

Andrus Loog: rakuravi võib muuta arusaama kogu meditsiinist

Rakuravi, mille erinevaid meetodeid on tõenäoliselt võimalik kliinilises töös kasutada juba mõne aasta pärast, võib muuta arusaama kogu meditsiinist, rääkis aasta arstiks valitud Taastava Kirurgia Kliiniku asutaja veresoontekirurg Andrus Loog Med24 toimetajale Madis Filippovile.



Aasta arst veresoontekirurg Andrus Loog.

Foto: Rait Tuulas

Kust võtsite mõtte, julguse ja oskuse teha 1990ndate alguses üks esimesi erakliinikuid Eestis?

Eraldiseisva kliiniku mõte sündis Eesti südamekeskuses. See oli nõukogude ajal haruldane organisatsioon, kus noored arstid said Läänes stažeerida. 1992. aastaks olid paljud neist Eestisse tagasi jõudnud, mina sealhulgas. 1992. aasta lõpus, 1993. aasta alguses tekkis konflikt Mustamäe haigla (tolleaegse kiirabihaigla) ja südamekeskuse vahel. Nägime, et südamekeskuse inimesed teevad palju tööd, haigla teenib korralikku raha, aga see raha ei jõua õigesse kohta. 1993. aasta jaanipäeva paiku oleks kogu Eesti südamekeskus peaaegu liikunud ära Keila haiglasse. See jäi toimumata, aga meie, kes olime idee läbitöötamise juures olnud, mõtlesime, et jätkame alustatud teed. Nii see kliinik sündis. See oli mitmete asjaolude

kokkulangevus. Oli seltskond inimesi, kes olid selleks valmis. Samas kui kiirabihaiglas oleks olnud kõik korras, ei oleks olnud käivitavat mehhanismi. Ka sotsiaalminister Marju Lauristin toetas poliitiliselt meie ettevõtmist.

Mille tooksite välja, kui võrrelda võimalusi alustada ja pidada erakliinikut siis ning praegu?

Kui võrrelda seda, mis oli üle 20 aasta tagasi ja mis on nüüd, siis see on kindlasti öö ja päev. Haigekassasid oli palju ning selleks, et saada lepingut, oli vaja nende kõigiga läbirääkimisi pidada. Otsustusmehhanism oli läbipaistmatum, aga oluliselt inimlikum. Inimesed, kes haigekassasid juhtisid, võtsid otsuseid vastu rohkem patsientide huve arvestades. Praegu on uuel alustaval erakliinikul haigekassa lepingu saamine teoreetiliselt võimalik, aga väga keeruline. See on kõige suurem erinevus. Eesti haigekassa esialgselt kindlustusmeditsiini mõttest on väga vähe järele jäänud – praegu räägime pigem eelarvelisest meditsiinist.

Võib-olla on see muutumas, kuna üha enam on juttu patsientide vabast liikumisest.

Me oleme Eesti Eraõiguslike Tervishoiuasutuste Liiduga seda üle kahe aasta rääkinud, et kui Eesti inimesel on õigus saada ravi Lätis ja Helsingis, siis miks pole tal sellist õigust samadel tingimustel Eestis. Patsient maksaks ravi samamoodi algul ise kinni ja alles siis, kui tekiks järjekorras tema aeg, peaks haigekassa selle hüvitama. Me räägime raha järjekorrast. Inimene on nõus ise riiki krediteerima, et saada varem terveks, minna tööle ja muutuda uuesti maksumaksjaks. Mul on sellest väga keeruline aru saada, miks ei võiks patsient juba

nüüd vabalt liikuda. See võiks olla *win-win*-olukord nii patsiendile kui ka haigekassale.

Kas see töötaks selle mõtte vastu, et meil on kaks kompetentsikeskust?

Kaks kompetentsikeskust ei jääks mude- list välja. Kui Tartu Ülikooli Kliinikumil ja PERHil on vaba ressursi, siis on see mõistlik ära kasutada. Üks vastuväide on see, et patsiendi vaba liikumise direktiivi rakendamisega Eestis hakkavad kõik need, kes praegu maksavad ise, haigekassalt raha küsima. Need inimesed, kes praegu maksavad teenuste eest ise, on samamoodi maksumaksjad, panustades tavaliselt sotsiaalmaksu keskmisest rohkem. Võik- sime olla solidaarsed ka nendega. Keskmist palka saaval inimesel ei pruugi praegu olla võimalust oma raha eest teenust saada. Kui haigekassal tekiks kohustus mingi aja pärast maksta teenus riikliku hinnakirja järgi kinni, saaksid ka need inimesed kiiremini terveks. Sellega me suurendame solidaar- sust. Ei ole kuigi eetiline karistada väik- semat palka saavat inimest pikemalt kestva haiguse ja sellega kaasnevate vaevustega.

Lisaks veresoonte- ning plastikaki- rurgiale olete juba mitu aastat tege- lenud rakuraviga. Mida see endast kujutab?

Tegemist on regeneratiivse meditsiiniga. Organismis on iseparanemise võime, aga paljude haiguste puhul on see liiga aeglane. Rakuraviga me kiirendame seda protsessi. Näiteks, kui magistraalsed veresooned ummistuvad, on organismil võimekus luua peenikesi veresoone juurde. Tihti on see protsess aeglane ning jalad on vaja amputeerida. Kui suudame seda protsessi kiirendada, viies sinna n-ö toorainet juurde, võiks see anda tulemusena, et vähemalt osa jalgadest suudame amputatsioonist päästa.

Rakuravi võib muuta kogu meditsiini paradigmat. Tal on nähtavas tulevikus väga palju rakendust ortopeedias, kuid viimastel nädalatel on ilmunud artiklid selle kohta, kuidas see ravi võiks aidata ka neurodegeneratiivsete haiguste korral. Ka diabeedi puhul on mitu uuringut jõudnud kliinilise uuringu kolmandasse faasi ning on saadud väga lootustandvaid tulemusi. Ei maksa unustada, et rakuravi pole väga uus asi isegi Eestis, sest luuüdi siirdamine on kõige klassikalisem rakuravi.

Mis seisus oma uuringutega olete?

Oleme loomkatse staadiumis ehk võrdleme erinevaid regeneratiivrakkude populat- sioone ja nende võimekust verevarustus taastada. Meie partneriks on rakubioloogid biotehnoloogiaettevõttest Cellin Techno- logies. Mitmete arutluste tulemusena uuriti kõigepealt laboris nende rakkude võimet paljuneda, ellu jääda ja nüüd rakke erine- valt mõjutades püüame leida optimaalse rakkude koosluse, mis võiks anda efektiivse tulemuse, et seda oleks võimalik edaspidi kliinilise erandina rakendada haigetel, kelle jaoks praegu ravi ei ole.

Kui kaugel on see kõik praegu iga- päevasest praktikast?

Ma arvan, et see on nähtavas tulevikus. Me räägime mõnest aastast. Hilissügisel oli Amsterdamis ühe maailma vanima rakuraviorganisatsiooni aastakogunemine, kus rääkisin samal teemal Ameerika kollee- gidega, kellega oleme suhteliselt sama kaugel. Kui meie plaanime alustada kliini- list uuringut, siis nemad on oma esimesel patsiendil asja ära katsetanud. Usun, et järgnevate aastate jooksul hakkab järjest tulema erinevaid rakuravi meetodeid, mida on võimalik kliinilises töös kasutada.

Kui keeruline on teadustöö ja prakti- lise arst töö ühendamine?

See teeb asja huvitavaks. Veresoontekirurgi töö lahutamatuks osaks on amputatsioonid, mis ei paku rõõmu ei patsiendile ega kirur- gile. See tähendab, et oleme haigusele alla jäänud. Sealt tekibki küsimus, kuidas seda allajäämist vähendada. See sunnib uusi asju otsima ja palju lugema, see hoiab vaimu värskena ja aitab igapäevases töös märgata asju teise nurga alt.

Mis Te arvate, mis põhjusel valiti Teid aasta arstiks, ja kui oluliseks seda tunnustust peate?

Kõik inimesed vajavad tunnustamist. Loomulikult oli see väga hea tunne. Eriti, kuna arstid satuvad meediapilti tavaliselt siis, kui patsient pole ravitulemuselt aru saanud või kui see ei olnud ootuspärane. Seda, miks mind valiti, võiks küsida komis- jonilt, kes selle otsuse tegi. Seal oli 270 kandidaati ja ma usun, et nad kõik väärtsid seda tunnustust. Seekord läks niimoodi ja mul on selle üle väga hea meel.