

k u u k i r i Regionaalhaigla

Veebruar 2011 • Nr 2 (92)

PERH ulatas kihnlastele kiirabi abikäe

Terviseamet ja PERH sõlmisid lepingu, mille alusel korraldati ümber kiirabiteenuse osutamine Kihnu saarel. Saarerahva hulgast leiti abistajad, kes läbisid täiendkoolituse ja on valmis kaasa aitama kiirabiteenuse paremale korraldusele Kihnu saarel. Leping hakkas kehtima 1. veebruarist.

Selle tore uudise peale võttis Kuukiri ühendust dr Arkadi Popoviga, kes on Regionaalhaigla erakorralise meditsiini keskuse ülemarst-osakonna juhataja.

Dr Popov: „Meie reanimobiiliosakond on loomisest alates tegelema erakorralise abi osutamise ja vajadusel ka haigete transportimisega väikesaarelt, aga nüüd teeme Kihnu inimestega otseselt koostööd ja abi andmine on üles ehitatud hoopis uuel tasemel.“

Tohtri sõnusti on Kihnu saarel tavapäraselt 60–70 kutset aastas, seega ei ole otstarbekas (ega seadusest lähtuvalt võimalik) seal tööle panna päris kiirabibrigaadi. Kihnus elab aastaringelt 633 inimest, suvehooajal muidugi oluliselt rohkem.

Dr Popov sõnab, et esialgu läheb käiku Kihnu saare meditsiinilise teenindamise projekti I etapp: esmaabiandjate valve saarel + konsultatsioonid Regionaalhaigla poolt + vajadusel helikopteri transport. Teise sammuna, lisaprojektina nähakse ette suvist meditsiiniteenindust kohapeal.

Kust tuli initsiatiiv?

„Initsiatiiv tuli algselt ikkagi Kihnust, nad on juba aasta aega teinud tööd selle nimel, et Kihnus tekiks meditsiiniline kiirabi. Eelmise aasta lõpus asusid asja taha Terviseamet, Sotsiaalministeerium ja ka Riigikogu ning leiti projektile rahaline kate.“ sõnab dr Popov, lisades, et suured saared — Saaremaa, Hiiumaa ja Muhumaa — on kiirabiga kaetud, aga väikesaared on seni tähelepanu alt välja jäänud. Kihnu on nüüd „esimene linnuke“. Dr Popov tunnustab, et tegelikult on kavandamisel ka n-ö Napoleoni plaan — väikesaarte projekt, mille käivitumisel oleks kiirabiga kaetud kõik Eesti väikesaared.

Kihnu on pilootprojekt. Dr Popovi sõnusti tähendab see leping, et PERH jätkab Kihnu abistamist kiirabi alal (oluliselt suuremas mahus kui seni) ja et haigete transportimine lennutranspordiga toimiks sujuvalt.

Dr Popov: „Need inimesed, kes praegu Kihnus abi annavad, elavadki seal ja on seda tööd teinud kogu aeg, näiteks endisel velskri Riina Saarel on

staazi 27 aastat. Väga kogenud inime, väga hea taustaga, otsustusvõimeline. Viimased viis aastat pole ta saanud küll seda tööd teha, sest puudus rahastamine. Aga enne seda sõitis ta ise seal kiirabiautoga, neil oli üks vana UAZik. Tema abikaasa, parameedik, oli küll saarelt 6–7 aastat eemal, aga nüüd on jälle tagasi. Riina ise vedas haigeid üle lahe Pärnu haiglasse, ja kui vaja, võttis sünnitusi vastu, ise oli roolis, patsient taga... ilusti sai hakkama!“

Dr Popov täpsustab, et kopteriga lennati vajadusel saarele ju ka varem — Regionaalhaigla „tiiva alla“ kuuluvad kõik saared ja Põhja-Eesti —, aga nüüd on täitsa uus asi see, et kohapeal on tekitatud esmaabiandjate struktuur. Uuenduseks on ka see, et ühendus Kihnuga tagatakse Häirekeskuse vahendusel. Samas, see on ju ka Pärnu Kiirabi tööpiirkond.

Kui Kihnus juhtub kellegagi õnnetus...

Dr Popov räägib, et polnud kuigi lihtne kogu logistikat üles ehitada ja alarmerimise ning tegutsemise struktuuri paika saada, sest „meretagune asi“ on üksjagu kaugel, olgu siis transportivahendiks praam (kevad-sügis), hõljuk või lennuk (talv, kevad). Regionaalhaigla käepikenduseks Kihnus on esmaabimeeskond, kuhu kuulub neli liiget. Neist kaks — Riina Saare ja Luule Aav — on esmaabi-meedikud, teised kaks parameeditsiinilise taustaga — kiirabitehnik Allan Laarents ja autojuht-kiirabitehnik Mihkel Saare. Luule Aav on tegevmeedik, ta töötab Kihnu tervisekeskuses pereõena.

Esmaabimeeskond töötab vahetusega, kaks ja kaks, olles koduses valves nädala kaupa. Neil on ka kiirabiauto (vt pildil), mille varustust PERH tublisti täiendas, lisades monitorid, EKG-d, lahased, esmaabikohvrid jm vajalikku, „et oleks ikka nagu päris kiirabiauto“, sõnab dr Popov ja lisab: „Kohalikul esmaabimeeskonnal on ka mobiiltelefonid ja raadiosaatjad, et nad saaksid pidada ühendust Häirekeskusega ja meiega. Lisaks veel üks oluline sidevahend — sülearvuti, Interneti-ühenduse ja Skype'iga, sest meeskond peab kutsele jõudes meie arstiga konsulteerima.“ Kihnlaste jaoks on esmaabilogistikas uudne veel see, et nüüd alarmeritakse nad kutsele paralleelselt kiirabibrigaadiga. Kui aga hädaolukorrast teatatakse otse esmaabimeeskonnale, informeerivad nemad koheselt Häirekeskust. Häirekeskus omistab kutsele vastava prioriteedi (A–D) ja edastab kutse A või B Pärnu



PERH-i „lennusalk“ läbi kopteriklaasi: (vasakult) vanemõde Olga Demidova, dr Arkadi Popov, dr Vassili Novak ja juhtiv vanemõde Tatjana Märtson, projekti öde-koordinaator, kes vastutab projekti tehnilise osa eest.



Kihnu esmaabimeeskond täies koosseisus: (vasakult) Allan Laarents, Riina Saare, Luule Aav ja Mihkel Saare.

kiirabibrigaadile, C- ja D-kutse edastatakse Regionaalhaigla reanimobiilile, sealjuures alarmeritakse helikopterit. Kohale jõudes osutab esmaabibrigaad esmaabi ning konsulteerib PERH-i valvestiga, vajadusel tehakse visuaalne kontakt Skype'i kaudu. Just pideva konsulteerimise võimalust peab dr Popov ülioluliseks: „Kui vaja, saab teha ka korduvaid konsultatsioone valvestiga, kes võtab vastu otsuse patsiendi evakuatsiooni vajaduse ja viisi kohta. Kui esmaabi osutamise käigus selgub, et patsient vajab erakorralist abi ja hospitaliseerimist, teostab esmaabimeeskond tema jälgimist, kuni kohale jõuab vastav kiirabibrigaad, kes võtab patsiendi üle. Kui esmaabi osutamise käigus selgub, et patsient enam erakorralist abi ei vaja, siis PERH-i valvest annuleerib kiirabi väljakutse ja informeerib sellest Häirekeskust telefoni teel. Kui esmaabimeeskond vabaneb, informeerib ta sellest Häirekes-

kust siseradio teel ja meie valvestari telefoni teel.“

Helikopteri-valve on päevasel ajal tagatud 12 tundi, kl 8 kuni 20, väljalennuks kulub 15 minutit, muul ajal on lennumeeskond koduses valves, väljalennuks koos PERH-i meeskonnaga kulub kuni tund.

Kokkuvõtteks lausub dr Popov, et Kihnu-projekti ehk uue koostöövormi olulisim aspekt on see, et protsessi käigus konsulteeritakse esmaabiandjat PERH-i reanimobiiliarsti poolt, mis on eriti aktuaalne C- ja D-kutsete puhul (trauma, äge südamelihase infarkt, kopsuturse jms), st et kohapeal töötavad inimesed saaksid nii moraalset kui ka meditsiinilist tuge ja konsultatsiooni Regionaalhaigla arstidelt.

Tunnistagem, see on suur samm Eesti meditsiinilise abi arendamisel. Koostöös peitub jõud.

Aime Taevere

Luba olemas, alloveresoon ootamas!

21. detsembril 2010 kinnitas Ravimi-amet, et Regionaalhaiglal on nüüd-est luba tegelda doonorveresoonte (nn alloveresooned) siirdamisega.

Alloveresoonte siirdamist kasutatakse, kui patsiendi arterid on ateroskleroosist kahjustusest ummistunud, mistõttu osutub vajalikuks vereringe taastamine. Peamiselt kasutatakse alloveresooni kui alternatiivset transplantaati patsiendi oma veresoonte ja/ või kunstmaterjalidest veresoonte proteeside kõrval erinevate arterite segmentide rekonstruktiivsetel operatsioonidel. Alloveresooned on sobivaks bioloogiliseks materjaliks asendamaks infitseeritud veresoonte kunstproteesi.

Rakkude, kudede ja elundite käitlemise tegevusloa uuendamine tähendas haigla jaoks uue valdkonnapõhise kvaliteedisüsteemi väljatöötamist ja selle integreerimist üldisesse kvaliteedijuhtimissüsteemi. Esimese etapina väljastas Ravimi-amet 2009. aastal Regionaalhaigla loe autoloogsete perifeerse vere tüvirakkude siirdamiseks.

Ettevalmistused alloveresoonte käitlemise tegevuse kirjeldamiseks algasid juba 2009. aasta sügisel, kuid intensiivsem töö sai tehtud 2010. aastal. Töömeeskonda kuulusid veresoontekirurgid dr Andres Pulges ja dr Priit Põder, õendusala esindajana operatsiooniploki vastutav öde Kairi Lepp ning kvaliteedisüsteemide talituse töötajad Ilona Reiljan ja Riina Niidas. Töö käigus kaasasime ka tehnikateenistuse ja IT-teenistuse töötajaid. Tegevuste raames kaardistati alloveresoonte käitlemise protsess ning kirjeldati doonori ja retsi-piendiga seotud toimingud, nõuded personalile ning alloveresoonte hankimise (sh alloveresoonte kvaliteedikriteeriumid), säilitamise, siirdamise ja hävitamise põhimõtted. Eesmärgiga minimeerida tekkida võivat „paberimajandust“, arendati Ester-II operatsioonimoodulisse spetsiaalset lahendust, kus dokumenteeritakse doonori ja retsi-piendiga seotud toimingud ning peetakse arvestust laos olevate transplantaatide üle.

Lõpetuseks: ühistöö tulemusena on veresoontekirurgia üksuses mahukas kaust, mis lisaks alloveresoonte käitlemisega seotud materjalidele sisaldab operatsioonikeskuse ruumide plaani (koos personali liikumisskeemidega), ehitus- ja viimistlusandmeid; kasutatavate seadmete andmeid ning ventilatsiooni-, vee-, koristus- ja jäätmekäitlussüsteemi kirjeldusi. See mahukas kaust pabereid valmis tänu PERH-i erinevate struktuuriüksuste heale omavahelisele koostööle.

Andres Pulges
Kardiotorakalkirurgia
keskuse juhataja

Priit Põder
Veresoontekirurg

Ilona Reiljan
Kvaliteedisüsteemide
talituse juhataja

Avati tromboosiravi kabinet

Alates veebruarist on Regionaalhaiglas Mustamäe C-korpuse kolmandal korrusel sisehaiguste polikliiniku (Polikliinik 5) ruumis C3019 avatud tromboosiravi kabinet, kus patsiente nõustavad kogenud sisehaiguste- arstid dr Alice Lill ja dr Katrin Nõukas ning tromboosiõde Marina Rebane.

Kabineti avamise eestvedaja dr Alice Lill sedastab: „Arstide ambulatoorsele konsultatsioonidele on saatekirjaga oodatud venoosse trombembolismiga patsiendid, kes vajavad täiendavat diagnostikat tromboosi põhjuste väljaselgitamiseks, nõustamist ravi kestuse, lõpetamise ja edaspidise sekundaarse profülaktika osas.“ Arstid tegelevad ka rasedusaegse trombemboolia ja selle raviga ning raseduspatoloogiaga seotud trombofiilia diagnostika ja nõustamisega. Samuti kõrge tromboosiriskiga patsientide perioperatiivse s.o löökuseelse, löökusee ja löökusjärgse profülaktika nõustamisega.

Tromboosiõde tegeleb iseseisvalt veenitromboosiga haigete nõustamisega seonduvalt elustiiliga, kompressioonravivahendite kandmise ning antikoagulantraviga. Keerulisematel juhtudel ka lühiajalisel Marevan-ravi jälgimisega. Dr Alice Lill selgitab: „Verevedeldamis- ehk antikoagulantravi pidurdab hüüvete moodustumist veresoontes. Vere hüübimine on keeruline protsess, millest võtavad osa paljud ühendid, neist üks on K-vitamiin. Arsti poolt kirjutatud verevedeldamisravim Marevan takistab K-vitamiini toimet ja vähendab seega vere hüübimisvõimet. Igale patsiendile testitakse analüüside alusel välja sobiv ravimi doos, mis vajab regulaarset jälgimist ja vajadusel korrigeerimist.“ dr Lill juhhib tähelepanu: „Tromboosikabineti õde ei tegele pideva antikoagulantravi jälgimisega, see jääb siiski perearsti ülesandeks.“

Tromboosiravi kabineti arsti ning tromboosiõde vastuvõtule saab registreeruda telefonil 617 1579 (arsti vastuvõtule vajalik saatekirja!). Tromboosiravi kabineti tel 617 1573.

Vastuvõtujad:

Dr Katrin Nõukas K 11-13
Dr Alice Lill T 11-13, N 11-13
 Tromboosiõde
Marina Rebane E-R 9-10, 14-16

Eduard Maron pälvis teaduspreemia

Valitsus määras eelmise nelja aasta jooksul valminud ja avaldatud parimate teadustööde eest 19 174 euro suurused riigi teaduspreemiad kümnele teadlasele. Regionaalhaigla psühhiaatriakliiniku arst Eduard Maron pälvis riigi teaduspreemia arstiteaduse alal.

Eduard Maroni premeeriti arstiteaduse alal uurimuste tsükli „Paanikahäire teket ja kulgu mõjutavad neurobioloogilised tegurid“ eest.

Dr Eduard Maron, kes juhatab psühhiaatriapolikliinikus vaimse tervise uurimise kabinetti, on praegu teaduslähetsuses Londoni Imperial College'is, kust ta naaseb selle aasta lõpus. Kliiniku juhataja dr Kaire Adamsoo rõõmustab kolleegi edu üle: „Ehkki dr Maroni tööleping on praegu osajaline, käib ta regulaarselt Eestis doktorante, sh meie doktor Ülle Vöhmat juhendamas. Dr Maron kirjutab ka rohkelt teadusartikleid, nii et selles küsimuses on vist meie kliinik Regionaalhaiglas esirinnas. Sellest sügisest peaks tema juhendamisel doktoritöö kokkupanemist alustama ka dr Margus Lökene.“

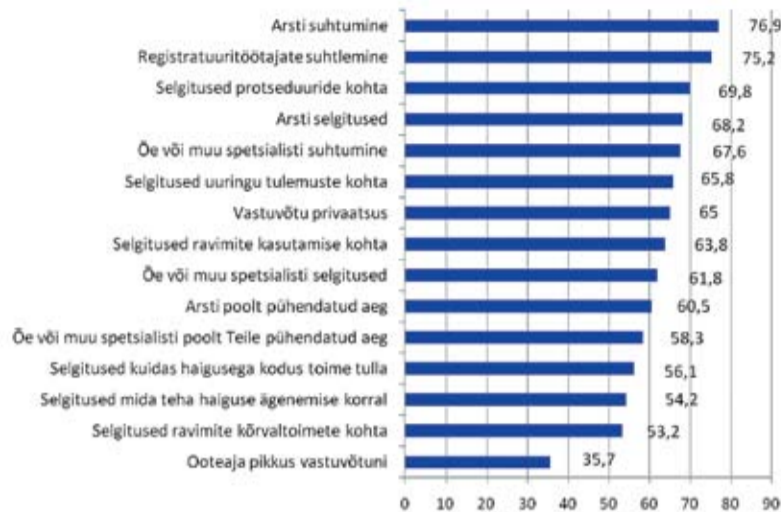
Vabandus

Jaanuarkuu Kuukirjas oli ekslikult märgitud voldiku „Tromboos“ koostajaks kirurgikliinik. Nimetatud voldiku koostas siiski sisehaiguste kliinik.

Palume eksituse pärast vabandust.

Toimetus

Kokkuvõtte ambulatoorsete patsientide rahulolu uuringust



Joonis: Väga rahul olevate vastajate %

Ambulatoorsete patsientide rahulolu uuring 2010. aasta aprillis. Küsitluse lõpuks laekus 1184 täidetud ankeeti. Vastajatest olid 78% naised ja 22% mehed. Noorim küsitluses osalenud patsient oli 11- ja vanim 92-aastane, küsitlute keskmine vanus oli 54 aastat.

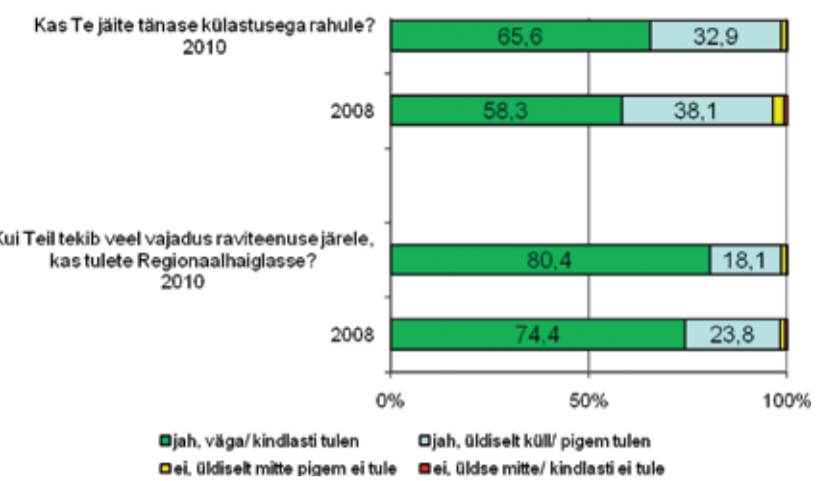
Sarnaselt 2008. aasta küsitluses osalenu-tele oli ka käesoleval aastal valdav osa vastajatest pärit Tallinnast (61%) ning teistest Harjumaa piirkondadest (18%), kokku oli küsitluses osalenuid 14 maakonnast.

Võrreldes 2008. aasta ambulatoorsete patsientide rahulolu uuringuga on 2010. aastal üldine rahulolu raviteenusega tõusnud 7,3% võrra. Raviteenusega on rahul 98,6% vastajatest, sh väga rahul olevaid patsiente oli 65,6%. Valmisolek tulla vajadusel

tagasi ravile Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse oli üsna kõrge — 98,5% vastajatest tuleksid siia tagasi, sh 80% küsitlute tuleksid kindlasti tagasi just Regionaalhaiglasse.

Nii nagu 2008. aasta uuringu andmetel, väljendati ka 2010. aastal kõige enam rahulolu arsti suhtumisega — ligikaudu 77% küsitlute arsti suhtumisega väga rahule. Patsientide kõrge hinnangu sai ka registruuri-õde suhtlemine. Polikliinikusse tulles pöördub enamik patsiente registruuri, seega on seased töötajad esmasel kontaktis, kellel on tähtis roll patsiendi edasise hinnangu kujunemisel tervishoiuasutuses.

Lisaks viisakale ja sõbralikule suhtumisele soovivad patsiendid arstilt informatsiooni haiguse olemuse ning erinevate ravivõimaluste kohta, protseduuride ja uuringute tulemuste



kohta, ravimite võtmise ja eluviiside muutmise kohta seoses haigusega.

Saadud informatsiooniga uuringute ja protseduuride kohta oli väga rahul rohkem kui kaks kolmandikku küsitlute, kellele uuringuid või protseduure oli tehtud. Mõnevõrra vähem väljendati rahulolu informatsiooniga ravimite kõrvaltoimete kohta ning selle kohta, kuidas haigusega kodus toime tulla ning mida teha haiguse ägenemise korral — nende asjaoludega olid väga rahul rohkem kui pooled küsitlute, kellele oli ravimeid välja kirjutatud või kellel oli haigus diagnoositud. Võrreldes 2008. aastaga on kõikide patsiendi informeerimist kirjeldavate asjaoludega väga rahulolevate inimeste osakaal mõnevõrra suurenenud.

Kõige madalam oli rahulolu ooteaja pikkusega vastuvõtule saami-

seks. Ooteaja pikkusega vastuvõtule saamiseks jäi väga rahule vaid 35,7% patsientidest.

Patsientide poolt esitatud hinnangu kohaselt olid nende jaoks kõige olulisemateks teguriteks arsti selgitused, arsti suhtumine ning ooteaja pikkus vastuvõtule saamiseks.

Lisaks küsimustiku täitmisele olid patsiendid lisanud ka omapoolseid ettepanekuid ja arvamusi. Enamasti sisaldasid need tänuavaldusi personalile, kuid ettepanekuid tehti ka seoses parkimise, ravijärjekordade, vastuvõtule registreerimise ning personali suhtlemisega.



Marina Kaarna
 Kvaliteediteenistuse
 juhataja

Esmakordselt! Draamateatris teatraalselt doonorlusest



I koht: Doonor päästab elu. Tartu Miina Härma Gümnaasium, „Mida tulnukas ei mõista“



II koht: Verelibled päästavad abivajajat. Jõõpre Põhikool, „Sõnatu lugu“



III koht: Kogunenud on Õiglase Otsuse Nõukogu. Torma Põhikool, „Mida Sa täna teed?“

19. veebruaril katusid kooliteatrid jõudu Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskuse ja Eesti Harrastusteatri Liidu (EHL) korraldatud teatrifestivalil „Doonor on elupäästja“. Draamateatri väikese saali lavalaudadel astus üles kaheksa kooliteatrit Eesti eri paigust, et esitada spetsiaalselt selleks festivaliks loodud omaloomingulisi lavatükke doonorlusest.

Esmakordselt toimunud teatrifestivali eesmärk oli tutvustada doonorlust, panna noori mõtlema selle eluvaldkonna üle ning julgustada seda loovas ja lavalises vormis kujutama. „Oleme noorte jaoks korraldanud ürituse, kus nad saavad oma loominguliste

ja teatripäraste ülesastumistega näidata, kuidas nemad näevad doonorlust,“ selgitas verekeskuse doonorluse arendusjuht Ülo Lomp. „Esinemiste formaadi jätsime võimalikult vabaks, mistõttu trupid said ise otsustada, kas nad soovivad oma mõtteid esitada näidendina või mõnes muus laval esitatavas vormis. Peamine kriteerium oli, et esinemiste sisu oleks originaalne ning annaks edasi osalejate ettekujutuse doonorlusest ja selle rollist ühiskonnas,“ lisas Lomp.

„Loominguline mõte on alati elust ees. Oleme kindlad, et just noortelt tulevad värskemad ideed ja ootamatud lähenemised, mis aitavad meil ajaga kaasas käia,“ kirjeldas festivali tähtsust verekeskuse juhataja dr Riin Kullaste.

„Laupäeval nägime mitmeid andekaid lavatükke, mis nii teatraalsuse kui ka sisu poolest olid meeldejäävad ja inspireerivad. Žüriil ei olnud otsust teha kerge, kuid põhjaliku vaagimise tulemusena hinnati parimaks Tartu Miina Härma Gümnaasiumi kooliteatri lavatükk „Mida tulnukas ei mõista,“ avaldas Kullaste.

Festivali teise ja kolmanda koha pälvisid vastavalt Jõõpre Põhikool näidendiga „Sõnatu lugu“ ja C. R. Jakobsoni nim Torma Põhikool näidendiga „Mida Sa täna teed?“

Festivalil esikoha võitnud noorte näitlejate truppi ja juhendajat autasustatakse tasuta teatrireisiga vabalt valitud etendusele Mandri-Eestis.

Donorluse-temalisel teatrifestivalil Eesti Draamateatri väikeses saalis esines seekord kaheksa kooliteatrit — Simunast, Käinast, Tartust, Jõõpre, Tormast ja Tallinnast. Festivali võitjad selgitas välja žürii järgmises koosseisus: näitlejad Kaie Mihkelson ja Lauri Lagle, EHL-i esindaja Maret Oomer, verekeskuse juhataja dr Riin Kullaste ja noor doonor Villu Loonde.

Festivali aitasid korraldada Fazer, Eesti Draamateater, Põltsamaa Felix, Kalev, Coca-Cola Hellenic Eesti, Bamba ja www.dolomiit.ee

Eva Maimre
 Verekeskuse
 kommunikatsioonispetsialist

Ühtne naistehaiguste keskus töötab nüüd Mustamäel

Regionaalhaigla ühtne naistehaiguste keskus, kus on koos nii günekoloogia kui ka onkogünekoloogia ja mammoloogia, töötab Mustamäe korpuses täie hooga. Kummutamaks siin-seal levitatud väärinfot, justkui oleks Regionaalhaigla onkogünekoloogias seoses kolimisega tekkinud mingid pausid, läks Kuukiri asjaomaste tohtrite jutule.

„Tegelikult ei jäänud meil ühtegi päeva vahele,“ sõnab dr Kersti Kukkk, onkoloog-ülemarst-keskuse juhataja. „Õhtul kell seitse lükkasime vanas töökohas sahtlid kinni ja hommikul kell 8 algas juba vastuvõtt Mustamäe korpuses.“

Naistehaiguste keskus Mustamäel, J. Sütiste tee 19, võtavad günekoloogid vastu kõiki patsiente, olenemata nende elukohast. Dr Kukkk sõnab, et günekoloogilise abi kättesaadavus Eestis ei ole olnud hea, järjekorrad günekoloogide juurde on olnud pikad. Nüüd, seoses uue keskuse tööle hakkamisega, peaks need probleemid jääma minevikku. „Meie keskuse näol on lisandunud patsientidele üks alternatiivne variant. Kindlasti on naisi, kellel näiteks ei ole oma günekoloogi, mõned ehk soovivad arsti vahetada — tere tulemast! Teenindame kõiki, teeme kõiki operatsioone, kirurgid on meil head, ravitulemused on samuti head,“ tutvustab keskuse tööd dr Kukkk.

Naistehaiguste keskus töötab praegu 11 arsti, günekoloogide on 7, kaetud on üldgünekoloogia, samuti töötavad onkogünekoloogid ja mammoloogid.

Dr Kukkk leiab, et naistel peaks olema nüüd igatpidi julgustav siia tulla: naistehaiguste keskus on täiesti komplekteeritud, kõik arstid teevad ambulatoorset vastuvõttu, kõik ravivad, selliseid arste ei olegi, kes oleks näiteks ainult naistenõuandla peal. „Meil on kõik tegusad arstid,“ nendib dr Kukkk, „ja kui nooremad arstid vajavad tuge, siis see tugi on staažikamate tohtrite näol olemas. Süsteem toimib.“

Kogemused ja kompetentsikeskus

Konkurents on üldiselt tervitav nähtus, aga meditsiinis tekkinud konkurentsimaailmaga ei saa staažikas tohter sugugi rahul olla. „See võib viia olukorran, kus patsient koos oma murega ei ole kõige olulisemal kohal, vaid raviasutusele on oluline see haige nn kätte saada,“ arutleb dr Kukkk, „Tingimata tahan rõhutada seda, et onkoloogilise haige käsitus on alati meeskonnatöö ja ravi on alati väga individuaalne, ravida tuleb just nii, nagu sellele konkreetsele haigele on parim.“ Tõde on see, et Regionaalhaigla on ainus raviasutus Põhja-Eestis, kus kõik kolm modaalsust on olemas — keemiaravi, kiiritusravi ja kirurgiline ravi.

Doktor tutvustab Regionaalhaigla onkogünekoloogide praktikat: „Meil arutatakse iga juhtum eraldi läbi ja — tõendus põhisele meditsiinile vastavalt — valitakse õige ravitaktika. Ega arstid ei ole jumalad, me vaatame haiget koos, arutame üheskoos kõik probleemid läbi ja valime ravitaktika.“

Nn ühemehešouid dr Kukkk heaks kiita ei saa: „Aga kes tegeleb nende haigetega siis, kui arst on puhkusel või täiendkoolitusel või kui arst on hai-



Dr Kersti Kukkk

ge... mis siis saab? Õige süsteem on see, et sa pead olema onkoloogilise haigele alati olemas, sa diagnoosid, sa ravid ja sa jälgid. Ja see peab toimima aastaringelt, 365 päeva aastas ja kui vaja, siis ka 24 tundi ööpäevas. Nii on see asi ainult meil ja Tartu Ülikooli Kliinikumis.“

Regionaalhaigla naistehaiguste keskus on neli onkogünekoloogi, st et tiim on alati olemas ja kui kellegagi peaks midagi juhtuma, siis astub asemele teine kolleeg, kes tööd jätkab ja probleemi ära lahendab.

Regionaalhaiglas ei panda haiget ootama, millal arst puhkusele saabub vms, seda ei peeta tänapäevaseks raviks. Dr Kukkk rõhutab, et lähtuda tuleb ikkagi patsiendikesksest süsteemist ja see süsteem Regionaalhaiglas toimib, siin tehakse kõikvõimalikku ravi nii kirurgia mõttes kui ka kiiritus-, keemia- ja bioloogilises ravis.

Patsientidele, kellele pakutakse üldvõrgus opereerimist, on dr Kukkk selge sõnum: „Tulge ja küsige spetsialisti käest teisest arvamusest. See taktika on ainuõige!“

Sõnum perearstidele

Dr Kukkk: „Perearstidele soovitaksin küll, et saatke ikkagi haige õigesse kohta. Kui on onkoloogiline probleem, saatke haige sinna, kus on sellealane kogemus. Ei ole mõtet saata üksiku spetsialisti juurde. Onkoloogilised probleemid nõuavad kompleksset lahendust.“ Tohter lisab juurde, et neid haigeid on väga-väga vähe, kes vajavad ainult ühemodaalset ravi, tavaliselt tuleb ravida kompleksina ja haigel on parim olla selles süsteemis sees.

Dr Kukkk on kindel, et energiat tuleb rohkem suunata püüdele avastada vähi võimalikult varases staadiumis. PERH on nüüd pannud oma öla alla nii vähi varasele avastamisele kui ka varaste seisundite ravimisele, seda nii günekoloogiliste kui ka rinnavähkide puhul. „Ja teeme ka parimat onkoloogilist ravi,“ sõnab doktor. Ühtlasi paneb ta naistele südamele, et kui on esmane kahtlus — rinnavähi kahtluse korral ja günekoloogilise vähi kahtluse korral — tuleks helistada just **naistehaiguste keskuse sekretäri numbriks: 617 2361**. „Meie sekretär paneb vastuvõtu aja kinni, ta on teadlik ja pädev inimene ning tegutseb õigesti. Meil on igal arstil esmaste vastuvõtude ajad, et saaks võimalikult kiiresti vastuvõtule ja saab kiiresti pandud diagnoos ning alustada ravi.“

Aime Taevere

IN MEMORIAM



Aino Hallik

24.03.1961–01.02.2011

Elu on tundmatu tee, ei tea, kus või millal lõpeb see ... Pikki aastaid kestnud raske haigus sai võitu. Lõppesid valud, kannatused ja vaev.

Aino Hallik oli hea inimene, oma tööd hästi tundev ja kohusetundlik sekretär. Ta asus Mustamäe haiglasse tööle 1987. aastal funktsionaaldiagnostika osakonna sekretärina, 2004. aasta märtsist kuni käesoleva aasta veebruarini töötas ta sisehaiguste kliiniku Mustamäe korpuse konsultatiivse polikliiniku sekretärina.

Tööle asudes omandas ta kiiresti oma eriala spetsiifika, minnes entusiastlikult kaasa toimunud muutustega ja uuendustega. 2008. aastal valiti ta sisehaiguste kliiniku aasta sekretäriks.

Teda enim iseloomustanud sõnad oleks — kiirus, täpsus, professionaalsus ja empaatiavõimelisus. Ta oli huvitatud enesetäiendamise, et uuendustega kaasas käia. Täienduskursustelt saadud teadmisi oskas ta alati rakendada oma igapäevatöös, ühtlasi jagas oma tarkusi ja häid ideid ka kolleegidega. Tema tehtud ettepanekud igapäevatöö paremaks muutmiseks olid alati läbimõeldud ja asjalikud. Aino oli hea suhtleja ja osavõitlik kuulaja, sageli oli ta töökaaslastele nõuandvaks pooleks. Ta oli alati olemas, kui kellelgi oli raske. Aino oli usaldusväärne, lojaalne ja sõbralik kolleeg.

Mälestades head ja positiivset kolleegi,

Sisehaiguste kliiniku pere

Skriining aitab kaasa emakakaelavähi varasele avastamisele

Varajases staadiumis avastatud vähi on ravitav — see teadmine on ilmselt jõudnud juba iga inimeseni. Lisaks rinnavähi skriiningule kutsutakse Eestis naisi ka emakakaelavähi skriiningule. Alates 1. veebruarist on naistel võimalik tulla skriiningule Regionaalhaigla naistehaiguste keskuse polikliinikusse.

Emakakaelavähi skriiningu teemal on meie vestluspartneriks **dr Eva-Maria Niine-Roolaht**, naistehaiguste keskuse günekoloog. Hakatuseks loetleb dr Niine-Roolaht üles, keda sel aastal skriiningule oodatakse: „Sel aastal kutsutakse emakakaelavähi skriiningule naised, kelle sünniaastad on järgmised: 1956, 1961, 1966, 1971, 1976, 1981. Skriiningu kaugem eesmärk on ennetada emakakaelavähi haigestumist ja suremist. Lähem eesmärk on leida emakakaela vähieelsete seisunditega patsiendid ja emakakaela vähk võimalikult varases staadiumis. Patsiente kutsutakse kirjalike kutsetega rahvastikuregistri järgsel aadressil.“ Dr Niine-Roolaht väljendab rahulolu, et alates 1. veebruarist on naistel võimalik tulla vastuvõtule Regionaalhaigla naistehaiguste keskuse polikliinikusse: „Meie pakume kahte vastuvõttu nädalas: teisipäeva õhtupoolikul ja reede hommikul. Lisaks meie üldisele registratuuri telefonile 617 1049 ja di-

giregistratuurile dr.regionaalhaigla.ee, pakume võimalust helistada otse meie sekretärile telefonil 617 2361.“

Skriiningule kutsutakse vastava sünniaastaga ravikindlustatud naised. Kui aga vahepeal on aadress muutunud, peaks naine ise initsiatiivi üles näitama. Dr Niine-Roolaht: „Kui naine teab, et tema sünniaastaga naisi kutsutakse sel aastal sõeluuringule, aga ta on vahepeal muutnud elukohta ega ole teatanud uut aadressi rahvastikuregistrisse, saab ta vaadata haigekassa kodulehelt või täpsustada perearsti kaudu, kas ta kuulub kutsutute hulka. Perearstidele saadetakse kogu vajalik info nende aastanumbrite kohta ja ka nimekirjad naistest, kes kutsed saavad. Kui naine teab, et peaks olema põhimõtteliselt kutsutud, võib ta ka ilma paberita vastuvõtule registreerida.“ PAP-testile kutsutakse naisi kolmeaastase vahega. Regionaalhaigla osaleb skriininguprogrammis esimest aastat.

Fertiilsust säilitav ravi

Kui naine tuleb skriiningule, võtab ämmaemand vastuvõtul naiselt PAP-testi. Dr Niine-Roolaht selgitab, mis saab edasi: „Vastusest teavitatakse. Kas telefoni või e-posti teel, see lepitakse kokku vastuvõtul. Kui PAP-testis esinevad muutused, siis me pakume võimalust tulla täiendavateks uuringuteks ja raviks naistearsti vastuvõtule. PAP-testis võivad esineda põletikulised muutu-



Dr Eva-Maria Niine-Roolaht

sed, emakakaela düsplaasia — emakakaela vähieelne seisund, emakakaela vähk. Meie haiglas on võimalused kõikide nende seisundite raviks.“

Palun doktoril rääkida PAP-testi kasulikkusest. Dr Niine-Roolaht rõhutab, et skriiningu eesmärgiks on avastada emakakaelavähi-eelset seisundit ja vähi varaseid staadiume, mille puhul on võimalik täielik ja fertiilsust säilitav ravi. Dr Niine-Roolaht: „Kui patoloogia avastatakse, saab kiiresti, vajadusel nädala jooksul, arsti vastuvõtule.“

Regionaalhaiglas toimub skriininguprogramm alates 1. veebruarist. „Ilusti on käima läinud!“ tunneb dr Niine-Roolaht heameelt. Õhtupoolne vastuvõtt on teisipäeval neljast kuuni,

reedel on hommikupoolne vastuvõtt, kaheksast kümneni.

Tohtri sõnutsi on emakakaelavähi sõeluuringu probleemiks Eestis naiste vähenenud reageerimine kutsetele. Veebruarist on Regionaalhaigla näol üks koht juures, loodetavasti teeb see naistele skriiningul käimise mugavamaks.

Dr Niine-Roolaht sõnab, et lisateenusena pakub Regionaalhaigla patsientidele võimalust vaksineerida ennast emakakaela vähki põhjustava, Inimese Papilloom-viiruse (HPV) vastu. Mõlemad HPV vaktsiinid on PERH-il olemas, patsient saab kohe arstiviisidiga samal päeval vaksineerida ega pea eraldi retseptiga apteeki minema. Vaksineerimine on küll tasuline, aga vaktsiini hinnad on haiglas soodsamad kui apteegis.

Dr Niine-Roolaht rõhutab veel kord üle, et sõeluuringu vastuvõtul võtab PAP-testi ämmaemand, ja palub patsientidel mitte segi ajada — skriiningul käimine ei ole arsti vastuvõtt.

Aime Taevere

Mis on PAP-test?

PAP-test on üle maailma tunnustatud emakakaelavähi ja vähieelsete seisundite varase avastamise meetod. PAP-testiga saab avastada neid rakumuutusi, mis võivad viia vähi tekkimisele.

Sitked sõitjad Tartu maratonil

Sirvides Tartu maratoni lõpuprotokoll, leiab sealt nii mõnegi Regionaalhaigla töötaja nime: dr Merike Luman (2. korda maratonil), dr Asta Auerbach (19. korda), dr Boris Lapidus (1. korda), dr Valdo Toome (17. korda), dr Lauri Maisvee (9. korda), dr Andres Pulges (20. korda), dr Agu Lipping (22. korda), dr Tarmo Areda (8. korda), dr Siim Simmo (10. korda), dr Mihkel Mardna (8. korda), dr Indrek Hanso (15. korda), arst-resident Marju Raukas (2. korda). Maratonil osales ka õigusteenistuse juhataja kt Liisa Saamot, kellele see oli 5. maraton, insener Andrus Paats (4. korda) ja provisor Jüri Arjakase (3. korda). Poolmaratonist (31 km) võttis ka osa psühhiaatriakliiniku lastepsühhiaater dr Irja Ivarinen, kes oli võistlemas juba 4. korda.

Grand Man ja fanaatiline spordimees dr Lipping sedastas oma muljed maratonilt: „Kõik oli superhästi korraldatud. Tore suusapidu oli!“



Interdistsiplinaarne koostööseminar MAKS

29. aprill 2011

Eesti Rahvusraamatukogu konverentsikeskus

KAVA

- 10.30 Registreerimine, tervituskohv, näitus
11.00 Avamine
- I OSA** **Elkliinilistest teadustest kliinikusse**
- 11.03 Maksa makro- ja mikroanatomia – *Elle Põldoja*
11.20 Tüvirakud normaalses ning haiges maksas – *Viljar Jaks*
11.40 Maksahaigus laboris – *Karel Tomberg*
12.10 Maksahaigus pildil – *Peeter Raudvere, Äli Tõnnov*
12.30 Maksabioplaadi interpretatsioon: kirjeldusest diagnoosini – *Živilje Riispere*
12.50 Maks ja alkohol – *Triin Rimmel*
13.10 Lõuna, näitus

II OSA Difuused maksa muutused

- 14.10 Maksahaigused imikueas – *Katrin Luts*
14.30 C-hepatiidi kliinilistest tähendusest – *Riina Salupere*
14.50 Maksatsirroos ja portaalhüpertensioon – *Benno Margus*
15.10 Maksahaigused nakkusarsti seisukohast – *Nele Rasmann*
15.30 Maks ja alkohol – *Triin Rimmel*
15.50 Kohvipaus, näitus

III OSA Koldelised maksa muutused

- 16.30 Kolded maksas – *Andrus Arak*
16.50 Maksa primaarsete ja sekundaarsete kasvaja ravivõimalused – *Tiit Suuroja*
17.10 Kontrastainega ultraheliuuring: uus võimalus maksa koldeliste muutuste diagnostikas – *Pilvi Ilves*
17.30 Kokkuvõtte

* Osavõtjad jätvavad õiguse teha kavas muudatusi.

Osavõtjaks on varajasele registreerijale 10. aprillini 20 eurot, hiljem 65 eurot. Seminarile saab registreeruda, kas oma erialaühenduse kaudu või kandes osavõtutasu Eesti Nukleaarmeditsiini Seltsi arvele 10220039442014 SEB Pangas, märkides osavõtja(te) nime(d) ja märksõna „Maks“. Osavõtutasu sisaldab seminarist ja näitusest osavõttu, seminari materjale ja toitlustamist.

Üritus on registreeritud PERH-i koolituskeskuses. Osalejatele väljastatakse koolitustunnistus.



Kutse üritusel osaleda on saanud Arstiteaduse Üliõpilaste Selts, Eesti Gastroenteroloogide Selts, Eesti Infektsioonihiguste Selts, Eesti Kirurgide Assotsiatsioon, Eesti Laborimeditsiini Ühing, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts, Eesti Naistearstide Selts, Eesti Nukleaarmeditsiini Selts, Eesti Perearstide Selts, Eesti Radioloogia Ühing, Eesti Sisearstide Ühendus, Eesti Onkoloogide Selts, Eesti Patoloogide Selts, Tallinna Perearstide Selts.

KUUKIRI

Toimetaja:

Aime Täevere, aime@editor.ee, tel: 501 6338
Inga Lill, inga.lill@regionaalhaigla.ee, tel: 617 2247
Urve Pals, urve.pals@regionaalhaigla.ee, tel: 617 2187

Väljaandja: OÜ Editor Grupp
Trükiarv: 1550

Põhjamaa Põder multikultuurses keskkonnas endovaskulaarset kirurgiat õppimas

Regionaalhaigla 2010. a Noore Arsti Stipendium

Muljeid endo- ja vaskulaarse kirurgia seminarilt (CAVEAT workshop)

Milano-Bicocca Ülikoolihaiglas ajavahemikul 15. septembrist 15. detsembrini 2010.

Eellugu

Kevad 2010, masupäevade puhkus. Istun Tartu lähedal Peedul asuva lapsepõlvkodu rõdul ja loen arvutis e-kirju. Märkan meili pealkirjaga “CAVEAT workshop — Hands on Course on Basic & Advanced Vascular & Endovascular Techniques” Milano-Bicocca Ülikoolihaiglas. Seminari korraldajaks on professor Giorgio Biasi, kes on ISVS (International Society of Vascular Surgery) president. Helistan oma mentorile, dr Andres Pulgesele, ja küsin: avatud rahvusvaheline konkurss endovaskulaarse kirurgia erialal, koolitus toimub Itaalias; mida Sa sellest arvad? Vastus on kiire ja konkreetne — hakka kohe tegutsema!

Lühidalt seminari korraldusest

15. septembril 2010 istun Itaalias, Milanos asuva San Gerardo haigla kümnendal korrusel professor G. Biasi kabinetis koos kahe kolleegiga. Neist esimene, dr Khaled Mubarak, on pärit Egiptusest, teine, dr Jonathan Poveda, Costa Ricalt. Algab kolmekuline CAVEAT'i seminar San Gerardo ja San Donato haiglates. Professor Biasi selgitab, et seminari idee seisneb kardiovaskulaarsete haiguste avatud operatsioonide ja endovaskulaarsete interventsiooni tehnikate õppimises. Nimelt tuleb nendel arstidel, kes valdavad endovaskulaarseid tehnikaid, tutvuda avatud operatsioonide tehnikate ja võimalustega ning — vastupidi: veresoontekirurgidel tuleb õppida endovaskulaarseid manipulatsioone, et osata teostada tänapäeval aktsepteeritud endovaskulaarseid ravistrateegiaid operatsioonitoas.

Seminarist osavõtjad — kolm meid ainult ongi: dr Poveda, dr Mubarak ja dr Põder — jagatakse liikuma erinevate osakondade ja haiglate vahel (veresoontekirurgia ja angiograafia osakonnad nii San Gerardo kui ka San Donato haiglas), fikseeritakse kliiniliste arutelude ajakava ja antakse võimalus osaleda rahvusvahelisel konverentsil (4th European Meeting of ISVS — Endovascular and Vascular Course in Milan), mille sama haigla korraldab oktoobrikuus.

Lombardia on üks kahekümnest regioonist Itaalias, selle keskuseks on Milano. Lombardia regioonis elab kokku ligi 10 miljonit inimest ning see on Itaalia rikkaim regioon, mis keskendub peamiselt moe- ja tekstiilitööstusele. Üsna pea saan teada, et Milanos ja selle lähiümbruses on erinevates haiglates kokku 35 veresoontekirurgia osakonda — mõned haiglad on riiklikud, teised erakliinikud ning lisaks on osa haiglaid seotud erinevate ülikoolidega. Konkreetset San Gerardo haiglas on 14 voodikohaga veresoontekirurgia osakond ning sealne töökorraldus ei erine märgatavalt meie igapäevastest kliinilistest töötavatest. Operatsioonituba asub San Gerardo haigla vanas korpuses II korrusel, olles sisustatud nagu iga teine nüüdisaegsel tasemel opituba. Lisaks on opitoas olemas veel portatiivne arkoskoop (C-arm) endovaskulaarsete interventsioonide — perifeersete arterite balloon-dilatatsioonide ning EVARi (endovascular aortic aneurysm repair) ja TEVARi (thoracic



Viimane tööpäev koos Francesco ja Davidega.

endovascular aortic repair) — teostamiseks.

Seminarist osavõtjad liiguvad igapäevaselt peamiselt veresoontekirurgia osakondade ja angiograafiakabinetide vahel. Mina töötan peamiselt San Gerardo Haigla angiograafia kabinetis koos dr Davide Leni ja dr Francesco Vacircaga. Lisaks kasutan veel võimalust viibida operatsioonitoas enamasti siis, kui tegemist on endovaskulaarseid tehnikaid kasutavate juhtumitega. Seminari vältel on igal osalejal kohustus pidada nn isiklikku logiraamatut ning kanda sinna iga juhtumi detailne kirjeldus, mille baasil toimuvad hiljem seminarivormis arutelud. Üldiselt võin öelda, et igal nädalal tuli ette huvitavaid haigusjuhtumeid, alates säärearterite endovaskulaarsetest interventsioonidest kuni torakaalaordi dissektsiooni (Stanford B tüüpi) TEVAR proteduurideni.

Lisaks paar põnevat seika

Minu peamisteks tuutoriteks Itaalias olid dr Davide Leni, professor Luigi Inglese (San Donato haigla) ja veresoontekirurg dr Santi Trimarchi (San Donato haigla), kes tegeles aordi dissektsiooni ravimisega nii avatud kui ka endovaskulaarsel meetodil. Itaallastest kolleegid olid lahked ja emotsionaalsed inimesed. Huvitavaks nüansiks on see, et ehkki nende töötempo ja probleemide käsitlemine erineb mõneti meie omast — sest kohati valitseb seal suhtumine, et aega on küllalt ja vaatame-mõtleme veel, hoolimata sellest, et haigeid on palju ja töö ootab ukse taga —, jäävad nad samas üdini professionaalseks ja seletavad patsientidele põhjalikult kõigest, mis puudutab eeskätt ravimeetodeid.

Eelnevalt jutuks olnud „probleemide lahendamist itaallaste moodi“ iseloomustab eriti hästi üks seik, mida nimetaksin sekretäri looks. Ühel päeval läksin abipalvega osakonna sekretäri juurde, paludes tal helistada kiirkullerfirmasse ja uurida, millal võiks kohale jõuda üks kiri, mida olin oodanud. Esitasin oma palve selgelt ja rahulikult, naeratus näol. Tulemuseks oli konkreetne vastus: „Mul on siin palju tööd, aga eks võib-olla ülehommene saan helistada ja uurida, millal kiri kohale jõuab!“. Ma ei taibanud muud, kui üllatunult vastata, et milles probleem, telefon on ju siinsamas laual! Kuid muidugi oli see viga — sain koheselt pika monoloogi osaliseks sellest, kui palju on sekretäri-

del tööd ning mulle anti mõista, et nii siin Itaalias asjad ei käi. Kuid igatahes oli järgmiseks päevaks probleem lahendatud ja info kirja kohta olemas.

Huvitavaks osutusid ka jutuajamised veresoontekirurgia eriala residentidega, kellest nii mõnigi küsis vägagi üksikasjalikke küsimusi töötingimuste kohta Eestis ja meie naaberriikides. Peamiselt huvitas neid see, millised on kirurgide palgad Eestis ning kas kõikidele kirurgidele leidub tööd. Et Itaalias on ülikool — ja seega ka neid, kes on õppinud arstiteadust — palju, siis kõikidele residentuuri lõpetajatele tööd ei pakuta. Nagu üks San Donato veresoontekirurgidest olukorda kommenteeris, ei ole keegi teinud analüüsi, milline on momendil situatsioon arstide tööturul ning seega puudub ka teadmine, kui palju on Itaalias tegelikult vaja veresoontekirurge ja endovaskulaarseid spetsialiste.

Rahvusvaheline seminar

Nagu ka juba eelnevalt mainitud, toimus seminar raames 21. oktoobrist 23. oktoobrini 2010 San Gerardo haigla ja eeskätt prof Giorgio Biasi eestvedamisel korraldatud rahvusvaheline konverents 4th European Congress of the International Society of Vascular Surgery. Melia Milano hotellis toimunud üritus keskendus sellistele teemadele nagu unearteri endovaskulaarne ravi versus endarterektomia ning nii torakaal- kui ka kõhuaordi aneurüsmide uued endovaskulaarsed lahendused. Konverentsi esinejateks olid meie eriala mõistes maailmakuulsused, näiteks prof Edward B. Dietrich (USA), prof Juan C. Parodi (esimene EVAR aastal 1990), prof Klaus D. Mathias (esimene unearteri balloon-dilatatsioon aastal 1980), samuti osalesid Itaalia juhtivad veresoontekirurgid ja endovaskulaarsed spetsialistid. Ettekanded osutusid põhjalikeks ning diskussioonid sisukateks ja huvitavateks. Rõhutamis väärib eeskätt uute huvitavate endovaskulaarsete tehnikate ja vahendite (TriVascular endoprotees, Nellix solution) kasutamine kõhuaordi aneurüsmide raviks. Eriti tuliseks muutusid arutelud uue mitmekihilise iseavaneva stendi (multilayer self-expandible stent, Cardiat) esmase kliinilise praktika osas. Nimelt annab biofüüsikalisel verevoolu iseloomu erinevus aneurüsmikotis võimaluse kasutada mitmekihilist stenti ning kuivõrd pole proteesi materjali, jäävad suuremad harud avatuks vere-



San Gerardo haigla.

voolele. Selline innovaatiline lahendus võib muuta vaskulaarsete endoproteeside kasutamise kontseptsiooni juba lähitulevikus.

Mõeldes vaskulaarkirurgia tulevikule

Vaskulaarkirurgia areng viimasel aastakümnel on olnud märkimisväärne, seda peamiselt endovaskulaarse kirurgia valdkonnas. Tehnoloogia areng on võimaldanud luua uusi endovaskulaarseid vahendeid, alates madalaprofiilsetest süsteemidest (0,014") säärearterite interventsioonideks kuni lasertechnoloogiat kasutavate arterisisestest vahenditeni restenooside rekanalisatsiooniks. Veresoontekirurgias on üha enam jutuks hübridioperatsioonid tänapäevases tähenduses. Meie, veresoontekirurgid, mõistame hübride tegevuse all operatsioone, mille puhul kasutatakse nii avatud klassikalisi vaskulaarseid rekonstruktiivseid strateegiaid kui ka endovaskulaarseid tehnikaid. Tuues lihtsa näite: sama operatsiooni käigus viiakse läbi nii trombandarterektomia ühisrearterist kui ka nüdearterite balloon-dilatatsioon ja stentimine. Sarnaseid näiteid erinevate anatoomiliste regioonide revaskularisatsioonist võib tuua mitmeid. Peamiseks märksõnaks on siinkohal miniinvasiivsed tehnikad, mille puhul on patsiendi operatsioonitruuma väiksem ning sama operatsiooni käigus on võimalik töötada samaaegselt mitmes anatoomilises regioonis.

Kokkuvõtteks

Igasugune multikultuurne kogemus on vaieldamatult hindamatu, seda nii omandatud teadmiste ja oskuste, saadud kontaktide kui ka maailmatunnetuse ja -nägemise poolest. Seda eriti just Eesti-suguse väikeriigi jaoks, kus uued tehnikad ja teadmised nii lihtsalt kätte ei tule kui maailma metropolides. Seepärast soovikingi südamest tänada eeskätt kolleegid PERH-i veresoontekirurgia üksusest — eriti üksuse juhatajat dr Andres Idlat —, kes mind toetasid ja andsid võimaluse osaleda eespool nimetatud seminaril. Mu eriline tänu kuulub kirurgiakliiniku juhatajale dr Leonhard Kukkk'ele kindlameelse toetuse eest.

Lõpetuseks soovin südamest tänada toetuse eest oma suurepärase perekonda.

Priit Põder
veresoontekirurgia üksus