



Sõna on
ülemarstil

Lk 2



Naised –
rinnaskriiningule!

Lk 3



Stentimine
tõstab elulemust

Lk 4

k u u k i r i Regionaalhaigla

Aprill 2008 • Nr 4 (65)

X-korpus pidas sarikapidu

PERH-i uue, X-korpuse ehitus pakkus lõppeval kuul taas rõõmsat kõneainet – majal õige kõrgus käes. Kutsuti uudistama.

Aprilli alguses tõstsid X-korpuse ehitajad valmiva hoone katusele pärja, mis traditsiooniliselt annab märku sellest, et ehitus on saanud kätte oma täiskõrguse. Sarikapärja võttis maha PERH-i juhatuse esimees Tõnis Allik, kutsudes ehitusmehi tänutäheks sarikapeole.

Sarikapidu sai teoks 14. aprillil. Haigla-poolseid uudistajaid kogunes kolmekümne ringis, ehitusajamehi kaks korda rohkem. Oma tervitus-sõnavõttus kiitis Tõnis Allik kõiki, kes päevast päeva selle eest hea seisavad, et ehitus plaanipäraselt kulgeks. Naljatamisi heitis Allik õhku küsimuse, kas ehitajad ikka on joonistest kinni pidanud ja kas kõik planeeritud uude korpusesse ka ära mahub – uus maja tundub silmaga hinnates väiksevõitu... korrigeerides end seejärel: „Paljad müürid ja tühjad ruumid tekitavad, teadagi, optilise silmapette.” Tõnis Allik väljendas usku, et ehitus jätkub ette nähtud tempos ning valmib õigeaegselt, tuleva aasta sügisel.

Ehitaja, Koger ja partnerid juhatuse esimees Andres Pärloja lubas, et haigla uus maja valmib vastavalt kokku lepitud aja- ja töögraafikule. „Põhja-Eesti Regionaalhaigla on hea ja usaldusväärne klient,” sõnas Pärloja.

Töölisedki said keset kiiret tööpäeva puhkehetke – pesid käed puhtaks,



Tõnis Allik haigla peremehena saagis sarikapärja maha.

kuulasid tänusõnu ja asusid pool-välitingimustes keha kinnitama. Ikka nii, nagu vanad head kombad nõuavad.

Haiglarahvale tehti uues korpuses esimesed ekskursioonid. Seintele üles seatud joonistelt võisid huvilised üles

otsida oma tulevased töökohad ja siis need hoolega üle vaadata. Kõik klappis.

X-korpuse võtmete üleandmine peaks toimuma 2009. aasta septembris.



Tõstis tuleviku-juttu kuuldus siit ja sealt.



Töömehed on hernesupi ja supikõrvase auga välja teeninud.



Küsimused ja vastused.



Uus ülemarst 1. septembrist

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla nõukogu valis 21. aprillil istungil juhatuse liikmeks/haigla ülemarstiks senise diagnostikakliiniku juhataja dr Sergei Nazarenko, kelle ametiaeg algab 1. septembril 2008.

Veebruaris kuulutas haigla nõukogu välja juhatuse liikme/haigla ülemarsti konkursi seoses senise haigla ülemarsti dr Andres Ellamaa ametiaja lõppemisega 31. augustil. Konkursile laekus kaks avaldust. Nõukogu kohtus kahe kandidaadiga ning pärast sisulist arutelu valis juhatuse liikmeks/haigla ülemarstiks dr Sergei Nazarenko. Ametisse asuv ülemarst hakkab korraldama haigla kliinilist, teadus- ja õppetegevust.

Dr Sergei Nazarenko on mitmekülgsete teadmiste ja kogemustega, tema oskused rajanevad nukleaarmeditsiini ja kardioloogia alasel kliinilisel spetsialiseerumisel; diagnostika- ja ravitöö interdistsiplinaarsel juhtimisel ning radioloogia, laborimeditsiini, hüpertensioloogia, kindlustusmeditsiini ja kvaliteedi-ohje alasel tegevusel.

Dr Nazarenko on meditsiinikandidaat (PhD) kardioloogia ja radioloogia erialal (1985. a), kõrgema kvalifikatsioonikategooriaga radioloog (atesteeritud 2000. a), esimese kvalifikatsioonikategooriaga kardioloog (atesteeritud 2001. a) ning Euroopa hüpertensiooni spetsialist (2007. a). Dr Nazarenko on töötanud alates 2002. a PERH-i diagnostikakliiniku juhatajana, tegeledes paralleelselt regulaarse õpetamisega, mh nukleaarmeditsiini alase residentuuriõppe läbiviimisega. Dr Nazarenko on nüüdisaegse radioloogia ja nukleaarmeditsiini rajajaid Eestis, tõendus põhise hüpertensioloogia kontseptsiooni maaletoojaid, tänapäevase kliinikute süsteemi aluste väljatöötajaid ja juurutajaid Eesti haiglates.

Ta on korraldanud rahvusvahelisi täiendõppeüritusi Tallinnas koostöös Rahvusvahelise Aatomienergia Agentuuri, Euroopa Komisjoni ja Euroopa Nukleaarmeditsiini Kooliga.

Parimad sekretärid 2008



Sekretäride päev oli tänavu 23. aprillil. Haigla hommikuses infotunnis tunnustati kliinikute parimaid sekretäre – tänusõnade saatel anti pärjatu-tele üle Aasta Sekretär 2008 tunnustused ning ulatati lillekimbud.

Aitäh teile tubli töö eest, head sekretärid! Palju õnne!

Pildil (vasakult):
Eva Arusoo (kirurgiikliinik),
Küllil Köster (anestesioloogiikliinik),
Eve Langemets (diagnostikakliinik),
Aino Hallik (sisehaiguste kliinik),
Estike Mägi (psühhiaatrikliinik).

Kapselendoskoopia uuringud nüüdsest Hiiumäel

Seedetrakti peensoole patoloogiate puhul näidustatud uuringut endoskoopilise kapsli abil tehakse nüüd Põhja-Eesti Regionaalhaigla Hiiumäe korpuses.

Kapselendoskoopia uuringule saab patsiente suunata, registreerides gastroenteroloogi dr Aivi Kolditsa vastuvõtule neljapäeviti kl 14-16 või leppides kokku telefonil 617 2427.

Uuringuid teostatakse PERH-i Hiiumäe korpuses (Hiiumäe 44) 1. korrusel endoskoopia osakonnas teisipäeviti, kolmapäeviti ja neljapäeviti.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla on esimene haigla Eestis, kus 2007. aasta jaanuarist on alaliselt võimalik teostada seedetrakti haiguste diagnostikat endoskoopilise kapsli abil.

Kapselendoskoopia näidustused

- ebaselge lokaliseerimisega gastro-intestinaalne verejooks, sh raua vaegus, aneemia
- kahtlus peensoole Crohni tõvele
- kahtlus peensoole tuumoritele
- polüpoosisündroomiga patsientide jälgimine

Kapselendoskoopia vastunäidustused

- teada olev või kahtlustatav seedetrakti sulgus või fistel
- südame tehisrütmur või muu elektrooniline implantaat
- neelamishäired.

Invasiivkardioloogia uuenes

Südamenädala raames tutvustas Põhja-Eesti Regionaalhaigla 18. aprillil südamekeskuse uusi ravivõimalusi.

Dr Jaanus Laanoja, dr Hasso Uuetoa, dr Jüri Voitk, dr Meelis Vainu, dr Toomas-Andres Sulling ja dr Margus Viigimaa andsid ülevaate uutest võimalustest südame rütmihäirete ja südame pärgarterite haiguste diagnostikaks ning raviks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.

Kõigil huvilistel oli võimalik tutvuda invasiivkardioloogia osakonna laiendatud ja uuenenud ruumide ning aparatuuriga.

Invasiivkardioloogia jaguneb mitmesse alalõiku. Regionaalhaiglas teostatatakse peamiselt kahe suunaga. Esimene — südame pärgarterite haiguste diagnostika ja ravi, st pärgarterite ahenemiste ja sulguste ravi koronaarangioplastika ja stentimise teel. Teine suur invasiivkardioloogiline tegevuse haru on südame rütmihäirete ravi. Alates aprillist on Regionaalhaigla invasiivkardioloogia osakonnas senise kahe operatsioonitoa asemel neli tuba. See tagab patsientidele ööpäevaringselt kiire ja operatiivse abi.



Dr Hasso Uuetoa (vasakul) tutvustamas kolleegidele invasiivkardioloogia uuenenud võimalusi.

Millest rääkis haigla ülemarst

7. aprillil peeti haigla kevadkonverents, millest, tuginedes eelnevate aastate kogemusele, olid osa võtma kutsutud kliinikute ja keskuste juhatajad, ülemarstid, ülemõed ja vastutavad õed.

Regionaalhaigla ülemarst dr Andres Ellamaa rääkis sellest, mida ta arvab arvude taga peituvat, tunnetest ja mõtetest, mis tekkisid 2007. aasta kokkuvõtete tegemisel. Dr Ellamaa tähelepanekul on lisaks faktidele ka nn kehakeel, mis avaldub nii faktide esitamisel kui ka tõlgendamisel. Ta väitis, et ei tea, kust see tuleb, ent teadlikult või alateadlikult otsisid kõik keskuste juhatajad aina neid näitajaid, mis suurenevad ja näitavad üha paremat tegutsemist. Ja kui mõni number seda ei näidanud, siis kiputi süüdistama statistikat. Ülemarst pidas seda asjatuks vaevaks. Lakkamatult näitajate paranemist ei tohi taga ajada — pisikeses Eestis, kus 1,3 milj inimest ja ka teatav stabiilne haigete arv, ei ole võimalik aina edeneda. See on võimalik vaid meie konkurentide viletsama töö puhul või meie haigla tõsise kvalitatiivse hüppe korral. Kui mõne uuringu või manipulatsiooni sagedus tõuseb 300–400%, siis muidugi oleks mõistlik meenutada ka reaalarve, mis võivad osutada üpris tagasihoidlikeks.

Kiidusõnu leidis meie haiglas teatavate protsesside, mille analüüsimisel võib rahumeeli kinnitada — meie järjekordade korraldamise süsteem on üpris mõistlik, nii patsientidele kui ka meie rahastajatele arusaadav. Mis siis toimub? Nõutava nelja nädalaga on raskusi esmase visiidi korraldamisel vaid neurokirurgia ja neuroloogia erialadel. Selgub, et enamikul erialadest on Eestis kehtivale korrale vastava ajaga teenindatud 90% abitsijaist ning haiglasse pääseb ettenähtud ajaga kõigil erialadel v.a kardiokirurgia.

Nagu ikka oma esinemistes, ei saanud ülemarst ka seekord vaikides mööda minna ebaõnnestumistest, mis tegelikult on nii elu kui ka ravimise lahutamatu koostisosa. Kahjuks, enamikku ebaõnnestumistest ei märgita või — mis veelgi hullem —, kohati isegi ei märgata. Kurv, kui keskuste juhataja loetleb (uhkusest paisuval rinnal) tehtud operatsioone, kuid samas ei oskagi hinnata, millise tulemuseni need operatsioonid viisid. Ja pärimisel kinnitatakse süüdimatult, et haige suri ju hoopis POP-is või et operatsioonipiirkonna põletik tekkis ju pärast haige haiglast väljakirjutamist. Erilist äramärkimist leidsid uroloogia osakonna süstemaatiline töö ravitulemuste pideva hindamisega ning psühhiaatrikliiniku entusiasm kõigi soovimatute, raviga kaasnenud nähtude kirjapanekul.

Dr Ellamaa rõhutas, et soovimatute ravitulemustega tuleb tegelda kohe, kui neid märgatakse, mitte siis, kui tekib skandaal või hoopis järgmise aastaruunde tegemise ajal. Dramaatiline on olukord, kui soovimatust kõrvaldamiseks või tüsistusest kuuleb keskuste juhataja haigla ülemarstilt ja see omakorda ajakirjanikelt või haige kaebusest. Kuigi tänavune "tüsistuste saak" on võrreldes 2006. aastaga peaaegu kahekordne, oli ülemarst rõõmus ja jagas lootust, et lõpuks ometi hakame üle saama hirmust ning mõistma, et tüsistustega tegelemine näitab õppimisvõimet ja õpitahet.

Suure aja oma kõnest pühendas ülemarst õppimisele ja õpetamisele. Kas õppimise koht on siis ainult Brasiilias, Barcelonas või Brüsselis? Kas meie enda kolleegide kolmapäevased harivad ettekanded polegi ära kuulamist väärt? Õige kriitiliselt käsitles ülemarst arve, mis näitavad koolitustundide hulga pidevat suurenemist. Kuid sisu? Sajad tunnid, mida vastutavad ja juhtivad õed on veetnud, õppides



Dr Andres Ellamaa.

paberite ja blankettide täitmist, ning samas haigla söökla einetavad kolleegid, kel käes plastkindad!? Opetuse sisu määratlemine on dr Ellamaa arvates aga ennekõike keskuste juhatajate ülesanne. Kes muud kui nemad peaks teadma, kellel missugune lünk teadmistes või oskustes on.

Palju kiidusõnu kuulsid need tublid kolleegid, kes lisaks igapäevasele tööle on leidnud aega ja energiat, et pühendada ka õpetamisele. Meenutati dr Kersti Kuke korraldatud onkoloogide mitmepäevast rahvusvahelist seminari Tallinnas, dr Mart Eiseni korraldatud gastroenteroloogia alast seminari, dr Sergei Nazarenko initsiatiivil korraldatud interdistsiplinaarset seminari veresoonte haiguste alal ning sisekliiniku ja dr Arvo Mesikepi eestvedamisel korraldatavaid õppepäevi perearstidele ja sisearstidele.

Ülemarst rõhutas, et haigla on ennekõike haigete ravimise koht ning seda tehakse siin ja praegu. Ta oli murelik, et oli sunnitud rääkima juhtudest, kui keskuste juhataja delegee-

rib oma töökohustused kellelegi teisele ning viibib haiglas vaid 1–2 päeva nädalas. Sisuliselt toimub siis ju enamiku haigete ravi parima, targima, enamkoolitatud ja enamtasustatud kolleegiga.

Kõneleja oli teinud arvutuse, mis osutab, et haigla muundab aastas ravimiteks 1 tonni kulda. Ei langedud aruteludesse, kas seda on palju, vaid rõhutati — meie püha kohus on tagada, et see tonn oleks kasutatud sihipäraselt ja õigesti. Siinjuures avaldati erilist tänu kahele arstile, dr Toomas Marandile ja dr Kristel Pärrole, kes tegelikult teevad mitme inimese töö nii haigla ravimipoliitika kujundamisel kui ka konkreetsete haigete kõige otstarbekamate raviskeemide korraldamisel.

Ülemarst vabandas, et ei saa oma jutus meenutada kõiki kolme ja poolt tuhandet töötajat ning kinnitas, et tema jaoks on samavõrra olulised nii tippkirurg kui ka triaazijõe, invasiivkardioloog kui ka operatsioonitoa tehnik Olav. Ta jagas rõõmu meie noorte arstide üle, kel töötahet, tarkust ja indu ning küsis — kes saaks pidada algajaks ealt noori arste, nagu dr Peep Baum, dr Andrei Šamarin, dr Tiit Kivistik, dr Holden Vähi, dr Kahro Tall jt, kes meile residentuurist kasvanud? Dr Ellamaa väitis, et seda, mida peab tegema ja isegi seda, kuidas teha, on võimalik õppida loenguilt ja raamatutest. Teadmine, mida ja kuidas ei tohi teha tuleb vaid vanemate kolleegide kogemustest.

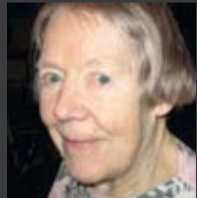
Ülemarst esitas kuulajatele küsimused: Kas me peame tingimata olema teistest paremad? Võib-olla peaksime olema lihtsalt paremad kui eile? Kas peaksime sihiks seadma, et mõni Euroopa tuhandete haiglate hulgas oleks meist midagi kuulnud või oleks hea, kui meie oma, eesti haiged meid hindaks?

Dr VIRVE LUKAS

on teel Toonelasse. Pikk tee sai käidud.

Sõjaaegne ülikool, kus lisaks arstikutsesele saadi oskus ajada läbi napilt ja piskuga, ning edasi poole sajandilise arsti-elu, mis lahutamatu kogu Eestis ja Tallinna neurokirurgia arengust ja ajaloost, Tallinna neurokirurgiahaiglast Mustamäe haiglani välja. Dr Lukase silmade ja käe all on kasvanud mitu põlvkonda neurokirurge. Osale neist on ta olnud vanema õe, osale ema eest, kes taktitundeliselt, hellalt ja sihipäraselt aitas noorematel lahti saada liigestest kirurgilisest innukusest. Ilma tema tagasihoidlikul ja vaikselt tehtud märkusteta oleks nii mõnigi arstlik põhimõte ja sajanõu vältel lihvitud neurokirurgiline lauakompe lihtsalt unustusse vajunud. Dr Virve Lukas oli pikkade aastate kestel Tallinna suurima koormusega neurokirurg ja ikkagi jõudis ta kirjutada ja kaitsta seniajani ka maailma mastaapides ainulaadse väitekirja ajukasvajate epidemioloogiast kogu riigi kohta. Ta jõudis kasvatada kaks suurepärase tütar, ja kõik roosid, mis patsiendid talle tanutähedks tõid, hakkasid tema hoole all tingimata uusi juuri ajama. Kirgliku maletajana jõuda malemängu kõrgustesse. Vast see viimane hoidiski dr Lukase vaimu kuni viimsete elutundideni selge ja virgena.

Üks pikk, sirge tee sai otsa. Aitäh, dr Lukas.



Naised – tulge rinna sõeluuringule!

Ülemaailmne rinnavähi teavitamise kampaania Roosa lint toimub maikuus, ent rinnavähist ja selle varajase leidmise vajadusest on alati õige aeg rääkida. Rinnavähist vestles Kuukirjaga PERH-i radioloogikeskuse ülemarst/ keskuse juhataja dr Maret Talk.



Dr Maret Talk oma igapäevatöö juures.

Foto: Terje Lepp, EPL

Rinnavähi varajase avastamise kontekstis on väga oluline teavitustöö. Arstid panevad kõigile naistele südamele — kui olete saanud kutse rinnavähi sõeluuringule, siis tulge kindlasti kohale! Rinnavähk on naistel vähipaikmetest esikohal. „Rinnavähki haigestumus on kõrge — Ameerikas haigestub elu jooksul keskmiselt 1 naine 8-st rinnavähki, Euroopas üks 10-st, meil natuke vähem,” sõnab dr Talk. Eestis haigestub rinnavähki üle 600 inimese aastas, aga haigestumus näitab tõusutendentsi — elanikkond vananeb, riskivanuses naiste osakaal tõuseb. Statistika on murelikuks tegev. Viimase 20 aasta jooksul on rinnavähi esinemissagedus kasvanud üle 50%. „Oleme püüdnud naiste teadlikkust rinnavähist ja selle varase avastamise ennetusprogrammist kasvatada meedia kaudu. Oluline roll rinnavähi varase diagnostika osas on ka perearstidel, kel on võimalik jälgida, kas nende nimistu naised on saanud kutse sõeluuringule ja kas nad on uuringul käinud. Patsiente tuleb teavitada sõeluuringu vajalikkusest ja kasulikkusest. Varajases staadiumis avastatud rinnavähk on enamasti ravitav,” räägib dr Maret Talk.

Eesmärk pole protsent, vaid elulemus

Sümptomitega kliinilisele uuringule pöördudes leitakse varast rinnavähki

paraku harva, vaid ligi 20% vähijuhutustest. „Tundes suurt tükki rinnas ja siis arsti juurde tulles võib kasvaja olla juba organismis levinud. Ja ka siis alati ei tulda — vahel loodetakse, et ehk kaob see tükki siiski ise ära...” on tohter murelik. Dr Talk võtab ette tabeli, mis näitab, et rinnavähki haigestumus hakkab tõusma naistel vanuses 40–45 ja on suurim eagrupil 50–69. Eestis leitakse skriinimul sihtgrupis umbes 4 rinnavähi juhtu 1000 naise kohta.

Rootsis alustati sõeluuringu pilootprojektidega juba 60-ndate lõpus, seal on sõeluuringud hästi korraldatud, nagu Soomeski. Neis riikides on uuringus osalejate määr 70–80% ringis. Meil on üks probleeme just sihtgrupi vähene osalusaktiivsus. Tuleb tõsta teadlikkust — et need naised, kes sõeluuringu kutse saavad, tõesti ka tuleksid! Dr Talk: „On heameel tõdeda, et võrreldes varasemate aastatega on sõeluuringu osalusprotsent tõusnud. Kui aastal 2003 oli see 37%, siis 2006 ja 2007 tuli uuringule juba 46–50% naistest, kellele kutsed saadeti. See on väga positiivne tendents ja näitab, et naiste informeeritus rinnavähi

probleemist on suurenenud. Siiski on veel pikk tee, et jõuda Põhjamaade tasemeni. Seal on küll naistel ka aastakümnete pikkune rinna sõeluuringutel käimise traditsioon, mis juba emalt tütardele edasi on kandunud.”

Rootsis on tehtud uuring, kus on võrreldud suuremat rinnavähki sõeluuringul osalenud ja mitteosalenud naiste seas. Neil, kes sõeluuringutel käisid, on suurem rinnavähi 42% väiksem! „See on väga kõnekas protsent,” rõhutab dr Talk, „igast 100 naisest, kes rinnavähi tõttu võiksid surra, jääksid 42 ellu! Mitmed teised uuringud muudes maades on näidanud suuremat langust tänu sõeluuringule keskmiselt 30–35%, ka see on hea näitaja. Eesmärk pole ju tegelikult protsent, vaid elulemus.”

Sihtgrupp on vaja suurendada

Dr Talk sõnab, et sõeluuringu sihtgrupp Eestis peaks olema laiem. Praegu kutsutakse sõeluuringule, s.o kord kahe aasta jooksul mammogramme tegema, naised vanuses 50–59 eluaastat (alates 2008 juba kuni 63 eluaastani), mil rinnavähi tekkerisk oluliselt tõu-

seb, aga kaugem eesmärk on kaasata sõeluuringusse vanusegrupp 45–69 eluaastat. 2008. aastal kutsutakse Tallinnas/ Harjumaal naisi sünniaastatega 1948, 1949, 1951, 1952, 1956, 1958, 1946 (osaliselt), (1945).

Dr Talk: „Kui leida varases (I–II staadiumis) rinnavähk, siis on prognoos elulemusele päris kõrge. Statistika näitab, et kui avastada I staadiumis vähk, on 5 aasta elulemus neil naistel 95%. II staadiumis — 83%. Levinud haiguse korral on III staadiumis 5 aasta elulemus 48%, IV staadiumis vaid 12%.”

„Rinnavähk on väga heterogeenne haigus,” räägib dr Talk, „on kiiresti kasvavad ja on aeglasemad vormid. Olulisemad prognostilised faktorid on vähi mõõtmed avastamisel, aga ka selle histoloogiline maliigisuse aste, hormoonretseptorid jm. Mida väiksem on leitud kasvaja kolle ja mida kõrgema histoloogilise diferentseerumise astmega, seda soodsam on prognoos.” Oluline faktor on ka naise vanus. Tohtri sõnutsi on kasvaja just nooremate naiste eagrulis pahatihti kiire ja agressiivne. „Ei ole ühte rinnavähki, on erineva histoloogiaga vähid, mis näevad erinevalt välja ja käituvad erinevalt,” sõnab dr Talk.

Rinnavähi piltagnostika uued meetodid Regionaalhaiglas

Regionaalhaigla on osalenud juba esimestel rinnavähi sõeluuringu pilootprojektides alates 1996. aastast. „Meil tegelevad rinnavähi piltagnostikaga kogunud radioloogid, kellel on hea koostöö ja tagasiside rinnalõikusi teostavate kirurgide, keemiaravi- ja kiiritusraviarstidega ning patoloogidega,” räägib dr Talk. Siin teostatakse rinnalõikusi ja saavad ravi ca 2/3 Eestis diagnoositud rinnavähi juhtudest.

Hiljutised õnnestunud radioloogikeskuse investeeringud Hiiul (digitaalne mammograaf ja stereotaktilise biopsiasüsteem, uus ultraheliaparaat ja kompuutertomograaf) on loonud tehnoloogilise baasi, mille abil rinnavähi avastamine, leviku hindamine ja raviefekti jälgimine on tänapäevasel tasemel. „Alustasime esimesena Eestis rinnavähi diagnostikas ka magnetuuringuid,” sõnab dr Talk, „see meetod võimaldab täpsemalt leida ja hinnata vähikollete arvu ning ravivastust just tihedate rindade korral, kui mammograafia jääb väheinformatiivseks. Nii saab täpsemalt planeerida rinda säästvaid lõikusi. Ka kõrgema (sh päriliku) vähiriskiga nooremad naised oleks tulevikus üks magnetuuringute võimalik sihtrühm. Tõsi, meid piirab esialgu magnetuuringute aparadi võimsus. Nukleaarmeditsiini valdkonda kuuluvad „valvurlümfisõlme” uuringud on samuti hiljuti kasutusse tulnud meetod, mis aitab planeerida optimaalset rinnalõikust.”

Jätame vähiuuringute ja ravi üksikasjad spetsialistide otsustada, aga teeme tervise hoidmiseks omalt poolt, mis meie võimuses: kui rinnaskriiningle kutsutakse, siis — lähme!

Aime Taevere

Vähistatistikat

- 1999 haigestus maailmas rinnavähki 900 000 naist
- 2004 haigestus maailmas rinnavähki 1 200 000 naist
- EU maades esineb aastas 350 000 uut rinnavähi juhtu ja 130 000 rinnavähi surmajuhtu.
- Euroopas on naistel vanuses 35–64 rinnavähk peamine surmapõhjus.
- Sõeluuringu käigus avastatud rinnavähi vormidest on üle 75% varajases staadiumis.

Estike: Paremat kohta polegi!

Nagu perhilastel kombeks, tähistatakse iga-aastaselt sekretäride päeva kliinikute parimate sekretäride valimisega. Psühhiaatrikliiniku parimaks sekretäriks hindasid kolleegid tänava poliikliiniku sekretäri Estike Mägi.

Palju õnne, Estike! Mis tunne Teil oli, kui kuulsite, et olete parim sekretär?

Tunne oli kohutav! ... ei jõua veel kohale... Aga aitäh! (Ohkab)

Kui kaua olete sekretärina töötanud?

Psühhiaatrikliinikusse tulin 2003. aastal, algul olin 4 kuud IX osakonnas tegelesjuhendaja. Tegelesin patsientidega — võimlesime, käisime looduses, mõtlesin välja käelisi tegevusi. See oli hästi huvitav ja ka õpetlik kogemus! Siis avanes võimalus — üks sekretär läks ära ja pakuti minule tema kohta. Küsisin endalt, et mida ma elus tahan. Olin varem sekretäride kursustel ka käinud, ja võtsin selle ameti vastu. Vahepeal olin lapsehoolduspuhkusel. Siia, psühhiaatripoliikliinikusse tulin 1. aprillil 2006. Poliikliinikus siis just loodigi sekretäride kohad.

Ma olen väga-väga-väga rahul, paremat kohta ei saa ollagi! Tulen tööle õnnelikuna ja lähen ära sama moodi. Mõnikord on ka väsimushetki, kui pole



Estike Mägi.

millegagi rahul, aga järgmisel hommikul püüan veel paremini teha...

Mis on sekretäri töös tähtsaim?

Korrektus, tähelepanelikkus ja vastutustunne. Kui mingi asi on vaja ära teha, siis pead selle tegema korralikult, ükskõik, kui kaua see aega võtab. Kui õed on arsti parema käe abilised, siis meie, sekretärid, püüame olla vasaku käe abilised. Poliikliinikus töötab kolm sekretäri, igal sekretäril on kindlad arstid ja oma linnaosad, aga abistame üksteist, ei ole nii, et mina sinu tohtritega ei tegele.

Ma olen väga tänulik, et arstid ja õed on mind usaldanud ja aidanud... nendega koos olen ma arenenud.

Sekretäri elukutse on Teil teine?

Jah, tegelikult olen väljaõppinud nahktoodete tehnoloog, töötasin „Lindas”, aga liinitöö ei sobinud mulle sugugi. Alustasin õpinguid Tallinna Tehnikaülikoolis, mis jäi lõpetamata.

Tegelikult mulle meeldib paberites tuhnida. Kui olen saanud mingi ülesande, ega ma siis enne ei jäta, kui see tehtud on. Tahan kiita, et Regionaalhaiglas on väga head arvatikoolitused, olen need läbi käinud ja neist on väga palju kasu! Kui olen midagi uut õppinud, tulen siia ja õpetan kohe õdedele ka.

Olete plaanipärane inimene?

Jah, mul on kombeks tulla tööle natuke enne tööpäeva algust, avan aknad, tuulutan, ja alustan sellest, et teen päevaplaani — mida konkreetselt täna on vaja ära teha. Kirja ma seda ei pane, aga mõtlen läbi. Hommikuti tegelen kirjadele vastamisega. Aga kui näiteks tuleb tohter ja toob mõne rehabilitatsiooni plaani, see on käsikirjaline, siis kirjutan selle kähku masinasse ja prindin tohtrile välja. Või on vaja Internetist midagi otsida.

Sekretäri põhilised tööloigud on kirjavahetus, raviarved, töövoimetused ja väljavõtted, pluss muu n-ö jooksev töö.

Käekirja lugemise kursustele pole vaja olnud minna?

Et arstide käekirja lugeda? E-ei, meie tohtrid kirjutavad väga ilusa ja selge käekirjaga, täitsa loetavalt. Ja kui teinekord ei saagi aru, siis küsin tohtri käest, kõik on väga abivalmid.

Meil poliikliinikus on arste vähe, minu sektoris on 6, kokku 15, ja me hoiame neid!

Olete tiitli üle ikka rõõmus ka?

Muidugi, tunnustus aitab veelgi paremini töötada, annab indu juurde.

Küsis: Aime Taevere

Kommentaari:

Ma võin tema kohta head ja ainult head ütelda! Tal on väga suur empaatiavõime, ta on tohutult vastutustundlik, tema hääletoon on rahulik ja kehakeel väljendab tasakaalukust. Täpsus-täpsus-täpsus — see iseloomustab teda! Paremat sekretäri ei saagi enam olla, kui on Estike. Mina olen küll väga rahul temaga, haruldane leid!

Marika Donald, Psühhiaatrikliiniku sekretär



Rahvusvaheline õdede päev 2008

9. mail

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Mustamäe korpuse saalis (J. Sütiste tee 19) kl 12-15

Kell 12.00–14.00

„Regionaalhaigla — kas õesõbralik?”

Kell 14.30

Kuulutatakse välja „Kliiniku Aasta Õde” ja „Kliiniku Aasta Hooldaja” tiitli võitjad ning tänatakse staažikaid õendus- ja hooldustöötajaid.

Kell 18.30

L. Minkuse / T. Härmil ballett **DON QUIJOTE** Rahvuskooper Estonia (Estonia pst. 4)

Õnne 13 doonorid

Kodumaise seriaali Õnne 13 ühes osas toimus Morna linna kultuurimajas doonoripäev. Seriaalis loovutavad verd Marko, keda mängib näitleja Priit Võigemast, ja Tiik, keda mängib Veiko Täär.

Teet Kallas, Õnne 13 stsenaarist, kuidas tuli idee kirjutada seriaali sisse doonoristseen?

„See on üks nn kollektiivsetest ideedest. Kui mul õigesti meeles on, siis ütles selle esimesena välja režissöör Ain Prosa. Pärast sain teada, et näiteks Veiko Täär ongi doonor, selline missioonitundega mees. Vere loovutamine on ju tänuväärne tegu.

Aga steeni kirjutamiseks ma ikka süvenesin doonorluse temaatikasse, uurisin Internetist, kuidas need asjad elus tegelikult on ja kuidas käivad. Verekeskuse brigaadid on iga-aastaselt päris ehtne, nemad tegid oma tavatööd, ja vereandmine ka.

See vere loovutamise steen on dramaturgiliselt niisugune hea püss, mis seinal ripub – et kui vaja, siis on hea võtta ja kasutada. Aga motiiv hakkab veel mängima, seda võin küll ette öelda.”



Priit Võigemast, see oli Teie esimene doonorikogemus. Kuidas läks?

„Läks hästi, ei olnud midagi hullu. Ma ei ole väga pelglik inimene, nii et ega ma kartnud. Liitigi, mu abikaasa on juba pikka aega doonor olnud. Tean, et doonorverd andes peab olema hästi välja puhunud ja korralikult söönud – eks „lavaka“ ajal asi vist selle taha jäigi... Aga Veiko Täär on muu kõrval spordipoiss ka, nii et tema veri peaks eriti hea olema!

Vere loovutamine oli kokkuvõttes meeldiv kogemus, teeksin seda teinekordki läbi.”

Küsis: Aime Taevere

X-korpus



01.04.2008

KUUKIRI

Toimetus:

Aime Taevere, e-post: aime@editor.ee
tel: 501 6338

Inga Lill, e-post: inga.lill@regionaalhaigla.ee
tel: 617 2247

Väljaandja: OÜ Editor Grupp
Trükiarv: 1500

Stentimine tõstab elulemust

Hingamisteede stentimise tulemused Eestis pakkusid elavat huvi maailmakongressil Tokyos.

30. märtsist 2. aprillini toimus Tokyos 15. Maailma bronhologia ja bronhoösofagologia kongress (ingl k 15th World Congress for Bronchology (WCB) & the 15th World Congress for Bronchoesophagology (WCBE)). Eestist võtsid kongressist osa Põhja-Eesti Regionaalhaigla bronholoogid Sirje Marran, Tõnu Vanakesa ja Ruth Sepper, Tartu Ülikooli Kliinikumist Sulev Meriste ja Tiina Tamvere.

Regionaalhaigla bronholoogid esitasid kongressile poster-ettekande, mis koondas Eestis läbi viidud bronhi ja trahhea stentimise tulemusi aastatel 2003–2008. Ettekandes analüüsime stentimise näidustusi vastavalt haigetel esinenud kaebustele ja andsime ülevaate 19 patsiendile asetatud 23 Polyflex lineaarse hingamisteede stendi asetamise järgest elulemusest ja tüsistustest nii Regionaalhaiglas (16 haigusjuhtu) kui ka Kliinikumist (3 haigusjuhtu); (Sirje Marran, Tõnu Vanakesa, Ruth Sepper. Retrospective study of 5-year experience with implanting Polyflex airway stents in Estonia). Avaldatud ülevaade pälvis Maailma Bronhologia Assotsiatsiooni (World Association of Bronchology) tähelepanu ja tunnustust ning autorite grupile tehti austav ettepanek avaldada esitatud andmed põhjaliku teadusartiklina eriala juhtivas ajakirjas veel sellel aastal.

Eestis alustati hingamisteede stentimisega 1993. aastal Tartu Ülikooli Kliinikumist, kus esmakordselt võeti kasutusele spetsiaalselt hingamisteede vajadusteks välja töötatud trahhea dünaamiline stent, mida kasutati ulatuslike nn intubatsioonistenooside korral. Kuni 2002. aastani viidi

ravimenetlused komplitseeritud hingamisteede stenoosidega haigetele läbi TÜK-is. 2002. aastast alustati hingamisteede stentimisega Põhja-Eesti Regionaalhaigla torakaalkirurgia osakonnas (dr Vanakesa poolt), kus esmakordselt Eestis kasutati hingamisteede stentimiseks spetsiaalselt väljatöötatud lineaarset Polyflex stenti, seni on neid asetatud PERH-is 16 patsiendile. Endoskoopilise diagnostika ja tehnoloogia täiustumine ühelt poolt ning edusammud intensiivravi rakendamisel teiselt poolt on toonud kaasa intubatsiooni- ja trahheostoomia järgsete stenooside parema diagnostika, aga ka postintubatsioonistenooside esinemissageduse tõusu.

Endoskoopilise diagnostika ja tehnoloogia kasutuse laienemine suurendab oluliselt võimalusi hingamisteede stentimiseks. Hingamisteede stentimine on paljudel juhtudel, mil hingamisteede stenoos ei ole kirurgiliselt eemaldatav, alternatiiviks püsitrachheostoomiale, tihti aga alternatiivsed võimalused stentimisele puuduvad üldse. Samas, enamiku nendest haigetest, kes vajavad hingamisteede stentimist ja kellele on asetatud trahhea/bronhide stendid, moodustavad maliigsete kasvajaaluste haigustega patsiendid (vt Tabel).

Eestis on nüüdseks olemas arvestatavad kogemused hingamisteede stentimise tehnoloogias, mis on muutnud selle ravimenetluse kättesaadavamaks. Kogemuste täiustumine laiendab sihtgruppi, kellele on ravimeetod näidustatud. Sellest lähtuvalt on võimalik antud palliatiivset ravimeetodit rakendada oluliselt laiemalt ning võtta kasutusele erinevaid tüüpe hingamisteede stente. Eelkõige oleks näidustatud ravimeetodi laienemine juhtehingamisteede

Tabel. Ülevaade stentimistest aastatel 2002–2008.

Trahhea ja/või bronhide stentimise näidustused Eestis 2002–2008	
Jrk	Näidustused
1.	Trahhea või bronhide obstruktsioon maliigsest haigusest koos välise kompressiooniga suurtele hingamisteedele, kui kuratiivne ravi ei ole võimalik (11 juhtu)
2.	Trahhea või bronhide obstruktsioon maliigsest haigusest hoolimata bronhoskoopilisest resektsioonist ja dilatatsioonist (4 juhtu)
3.	Intubatsioonijärgne häälepaelte alune trahhea stenoos hoolimata bronhoskoopilisest resektsioonist ja/või dilatatsioonist (2 juhtu)
4.	Healoomuline komplitseeritud trahhea stenoos, kui kirurgiline ravi ei ole võimalik (6 juhtu)
5.	Healoomuline trahhea või bronhide stenoos, mis on tekkinud põletikulise protsessi tagajärjel, ja stentimist rakendatakse ajal, mil oodatakse süsteemse ravi toimet või patsient ootab kirurgilist ravi või teda valmistatakse selleks ette (1 juhtu)

Kas EMO on perearstikeskus?

17. aprillil toimus PERH-is II Erakorralise meditsiini kevadkonverents, kus dr Anžela Popova esitas intrigeeriva pealkirjaga ettekande: „EMO: uue põlvkonna perearstikeskus?”

Kommentaari

„Kas EMO on uue põlvkonna perearstikeskus? Pärts üheselt „jah” täna veel vastata ei saa, aga sennapole on asjad liikumas tõesti. Tallinna haiglate erakorralise meditsiini osakondade visiitide hulk näitab tugevat tõusutendentsi. Näiteks 2005.

aastal registreeriti PERH-i EMO-s umbes 65 500 visiiti, 2007. aastal aga juba 67 625. Analüüs näitab, et suur hulk nendest patsientidest ei satu EMO-sse kiirabiga, vaid tulevad ise, kusjuures päris palju on neid, kel haigus oli EMO-sse pöördumise ajaks kestnud juba mitu päeva või ka nädalaid.

Vanasti, rajooniarstide süsteemi ajal, ei olnud mõeldavgi, et haige inimene, palavikus, tuleks ise haiglasse abi otsima. Ma väidan, et praegune meditsiinilise teenindamise süsteem ei ole võimeline poolerakorralise ja lihtsama esmase



Trahhea ja bronhide edukas stentimine eeldab töökast ja heatujulist meeskonda, mis koosneb erineva eriala spetsialistidest. Hingamisteede stentimine PERH-i ja TÜK-i operatsioonitoas.



Bronholoogid Tokyos maailmakongressil. Dr Sirje Marran (vasakul) ja dr Ruth Sepper vestlemas kongressi vaheajal kolleegiga.

de läbitavuse taastamiseks maliigsete kasvajaaluste protsesside palliatiivseks raviks, mis oluliselt parendab haigete elukvaliteeti ja tõstab elulemust.

Stentimise tehnoloogilise arengust

Ideaalne hingamisteede stent kombineerib endas silikoonstendi ja metallstendi. Biolagunevad, polü-L-piimhappes (PLLA) valmistatud „kootud“ torujad stendid võivad leida kasutust raske hingamisteede stenoosi ravil lastel, kuna neid stente ei ole vaja välja võtta. Niisugustel juhtudel säilib paremini ka mukotsiliaarne funktsioon, sest stendi resorptsiooni järel on hingamisteede epiteel intaktne. Kuigi edasised uuringud on vajalikud pikaajaste tulemuste selgitamiseks erinevate hingamisteede haiguste puhul, on PLLA hingamisteede stentide tulevikku silmas pidades paljulubav materjal. Areng interventsionaalses bronholoogias, sealhulgas bioabsorbeeruva hingamisteede stentide osas, võib tulevikus viia oluliselt väheminvasiivsete alternatiivide tekkele stan-

dardsetele kirurgilistele protseduuridele nii hingamisteede healoomuliste kui ka pahaloolumuliste stenooside ravis.

Arvestades olemasolevat tehnoloogilist baasi ja stentimist vajavate haigete määra, samuti bronholoogilist kompetentsi ja võimekust Regionaalhaigla endoskoopia ja torakaalkirurgia üksustes, on hingamisteede stentimise tehnoloogia meie haiglas kiiresti arenenud ning PERH on kujunenud peamiseks keskuseks hingamisteede komplitseeritud stenoosidega patsientide raviks Eestis. Meetodi kasutuse laienemine, eriti maliigsete kasvajaaluste haigetele, on loonud juurde uue võimaluse palliatiivseks raviks Eestis vähihaigetele. Erialadevaheline koostöö on oluliselt mõjutanud invasiivse endoskoopia kiiret arengut Regionaalhaiglas, mis on ka hingamisteede stentimiste arvule ja tulemuslikkusele avaldanud positiivset mõju.

Kolleegide nimel,

Ruth Sepper

tasandi arstiabi osutamiseks, vähemalt 30–40% sellist abi vajavad inimesed seda ei saa. Praegu on kujunenud selline olukord, et EMO peab tegema perearsti poolt tegemata või poolikult tehtud tööd. Paljudel juhtudel puudub patsiendil kontakt oma perearstiga sootuks.

Paraku, nüüd on probleemidepundra ees EMO, sest ülekoormatus on juba kriitiline ja patsiendid peavad arsti juurde pääsemist ootama tunde. Muidugi pole õige siinkohal kõigi perearstide poole näpu viibutada, sest oma igapäevatöös puutume kokku ka oma tööd väga korrektsete tegevate perearstidega, kel koos patsiendi saatekirjaga on kaasas ka vajalike esmaste uuringute ja

analüüsitud tulemused ja diagnoosi hüpotees.

Mida teha, kui patsient lihtsalt eelistab tulla oma murega EMO-sse ja ütleb, et tema on otsustanud perearsti teenuseid mitte kasutada, sest siit saab hea ja kiire meditsiinilise teeninduse, kuigi tegemist ei ole erakorralise haigestumisega. Probleem on tõsine, lihtsat ja kiiret lahendust ilmselt pole, aga EMO peab siiski tegelema erakorralise meditsiiniga, mitte muutuma perearstikeskuseks.”

Vassili Novak, EMO ülemarst/keskuse juhataja

