

## Prof Leif Groop: personaalmeditsiini alus on kättesaadavad andmed

Lundi Ülikooli endokrinoloogiaprofessor ning Soome molekulaarmeditsiini instituudi FIMM külalisprofessor dr Leif Groop tõdes, et personaalmeditsiini abil on võimalik ravi tulemusi senisest paremini ennustada, kuid selle eeldus on kättesaadavad andmed. Professorit intervjueris Med24 toimetaja Eli Lilles.



Prof Leif Groop  
Foto: Julia-Maria Linna

### Milline olukord valitseb personaalmeditsiini arendamisel rahvusvahelisel tasandil? Kui kaugel ollakse lubadusest pakkuda patsiendile paremat ennetust ja diagnoosi?

Me küll räägime personaalmeditsiinist palju, kuid see on suuresti veel lapsekingades. Selgelt on välja kujunenud kindlad valdkonnad, näiteks onkoloogia, loomulikult ka harva esinevad haigused, mille puhul on haiguse geneetiline diagnoosimine oluline.

Kui hakkame personaalmeditsiinist rääkima, hakatakse ka põhjalikumalt uurima ja süvenema. Valdav probleem on siiani olnud andmete puudumine. Ravimite väljatöötamine ning ravimiuuringud on põhinenud juhuslikustatud uuringutel, millesse kaasamise kriteeriumid on väga ranged, kuid nii jäetakse väga paljud inimesed uuringutest kõrvale. Selleks, et täppismeditsiin tõesti töötaks, vajame suuri jälgimisuuringu kohorte ning andmeid, mille peal hüpoteese testida.

Parim lahendus oleks ligipääs patsientide haiguslugudele. Kui patsient läheb haiglasse, kirjutab ta alla nõusoleku vormile ning sel viisil saab andmeid kasutada. Näiteks on USAs erakliinikud hakanud patsientide allahindlust tegema, kui nad annavad oma andmete kasutamiseks nõusoleku.

### Missugust praktilist kasu annab personaalmeditsiini rakendamine Teie erialal, endokrinoloogias?

Esineb haruldasi diabeeditüüpe, mis võivad olla kaasasündinud ning mille areng on väga tõsine. Kui on kindlalt teada nende geneetiline põhjus, on teada ka ravi. Selliseid näiteid on üsna mitu.

### Milliseid läbimurdeid oodatakse personaalmeditsiinilt endokrinoloogias lähitulevikus?

Siin ma pole muidugi erapooletu, sest töötan ka ise selle teema kallal.

Diabeet on jagatud 1. ja 2. tüübiks ning on ka segavorm, latentne autoimmuunne täiskasvanute diabeet (*latent autoimmune diabetes in adults* – LADA). Nüüd teame, et 2. tüüp on veelgi heterogeensem.

Oma loengus [*prof Groop esines ettekandega konverentsil „Personaalmeditsiin – milline on praktiline kasu Eesti tervishoiule?“ 11. juunil – toim.*] räägin ka sellest, et oleme teinud esimese uuringu andmebaasi põhjal, mis hõlmab 12 000 aastas diagnoositud diabeedi patsienti. Noorim patsient on ühepäevane ning vanim 97-aastane. Nende andmete põhjal uurisime, mitut tüüpi diabeeti eksisteerib, ning saime vastuseks viis.

### Kuidas personaalmeditsiini rakendamine endokrinoloogias muudab praegust arusaama kliinilisest praktikast ja võib-olla ka rahvatervisest?

Praegu diagnoosime diabeeti ühtainsat metaboliiti, glükoosi määrates. Arvan, et tulevikus on võimalik vereanalüüsist veel mõningaid näitajaid mõõta ning tekib omamoodi teekaart või GPS diabeetilise patsiendiga tegelemiseks, et osustada, millist ravi patsient vajab, millised on tüsistuste riskid ning millised ravimite kõrvaltoimed.

### Millised on praegu vajalike muutuste olulisemad takistused?

Peamine takistus on alati see, et paljud inimesed kardavad muutusi – hea ja turvaline on teha nii, nagu alati on tehtud. Teine aspekt, mida ma juba mainisin, on ligipääs andmetele. Vaja on ligipääsu elektroonilistele haiguslugudele, kliinilise keemia uuringute andmebaasile, ravimite väljakirjutamise infot ning kõige selle tegemiseks ka eetikakomitee luba. Osaliselt on tegu administratiivse, osaliselt eetilise küsimusega.

Lõpuks on tegu patsientide sooviga. Takistused ei tule kunagi patsientidelt, pigem on arstid vastased. Patsiendid on nõus kõigega, mis võimaldab neile parema elu ja tervise.

### Millised on Rootsi prioriteetidid personaalmeditsiini vallas?

Need pole erinevad teiste riikide prioriteetidega võrreldes. Olen ka Rootsi teadusnõukogu liige ning seal on personaalmeditsiin järgneva viie aasta jooksul prioriteet.

Me oleme seatud eesmärkidele üsna lähedal, parimat näidet peaks olema võimalik esitleda mõne kuu pärast, see tekst on praegu retsenseerimisel.

### Millised on spetsiifilisemad eesmärgid endokrinoloogias nii teaduse kui ka kliinilise rakendamise valdkonnas?

Nii nagu ma juba mainisin, tuleb teha andmed kättesaadavaks. Diabeedi puhul saaksime palju rohkem näitajaid mõõta ning see aitaks meil paremini patsiente rühmitada ravi saamiseks.

### Mis Te arvate, kui kaugel on praegune olukord ideaalist?

Personaalmehitsiini rakendamine tähendab millegi ennustamist, tulemuse ning ravi-vastuse ennustamist. Selleks on vaja jälgimisaega, et vastust saada. Kõigepealt andmed ning siis jälgimine, tulemuseni jõudmine võtab umbes viis aastat aega. Mõningate näidete puhul töötab see juba nüüd. Korrektsed ning asjakohased andmed on personaalmehitsiini märksõnad.

### Mida saaks riiklikul tasandil selleks teha?

Personaalmehitsiin tähendab, et tulemust on võimalik senisest paremini ennustada, kuid see tähendab, et vaja on andmed kättesaadavaks teha, tagada andmete kogumine ning tulemuste jälgimine.

Prof Leif Groop esines ettekandega “Personaalmehitsiini rakendamine endokrinoloogias” konverentsil “Personaalmehitsiin – milline on praktiline kasu Eesti tervishoiule?”, mis toimus Tallinnas 11. juunil 2015. Konverentsil otsiti vastust küsimustele, mis on personaalmehitsiini väärtus igapäevases kliinilises praktikas ning kellele on Eestis vaja personaalmehitsiini.

Lisaks personaalmehitsiini võimalustele endokrinoloogias tuli juttu personaalmehitsiini rakendamisest kardioloogias, onkoloogias ning peremehitsiinis. Vestlusingis diskuteeriti selle üle, millised takistused tuleb ületada personaalmehitsiini rakendamiseks Eestis. Konverentsi aruteluringis osalesid Sotsiaalministeeriumi e-teenuste arengu ja innovatsiooni asekanter Ain Aaviksoo, Tartu Ülikooli Eesti geenivaramu direktor Andres Metspalu, Eesti Perearstide Seltsi juht Diana Ingerainen ja kardioloogia arst-resident Eno-Martin Lotman.

Konverentsist loe lähemalt portaalist Med24.