aitab muuta need vähem märgatavaks ning parandab naha tekstuurid.

Aknega võib esmalt pöörduda perearsti poole, kes saab hinnata haiguse raskusastet, anda nõu sobiva nahahoolduse osas, alustada ravi ning vajaduse korral teha nahaarsti e-konsultatsioon. „Nahaarsti poole tasub kindlasti pöörduda siis, kui

akne on mõõdukas või raske, põhjustab valulikke põletikulisi sõlmi või tsüste, jätab arme või pigmendimuutusi või kui esmased ravivõimalused ei ole andnud piisavat tulemust. Eestis alustab isotretinoiinarvi nahaarst,” selgitas dr Jõgeda. Tartu Ülikooli Kliinikumi nahahaiguste kliinikusse saab nahaarsti vastuvõtule registreerida Terviseportaali, Kliinikumi kodulehe või kõnekeskuse telefoni 731 9100 kaudu ning saatekirja selleks vaja ei ole.

Lisaks nahaarstile on võimalik pöörduda Kliinikumi akneõe vastuvõtule. Vastuvõtt on mõeldud patsientidele, kellel on juba diagnoositud akne või alustatud ravi.

Artiklit saab pikemalt lugeda Kliinikumi kodulehelt.

KLIINIKUMI LEHT

Dr Toomas Aro pühendas pool sajandit kardiokirurgiale

30. juunil 2026 tähistati Tartu Ülikooli Kliinikumi südamekliiniku kardiokirurgia osakonna kirurgi dr Toomas Aro viimast tööpäeva. Sellega jõudis lõpule erakordne, viis aastakümnet kestnud arstitee, mille jooksul on ta aidanud paljusid patsiente, õpetanud noori kolleege ning kujundanud Eesti südamekirurgia arengut.

Dr Toomas Aro nimi on Eesti meditsiinis lahutamatu seotud nii kaasasündinud kui ka omandatud südamerikete kirurgilise raviga. Teda on kirjeldatud kui kõige laiema haardega südamekirurgi Eestis läbi aegade – arsti, kes valdab praktiliselt kõiki ajaloolisi ja tänapäevaseid kirurgilisi meetodeid nii laste kui ka täiskasvanute südamekirurgias. Lisaks kliinilisele tööle ja õppetööle on ta hea seisnud rahvusvahelise koostöö eest, mille tulemusena on Kliinikumi kardiokirurgia osakonnal tugevad koostöösid demed soome ja saksa kolleegidega.

Meremehe unistusest südamekirurgiks

Elukutse valiku üle mõtiskledes ei unistanud dr Aro arstiametit, vaid soovis saada meremeheks. Otsustava tõuke meditsiini poole andis vanaema, kes töötas meditsiiniõena ning õpetas talle sidumist, süstimist ja meditsiini põhitõdesid. 1970. aastal astus dr Aro Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda ning lõpetas selle 1976. aastal.

Toona erines arstiõpe tänapäevasest residentuurist. Pärast viit õppeaastat järgnes subordinatuur, kus üliõpilane töötas juba osakonnas arsti abilisena ja omandas praktilisi oskusi kliinilistes situatsioonides. Dr Aro õppis hospitaalkirurgia kateedri juures Eesti südamekirurgia rajaja professor Albert Kliimani käe all. „Pärast subordinatuuri lõppu kutsus professor mind enda jutule ja tegi ettepaneku valida südamekirurgi eriala. Noore arstina polnud mul nii huvitava eriala vastu midagi. Nii jäimegi koos kursusekaaslaste Mehis Mikkeliga südamekirurgiasse internatuuri ja tööle,” meenutas ta.

Kardiokirurgia osakond avati Tartu Kliinilises Haiglas 15. septembril 1975 ning see oli Eesti esimene südamekirurgia osakond. Dr Aro asus osakonda tööle 1976. aasta septembris. Esimesed 13 aastat töötas dr Aro professor Kliimani assistendina, õppides ametit. Pärast professori ootamatut lahkumist, sai temast päeva pealt iseseisev kirurg. Opereeriva kirurgina on ta tegutsenud 30 aastat, mille jooksul on hinnanguliselt opereerinud 2500 patsienti. „Tänapäe-

val ei pea noor kirurg nii kaua assistendi positsioonil püsima. Näiteks dr Raili Tagen tegi oma esimesed lõikused juba residentuuri ajal ja mina olin jälle assistendi rollis, nüüd aga õpetades ametit.”

Südamekirurgia areng ja tehnoloogia

Enamik südameoperatsioonidest toimub seiskunud südamel kunstliku vereringe tingimustes. Dr Aro sõnul olid 1970. aastate seadmed tänapäevastega võrreldes algeisemad ning patsiendi taastumine sõltus rohkem organismi enda vastupidavusest. „Tänapäeval on aparatuur kordades täpsem ja turvalisem ning patsiendi teekond haiguse avastamisest ravi saamiseni on muutunud süsteemsemaks,” selgitas ta.

Dr Aro kõige väiksem patsient oli enneaegne vastsündinu, kes kaalus vaid 430 grammi ning seda koos mütsiga

Ta lisas, et kui varem jõuti arsti juurde liiga hilja või üldse mitte, siis täna on patsientide teadlikkus oluliselt suurenenud tänu „doktoritele” Google ja AI. „Vanasti ei otsinud inimene abi, kuna selleks polnud alati võimalust. Kui rinnus valutas, siis ei tegutsenud, vaid kannutati edasi. Tänapäeval julgustatakse patsiente abi otsima ja rinnavalul korral suunatakse nad uuringutele,” selgitas dr Aro.

Ka diagnostika on teinud läbi hüppelise arengu. Kunagised filmilindile salvestatud angiograafiad on asendunud digitaalsete kujutistega, mida saab suurendada, pöörata ja põhjalikult analüüsida. Südame ultraheli ning teised uuringud annavad kirurgile enne operatsiooni täieliku ülevaate. „Kunagi tuli otsuseid teha märksa napima info põhjal. Tänapäeval ei tohiks olla olukorda, kus kirurg operatsioonilaua midagi

täiesti ootamatut avastab,” selgitas südamekirurg.

Südamekirurgia ise on muutunud aastatega oluliselt vähem invasiivseks. Kui varem tähendas operatsioon alati rindkere täielikku avamist, siis tänapäeval kasutatakse üha enam säästvaid tehnikaid, mis võimaldavad patsiendile väiksemaid lõikeid ja kiiremat taastumist. Paljud protseduurid tehakse kateetripõhiselt, sealhulgas klapi-ravi ja teatud kaasasündinud defektid.

Dr Aro usub, et vaatamata tehnoloogiate ja tehisintellekti kiirele arengule jääb kirurgi roll veel pikaks ajaks asendamatuks. „Kui lapse süda on kanamuna suurune, siis sinna saab minna vaid kirurgi käte ja mikroinstrumentidega. See on kellassepatöö,” kirjeldas ta. „Tehisintellekt võib aidata diagnoosida, analüüsida ja planeerida, aga ma ei näe, et selle juhitud seadmed hakkaksid lähiajal opereerima kaasasündinud südameriketega vastsündinuid,” sõnas ta. Samas on dr Aro progressi poolt – vähesed teavad, et juba 1973. aastal kirjutas ta noore tudengina essee tehismõistusest. „Otsisin küberneetika kohta raamatuid ja kujutasin ette maailma, mida juhib tehisar,” muheles ta.

Patsiendid ja töörõõm

Oma tööaastate jooksul on dr Aro ravinud patsiente mitmest põlvkonnast. On juhusid, kus operatsioonile tuleb laps, kelle ema või isa on lapsena südamerikke tõttu opereeritud. Kõige väiksem patsient oli enneaegne vastsündinu, kes kaalus vaid 430 grammi ning seda koos mütsiga. Teises vanuseotsas meenub talle üks 92-aastane patsient, kellele ta paigaldas südamestimulaatori.

Dr Aro jaoks on kõige olulisem hetk see, kui patsient lahkub haiglast omal jalal. „See on see töörõõm. Laste puhul puudutab eriti teadmine, et pärast lõikust saavad nad elada täisväärtuslikku elu. Täiskasvanute puhul annab erilise tähenduse see, et saad aidata neil võita juurde eluaastaid ja parandada elukvaliteeti,” kirjeldas dr Aro. ►



Dr Aro opitua viimane päev

Foto: Kardiokirurgia osakond

Aeg anda teatepulk edasi

Viimastel aastatel on dr Aro töötanud osakoormusega ning juhendanud nooremaid kolleege. Tema tööd jätkab südamekirurg dr Raili Tagen. „Noored on täna paratamatult targemad kui meie omal ajal. Neil on laiapõhjalisem väljaõpe ja internet erialase informatsioon saamiseks. Meie ajal ei olnud ei internetti ega nutiseadmeid ning teadmised tulid peamiselt raamatutest. Ka õpikud olid sageli aegunud ning õpetajalt ei olnud alati võimalik lisaselgitusi saada. Tänapäeval saab aga kiiresti nõu pidada kolleegidega nii kodu- kui ka välismaal ning arutada juhtumeid vahetult.”

Kirurgi töös vajalikku rahu ja täpsust on dr Aro kujundanud alates 1966. aastast, kui ta hakkas tegelema laskesportiga. Sportlaskmine on õpetanud talle keskendumist ja enesekontrolli, mis on olulised ka operatsioonitoas. „Erinevalt paljudest teistest spordialadest ei ole seal väliselt nähtavat dünaamikat – kõik toimub sportlase sisesises keskkumises ja kontrollis. Vaatajale ei pruugi olla näha, milline pingeline

sisemine võitlus laskuri sees tegelikult käib,” selgitas dr Aro. Aastate jooksul on ta tulnud Eesti meistriks eri vanuseklassides ning täitnud meeste meistriklassi normi.

Ka pensionipõlve üheks tegevuseks nimetab ta laskesporti, aga ka koduseid maatöid. Küsimusele, mida ta kõige rohkem igatsema jääb, jäi ta mõtisklema hoopis elu üle. „Kui inimene jõuab teatud vanusesse, saab ta aru, kui lühike elu tegelikult on. Võiks olla pikem – aga noorena. Keegi ei taha elada 200 aastat 90-aastasena. Pigem võiks olla võimalik elada 200 aastat 35-aastasena,” ütles südamekirurg muheledes.

Dr Aro pälvis 1992. aastal koos kolleegidega kaasasündinud südamerikete kirurgilise ravi arendamise eest Eesti Vabariigi teaduspreemia, 2022. aastal tunnustas Tartu Ülikooli Kliinikum teda elutööpreemiaga ning aasta hiljem andis Eesti Vabariigi President Alar Karis talle Eesti Punase Risti III klassi teenetemärgi. Kõige olulisem jälg on aga leitav südamest, mis töötavad tänu

kirurgile, kes pühendas sellele tööle 50. aastat.

Tänu sõnad

Lõpetuseks ütles dr Aro: „Hea on jääda väljateenitud puhkusele tänutundega südames. Mul on vedanud, et olen saanud töötada hea koostööga ühtehoidvas meeskonnas. Tänutundes meenutan kõiki neid, kes on mind aidanud kirurgiametit õppida ja selles areneda. Samuti on heameel tunda, et tehtu ei jää õhku rippuma, vaid on olnud jätkusuutlik. Uus põlvkond on teatepulgale üle võtnud ja hoiab seda kindlalt. Samuti siiras tänu kõigile, kes muutsid minu arstiametile punktianeku suurejoonelisemaks ja üllatuserohkeks. Suur tänu kõigile kaasaajajatele, kes te võtsite osa minu viimase tööpäeva tähistamisest. Eri-line tänu muidugi kardiokirurgia osakonna kolleegidele ja opitua tüdrukutele, kes olid alati kõik valmis „pandanud”.”

DR TOOMAS AROGA vestles KERTU RANNU

Dr Mari Lukka: Nutri-Score märgistus pakenditel aitaks lastel paremaid toiduvalikuid teha

Eestis on ülekaaluline juba praktiliselt iga kolmas koolilaps. Tervise Arengu Instituudi 2022. aasta COSI uuringu järgi oli 31% 1., 4. ja 7. klassi õpilastest liigse kehakaaluga. Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliiniku üldpediaatria ja neuroloogia osakonna arst-õppejõud dr Mari Lukka sõnas, et mida raskem on rasvumine ja mida kauem see kestab, seda suurem on tõenäosus, et rasvumine püsib ka täiskasvanueas.

Seda näitavad ka teadusuuringud – koolieas kujunenud ülekaal või rasvumine püsib sageli ka täiskasvanueas. Samuti on World Health Organization Regional Office for Europe leidnud, et ülekaal ja rasvumine põhjustab Euroopas üle 1,2 miljoni surma aastas, mis moodustab üle 13% kõigist surmadest Euroopa piirkonnas. See peegeldab rasvumise väga suurt mõju rahvatervisele ning just seetõttu ei saa dr Lukka sõnul lapsega ülekaalu ja rasvumise probleemi tähelepanuta jätta – tänapäeva keskkond on muutunud niivõrd rasvumist soodustavaks, et see ei toeta enam laste tervena püsimist.

Tema sõnul tuleks hoolitseda laste füüsilise kui ka vaimse tervise eest ning ära ei tohiks unustada und, kuid neist kõige olulisem on siiski tervislik ja mitmekülgne toitumine. „Me näeme, kuidas on sagenenud poolfabrikaatide ja energiarikaste toitude tarbimine. Samuti on selgelt vähenenud kodus ise valmistatud toidu tarbimine,“ selgitas dr Lukka olukorra tõsidust. Kuigi 2025. aastast on muutunud koolitoit tervislikumaks, ei pruugi lastearsti sõnul kõik lapsed seda süüa. Selle asemel saavad lapsed taskuraha ning paljud teismelised teevad oma toiduvalikud juba ise. Ent kuidas toetada lapsi paremate toiduvalikute tegemisel?

Dr Lukka sõnul on üheks võimaluseks toidupakendite Nutri-Score süsteem, mis aitaks lastel paremaid ostuotsuseid teha. „Nutri-Score on pakendi esiküljel olev tootmisalane märgisüsteem, mille eesmärk on võimaldada hinnata toiduaine toitaineist koostist kiiresti ja lihtsalt. Võrreldes pakendi tagaküljel oleva keerulise toitainete loeteluga on Nutri-Score tarbijale oluliselt arusaadavam ning aitab teha teadlikumaid valikuid ka kiire elutempo juures,“ selgitas Kliinikumi arst-õppejõud. Näiteks näitas 2019. aastal teadusajakirjas *American Journal of Public Health* avaldatud randomiseeritud kontrolluuring, et Nutri-Score parandas noorte ja teismeliste toiduvalikuid.

Tema sõnul oleks selline süsteem Eestis eriti vajalik just lastele ja noorukitele, kes



Dr Mari Lukka

pisikeses kirjas toitainete loetelu veel lugeda ega interpreteerida ei oska. „Nutri-Score hindab tooteid valgusfoori skaalal A–E. Tumeroheline A tähistab parimat valikut, samas kui oranž D või punane E viitavad vähem soodsale tootele. Kõrgema hinnangu saavad tooted, milles on rohkem puu- ja köögivilju, kiudaineid ning valku. Madalamat hinnangut mõjutavad suur energiasaldus ning küllastunud rasvade, suhkrute ja soola sisaldus,“ selgitas dr Lukka.

Lastearsti sõnul näitab ka 2019. aastal Eestis maaeluministeeriumi poolt läbi viidud uuring, et ligikaudu 70% tarbijatest peab pakendi tagaküljel olevat kirja liiga väikeseks. „Tänapäeva kiire elutempos juures ei ole põhjalik toitainete tabeli uurimine sageli realistlik ei lastele ega nende vanematele. Nutri-Score aitab teha kiiremini ja arusaadavalt paremaid valikuid ajal, mil ostlemiseks on vähe aega,“ selgitas dr Lukka, lisades, et lihtne esiküljemärgistus aitab vähendada tervisealase kirjaoskuse mõju toiduvalikutele ning võib toetada tervislikumaid valikuid ka madalama sotsiaalmajandusliku staatusega peredes, kus ka rasvumise ja ülekaalu risk on suurem.

Dr Lukka tõdes, et inimeste teadmised tervislikust tootumisest on viimase kümne aasta jooksul küll kasvanud, kuid ainult teadmistest ei piisa. „Ka toidukeskkond peab toetama tervislikke valikuid. Lisatud suhkrut ja soola ei lisa inimesed üksnes kodus – suur osa neist tuleb juba tööstuslikult valmistatud toodetest. Väga sageli ei oska lapsevanemad hinnata, kui palju suhkrut või soola mõni toode tegelikult sisaldab ning mis on see mõistlik kogus, mida inimene tarbima peab,“ kirjeldas dr Lukka.

Tema sõnul aitab Nutri-Score võrrelda omavahel sama tootekategooria tooteid ning seeläbi teha teadlikult parem valik. „Näiteks saab valida müsli, jogurti või hommikuhelveste seast variandi, milles on rohkem kiudaineid ja vähem lisatud suhkrut. Süsteemi eesmärk ei ole öelda, et mõni toit on täielikult keelatud, vaid aidata teha võimalikult hea valik olemasolevate toodete vahel,“ selgitas dr Lukka. Ta lisas, et mõnikord annab Nutri-Score ootamatult madalama hinnangu mõnele toiduainele, näiteks juustule, kuna see sisaldab palju energiat ja küllastunud rasvu. „See ei tähenda, et juustu ei tohiks süüa, kuid oluline on kogus ja tarbimise sagedus.“

Lastearsti sõnul peab praegune rasvumist soodustav keskkond muutuma ning selleks on vaja rakendada mitut meetet korraga. Ühelt poolt tuleks võimaldada Nutri-Score'i kasutuselevõttu, et aidata peredel teha tervislikumaid toiduvalikuid, ning teiselt poolt piirata ebatervisliku toidu reklaamimist lastele, kes on turundusvõtete suhtes eriti vastuvõtlikud. „Uue süsteemi vastu seisu põhjuseks ei ole niivõrd süsteemi mõju tarbijatele, vaid asjaolu, et see muudab viisi, kuidas toiduaineid esitletakse, ning puudutab suurt osa toiduainetööstusest. Oluline on eristada toiduainetööstuse majanduslikke huve ja rahvatervise huve.“

Dr Lukka sõnul mõjutavad rasvumist nii geneetilised kui ka keskkonnategurid, millest esimest muuta ei saa, kuid keskkonda küll. „Me ei saa ühiskonnana kogu vas- ➤

Keelekida ei vaja alati lõikust

Keelekida on kaasasündinud limaskestavolt, mis ühendab keelt suupõhjaga. Kui see on liiga lühike, pingul või kinnitub keelele liiga tipu lähedale, võib keele liikuvus olla piiratud. Sellist seisundit nimetatakse anküloglossiaks ehk kinniseks keeleks. Kuigi keelekida olemasolu võib lapsevanemaid ärevaks teha, ei tähenda see automaatselt terviseprobleemi ega operatsioonivajadust.

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum



Dr Tiiu Kivimaa

Tartu Ülikooli Kliinikumi stomatoloogia kliiniku näo-lõualuudekirurgia osakonna arst-õppejõu dr Tiiu Kivimaa sõnul märgatakse osa keelekidasid vastsündinueas, kuid märkimisväärne hulk lapsi jõuab hindamisele alles eelkooli- või koolieas, kui tekivad kõne- või hambumusega seotud küsimused. „Sünnitusosakonnas vabastatakse üldjuhul vaid väga tugevalt kinnised keelekidad, mis võivad hiljem põhjustada söömisprobleeme. Sellisel juhul vabastatakse vastsündinute õhuke keelekida steriilsete käärdega ning protseduuri kestvus on enamasti vaid paar sekundit,“ selgitas dr Kivimaa.

Seejuures ei pruugi lapse esimestel elupäevadel olla veel võimalik hinnata, kas keelekida võib tulevikus probleemiks kujuneda. „Lapse kasvades muutub keele ja lõualuu omavaheline suhe ning alles siis võib selguda, kas keelekida mõjutab selle liikuvust ja funktsiooni määral, mis võiks vajada kirurgilist ravi,“ selgitas Kliinikumi arst-õppejõud. Kinnine keelekida takistab keele füsioloogilist asendit ning võib soodustada hambumushäirete kujunemist. Lisaks võib see põhjustada logopeedilisi probleeme, mille ravi nõuab hilisemas eas rohkem aega, pingutust ja järjepidevust.

Üks sagedasemaid selliseid probleeme on kõne arengu mõjutamine. Näiteks põhjustab kinnine keelekida kõige sagedamini lastel raskusi R- ja L-hääliku hääldamisega. „R-häälik võiks olla välja kujunenud hiljemalt 5.–6. eluaastaks ning kooliminekuks peaksid üldjuhul kõik häälikud olema omandatud. Siiski ei ole keelekida alati ainus põhjus lapse kõne hilinemise või puudikeelsuse taga. Oluline on hinnata lapse arengut tervikuna ning vajadusel konsul-

puudub varasem kogemus näiteks hambaarsti juures käimisega,“ kirjeldas dr Kivimaa.

Operatsioonijärgse ravi oluline osa on keeleharjutused. Keele liikuvuse parandamine nõuab sageli spetsiaalseid harjutusi, mis aitavad vältida armistumist ning õpetavad keelele uusi liikumismustreid. „Logopeedide ja müofunktsionaalsete terapeutide vastuvõtud on ajaliselt pikemad, võimaldades põhjalikumalt hinnata keelekida ning luua lapsega usalduslik kontakt. Nende spetsialistide kaasamine on oluline, et patsient saaks pärast operatsiooni juhised harjutuste tegemiseks ning oleks vajaduse korral spetsialistide jälgimisel,“ selgitas dr Kivimaa.

Kuna harjutused on ravi oluline osa, tuleb operatsiooni planeerimisel arvestada ka lapse vanuse ja koostöövalmidusega. Alla nelja-aastastele tehakse keelekida vabastamise operatsiooni üldjuhul harva. „Kuna enne ja pärast operatsiooni on oluline teha keeleharjutusi, siis alla 4-aastased lapsed ei ole enamasti veel võimelised neid eesmärgipäraselt ja järjepidevalt tegema,“ selgitas dr Kivimaa.

Kuigi spetsialistid annavad lapsele ja perele juhiseid nii enne kui ka pärast operatsiooni, lasub harjutuste igapäevasel tegemisel suurim vastutus siiski lastevanematele, kes peavad last igapäevaselt jälgima, juhendama ja motiveerima harjutusi tegema. Dr Kivimaa lisas, et kõige olulisem on hinnata iga last individuaalselt ning koostada raviplaan eri erialade spetsialistide koostöös.

KLIINIKUMI LEHT

seda eesmärki saavutada ning pidurdada laste rasvumise levikut,“ lisas arst-õppejõud.

Nutri-Score süsteem on tänaseks kasutusel mitmes Kesk- ja Lõuna-Euroopa riigis. Euroopa Liidus ei ole see märgistus kohustuslik – tootjad otsustavad ise, kas nad soovi-

vad selle oma pakenditele lisada. Seetõttu võib Nutri-Score'i juba praegu polettidel näha ka Eestis, eelkõige välismaiste tootjate ja rahvusvaheliste kaubamärkide toodetel, mida müüakse riikides, kus see märgistus on laialdasemalt levinud.

KLIINIKUMI LEHT



Intensiivravi osakond

Foto: Tartu Ülikooli Kliinikum

Intensiivravi osakonnad alustasid teekonda rohelisema ravikeskkonna poole

Kliinikumi 1. intensiivravi, 2. intensiivravi, 3. intensiivravi ja lasteintensiivravi osakonnad alustasid 2025. aasta sügisel keskkonnaprogrammiga „Roheline intensiiv“, mille eesmärk on muuta haigla üks ressursimahukamaid ravivaldkondi keskkonnasäästlikumaks, säilitades sealjuures kõrge ravikvaliteedi.

Intensiivravi kuulub haigla suurima keskkonnajalajälgiga üksuste hulka – raskes üldseisundis patsientide raviks kulub rohkelt ravimeid, meditsiinitarvikuid, vett ja energiat ning ravitöö käigus tekib ka märkimisväärses koguses jäätmeid. Seetõttu loodi keskkonnaprogramm, mille algatus tuli Kliinikumi töötajate endi seast. Töörühma üheks eestvedajaks oli Tartu Ülikooli Kliinikumi anestezioloogia ja intensiivravi kliiniku 3. intensiivravi osakonna arst-õppejõud dr Getter Padar, kelle sõnul koosdusid töörühma entusiastlikud liikmed nii õdede, hooldajate, arstide kui ka füsioterapeutide seast.

Töörühma suurim soov oli tõsta töötajate keskkonnavalikust ning viia roheline mõtteviis kolleegideni. „Elkõige keskenduti jäätmekäitlusele, tööprotsesside optimeerimisele, ravimite ja tarvikute kasutusele, isikukaitsevahenditele ning keskkonnateadliku mõtteviisi levitamisele osakondade töötajate seas. Programmi

eesmärk oli leida praktilisi võimalusi keskkonnamõju vähendamiseks igapäevases töös, mistõttu võeti esimese suurema tegevusena fookusesse jäätmekäitus, sealhulgas nii jäätmete koguse vähendamine kui ka jäätmete liigiti õige sorteerimine,“ selgitas dr Padar.

Esimese sammuna viidi 2025. aasta septembris läbi põhjalik jäätmeaudit, mille tulemustest selgus, et intensiivravi osakondades tekkivate jäätmete hulk ühe patsiendi kohta ööpäevas on kohati isegi suurem kui rahvusvahelises kirjanduses kirjeldatud näitajad. Intensiivravi osakondades tekkis jälgimisperioodil 5160 kg jäätmeid. Suurema osa jäätmetest moodustasid segaolmejäätmed (42,6%), millele järgnesid ohtlikud jäätmed (14,5%) ja segapakendijäätmed (14,4%).

2026. aastal seisab ees uus audit, et hinnata, kuidas keskkonnahoidlikud töövõtted on aasta jooksul juurdunud ning milliseid

täiendavaid sekkumisi on võimalik keskkonnamõju vähendamiseks veel rakendada. 2026. aasta peamisteks eesmärkideks on seatud töötajate koolitamine, selgemate jäätmekäitlusjuhiste loomine, kasutatavate vahendite ja tarvikute ülevaatamine ning varude ümberhindamine, et vähendada nii ületarbimist kui ka tarbetut äraviskamist.

Olulisel kohal on programmis ka ravimite ja meditsiinitarvikute võimalikult otstarbekas kasutamine ning tähelepanu pööratakse ka intensiivravivajaduse ennetamisele ning meditsiiniliselt põhjendamatut intensiivravi vältimisele.

Rohelisema ravikeskkonna kujundamisse on panustanud ligi 300 intensiivravi osakondade töötajat.

KLIINIKUMI LEHT