

k u u k i r r i Regionaalhaigla

Märts 2010 • Nr 3 (84)

Uudne praktika: CO₂ laser-reseksioon kõrivähi radikaalse kirurgilise operatsioonina

8. märtsil 2010 teostas Regionaalhaigla pea- ja kaelakirurgia keskuse kõrva-nina-kurguhaiguste arst dr Lauri Maisvee kõrivähi laserloikuse, mille kohta oli tutvustuks kirjutatud: planeerime teostada kõrivähi radikaalse kirurgilise ravina endoskoopilist kõri laserreseksiooni, mille käigus eemaldatakse osaliselt vasak häälepael koos pahaloomulise kasvajaga.

Dr Maisvee koos operatsioonimeeskonnaga on kõrivähi laserloikusi teinud PERH-is alates novembrist 2009, eespool nimetatud operatsioon oli 20. omataoline, seda kajastas ka ETV uudistesaade Aktuaalne Kaamera. „Televisionis oli see uudis põhiliselt vähikirurgia rõhuasetusega,“ kommenteerib dr Maisvee.

Kuukiri käis järjekordset laserloikust vaatamas ka kümnekond päeva hiljem. Uus patsient, teine situatsioon, uued probleemid. Dr Maisvee: „Täna patsient on olnud häälehäiretega aasta aega. Praegu me ei ole lõplikult kindlad selle kasvaja iseloomus, tegemist on keerulise juhtumiga — see, mida me näeme endoskoopiliselt ja piltagnostika abil kompuutertomograafiliselt, ei anna täpselt selgust, millega on tegemist. Me ei ole saanud korrektselt koeproovi võtta. Praegu laseriga löigates saan loodetavasti suurema juurdepääsu kasvajale. Siis saame vastu võtta otsuse, kas saame seda operatsiooni teha siin, radikaalselt, või piirdub see loikus tegelikult diagnostilise protseduuriga, et saada koeproov.“ Doktor Maisvee selgitab, et alles seejärel saab otsustada, mida edasi teha. „Lõplik plaan pole veel selge, see sõltub loikuse käigust.“

Enne loikuse algust tutvustab dr Maisvee laserkirurgiat üldisemalt: „Kõri ja üldse hingamisteede süsinikdisoksiid-laserkirurgia on iseenesest küllaltki vana — juba 1960-ndate lõpus tehti neid loikusi eksperimentaalselt, esimestena publitseerisid oma ravitulemused 1972. a Bostoni kirurgid Geza Jako ja Stuart Strong koos kolleegidega. 1979. aastal Saksamaal alustas kõrituumorite laserkirurgiaalast tööd Wolfgang Steiner, tema oli peamiseks meetodika populariseerijaks ülemaailmselt. Eestis hakkas kõri laserkirurgiat esimesena tegema Tartu Ülikooli Kõrvakliinikus prof Mart Kull 1990-ndate algul, tema kasutas kontaktlaserit, mis on oluliselt teistsuguse

põhimõttega. CO₂-lasermikrokirurgia põhimõte on selles, et laserkiir muutub mikroskoobiga ühendatud mikromanipulaatori abil kontrollitavaks. Need on integreeritud süsteemid ja kiirt on võimalik juhtida distantsilt, fookuskaugusega 400 mm, opereerides kasvajaliste haiguste, kõri põletikuliste/turseliste haiguste puhul, stenootiliste seisundite, arenguhäirete puhul, samuti ka ülemistes hingamisteedes mujal.“

Endoskoopial on omad eelised

Dr Maisvee kinnitab, et laseroperatsioonide amplituud on väga lai ja teha saab väga erinevaid loikusi. Endoskoopiliste operatsioonide eelsetena nn lahtiste operatsioonide ees ja põhiliste näitajatena nimetab doktor esmalt täpsust ja tüsistuste arvu vähesust: neelu-kaela-uuriste võimalus on sisuliselt olematu, kaelahaavadega seonduv problemaatika jääb olemata. Teise eelisena toob doktor välja, et kaob vajadus trahheostoomi rajamiseks. Kolmandaks — hospitaliseerimise aeg on lühike, 1–2 ööpäeva (vs 10–14 ööpäeva). Samuti nimetab dr Maisvee häid hemostaatilisi omadusi ja häid funktsionaalseid tulemusi — neelamisakti häireid on väga harva. Patsiendi jaoks on väheinvasiivne operatsioon oluliselt mugavam ja taastumine on kiirem.

Mitte ainult kõri

Alates novembrikuust, mil alustati, kuni tänaseni on PERH-is tehtud kõri endoskoopilisi loikusi tohtri sõnusti veidi üle 20. „Selle aparaadiga,“ nimetab dr Maisvee, sättides oma töövahendit operatsiooniks valmis, „on tehtud ka väga mitmeid kõrvalõikuseid — dr Aet Saarts teeb stapedoplastikat otoskleroosi ravi eesmärgil —, seega ei ole CO₂ laser ainult ülemiste hingamisteede monopoolne ravivahend. Saab teha kõrvakirurgiat, ninakirurgiat, muudes kõrva-nina-kurguhaiguste valdkondades, aga saab ka teha günekoloogilisi loikusi, pluss esteetilise poole aplikatsioonid ja üldkirurgilised protseduurid.“ Dr Maisvee tunnistab, et seda aparati sai oodatud oma 3–4 aastat, aga ega ta siiski imeasi ei ole ja arstlikku mõtlemist ei asenda. „See ei ole niisugune meetod, mis eelolevad asjad kõik üle mängiks,“ mõtiskleb Maisvee, „alati jääb kiiritusravi, lahtine konventsionaalne kirurgia, ravimeetodi valik sõltub näidustusest, patsiendist, tumori suuru-



sest — meil on üks võimalus rohkem patsienti aidata. Arutame kolleegidega läbi, mis on kõige parem ja õigem, sellist asja pole, et nüüd hakkamegi laserkirurgiaga tegelema ja muud ei tee.“ Doktor on kindel, et kõri lahtised operatsioonid jäävad, lisaks on selliseid puhkusi, mil näidustus on, kuid laserit ei saa kasutada: üks konkreetne probleem on see, kui inimesel on anatoomilised iseärasused. „Näiteks — ei ole korrektselt kõri struktuure näha. Kui ei ole näha, siis ei saa ju opereerida,“ seletab dr Maisvee. „On olemas ütlus, et kirurgia — see on nähtavus ja terve mõistus! Prof Steiner võitles laserkirurgia tunnustamise eest kõvasti, eriti Põhja-Ameerikas oli tavaks alati varase kõrivähi puhul teha kiiritusravi, aga kuidagi saadi sellest meelsusest üle ja nüüd on ametlik aktsept olemas, et enamike T1 ja T2 tuumorite puhul on laserkirurgia võrdselt kiiritusravi-õigustatud.“ Dr Maisvee lisab, et

Ameerika vähiorganisatsioonide poolt on näidustus registreeritud ja et see ongi õige meditsiiniline praktika — kas teha kiiritusravi või laserkirurgiat (need on tõendus põhised tulemustega), sõltub kirurgi kogemusest ja konkreetse kliiniku situatsioonist — kus on ajalooliselt mingid võimalused paremad jne. „Mõlemad on lubatud ja aktsepteeritud. Onkoloogilised tulemused, funktsionaalsed tulemused, hääle kvaliteet jne, kõik on võrreldavad,“ on dr Maisvee hetkeolukorraga päris rahul.

Dr Maisvee käte alla võib patsient end julgelt usaldada, doktor on osalenud laserkirurgia-alastel koolitustel Soomes, Saksamaal, Inglismaal, Prantsusmaal ja Belgias.

Doktor Maisvee istub oma laser-mikroskoop-aparaadi taha. Operatsioon algab.

Aime Taevere

WHO Euroopa Regionaaldirektor külastas PERHi



4.-5. märtsil viibis Eesti Vabariigi sotsiaalministri hr Hanno Pevkuri kutsel esimesel ametlikul visiidil Eestis WHO Euroopa Regionaaldirektor pr Zsuzsanna Jakab. Visiidi käigus toimusid mitmed kohtumised ministri ja tervise- ja tervishoiu valdkonnas ametnikega.

Koos sotsiaalministri esines regionaaldirektor 5. märtsil toimunud konverentsil „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks“, kus ta jagas WHO visiooni rahvatervise ja tervishoiu valdkonnas Euroopas uuel algal aastakümnel.

Pärastlõunal külastas pr Zsuzsanna Jakab ühes sotsiaalministri Hanno Pevkuriga ning WHO esindajaga Eestis Jarno Habichtiga Põhja-Eesti Regionaalhaiglat. Tõnis Allik tutvustas külalistele vastavastatud X-korpust. Proua peadirektor jäi nähtuga ülimalt rahule kirjutades oma muljetest haigla külalisteraamatusse:

“Thank You very much for the impressive visit! Congratulations to the hospital and especially to the patient-oriented and highly efficient approach! There is a lot that Europe can learn from You! Best of luck!”



IV ERAKORRALISE MEDITSIINI KEVADKONVERENTS

Reedel, 30. aprillil 2010
kell 10.30–17.00

Radisson Blu Hotel
(Rävala pst 3, Tallinn)
konverentsikeskuse
Hansa saalis

10.30–11.00 Registreerimine,
tervituskohv

I osa

Moderator dr Vassili Novak

11.00–11.10 Avasõna
Dr Sergei Nazarenko

11.10–11.30 Ravikvaliteet ja
erakorraline meditsiin – aeg
tegutse!

Dr Ago Kõrgvee

11.30–11.45 Erakorraline
meditsiin – kas puudega laps suures
anestesioloogia peres?

Dr Andrus Rimmelgas

11.45–12.00 Ravikvaliteet kiirabis –
„algoritmid“ vs „arstikunst“

Dr Raul Adlas

12.00–12.15 Pädevuse hindamine
erakorralises meditsiinis

Dr Vassili Novak

12.15–12.30 Kaebused ja
ettepanekud – eksperdi hinnang

Dr Peeter Mardna

12.30–13.30 Lõuna

II osa

Moderator dr Arkadi Popov

13.30–13.50 „Punane trauma“ ja
„Kuldne tund“ – reaalsus ja müüt
Põhja-Eestis

Dr Severin Puss

13.50–14.05 Põhjendatud ja
põhjendamata radioloogilised
uuringud erakorralise meditsiini
osakonnas

Dr Rein Raudsepp

14.05–14.25 Kodade
virvendusarütmia kaasaegsed
seisukohad

Dr Sigrid Järvekülg

14.25–14.45 Ajuinfarkti trombolüüs –
kas saab veel kiiremini?

Dr Arkadi Popov

14.45–15.00 Septiline haige: esimesed
sammud EMO-s

Dr Kerstin Kase

15.00–15.30 Kohvipaus

III osa

Moderator dr Ago Kõrgvee

15.30–15.45 Triiaži mured ja rõõmud
Ida-Tallinna Keskhaigla näitel

RN Jelena Koel

15.45–16.00 „Uued ruumid = uus
kvaliteet“ – Kas valem on õige?

RN Tatjana Märtsen

16.00–16.15 Erakorraline sisehaiguste
osakond Põhja-Eesti Regionaalhaiglas

Dr Marika Paumets

16.15–16.30 Spetsialiseerumine
intensiivravil ja erakorralise
meditsiini ööks – kas oli mõtet?

RN Andras Laugamets

16.30–16.50 „Kuidas selle avariiohvri
olukord on?“ Erakorraline
meditsiin – mida ootab meedia?

Pr Inga Lill

Olete oodatud!

Konverentsile saab registreeruda
23. aprillini aadressil
irja.lepp@regionaalhaigla.ee

Osavõtutasu 200 krooni kanda Põhja-Eesti Regionaalhaigla arvele a/a 221017874309 Swedbank pangas, märkides osavõtja(te) nime(d) ja ürituse nime „EMO konverents“. Kohapeal registreerumise puhul on osavõtumaks 400 krooni.

Osavõtjatele väljastab Põhja-Eesti Regionaalhaigla koolitustunnistuse.

Neerupäev – üllatused, eneseületamine, kordaminek

11. märtsil toimus PERH-is neerupäev, mis oli mõeldud teadvustava ja hariva ettevõtmisena. Oodati kuni 200 inimest, aga kohale saabus koguni 800 huvilist. Kokkuvõttes läks neerupäev siiski korda ja muljed on positiivsed, kinnitab peakorraldaja, dialüüsi ja nefroloogia osakonna juhataja dr Merike Luman.

Miks neerupäeva vastu nii suur huvi oli?

Ühest küljest näitab suur huvi kindlasti seda, et inimesed hoolivad oma tervisest ja tahavad seda kontrollida. Teiselt poolt aga ka meie praeguse arstiabi kitsaskohti — inimesed ei usalda perearsti piisavalt ja võimalusel pöörduvad otse erialaspetsialisti poole. Ma leian, et meie, spetsialistid, koos ajakirjanudusega peaksime tegema ja saaksime teha rohkem, et perearstide vastu tekiks suurem usaldus.

Praegu, kui neerupäeval käinud inimesed helistavad ja uurivad oma analüüside vastuseid, siis selgub, et osa neist on perearsti juures juba sama analüüsi teinud, aga nüüd tegid n-ö üle, et saada teist, spetsialisti arvamust. Muidugi, me vestleme kõigi helistajatega, anname analüüside tulemustest teada ja konsulteerime, niipalju kui seda telefoni teel teha saab.

Ilmselt pole tähtsusetu ka see asjaolu, et praegu on masuaeg. Inimestega vesteldes sai selgeks, et tasuta-komponent oli päris oluline. Tõsi, kui peab mõnele helistajale ütleva, et teil oleks vaja konsultatsioonile tulla, võtke endale aeg, siis inimene enam ei küsi, kas maksma peab, mõni üksik küsib. Jah, neid oli neerupäeval päris palju, kes tulid sellepärast, et saab tasuta oma analüüsi kontrollida.

Kas inimene peaks neerust ja neerude funktsioonist rohkem teadma?

Ega inimesed suures osas ei teagi, mis on neer, mis on neeru ülesanne ja mida nad tegelikult mõõtma tulid. Kui me räägime neile neeru tööst, neeru funktsioonist — et neer puhastab verd, siis me jõuame sinnasamasse tagasi, et: ahhaa, uriinis oli see näha, aga mida te verest mõtsite? Ja mis mu kolesterooli oli ja mis mu veresuhkur oli? Neid teatakse väga hästi, aga mis on kreatiin — ainevahetusprodukt, mis vabaneb lihasest ja eritub uriini —, seda ei tea endiselt mitte keegi. See ongi töö, mis meid tegelikult ees ootab: inimestele seletada.

Kui sageli peaks neerusid kontrollima?

Aastas korra peaks oma neerusid perearsti juures kontrollima. Ja perearsti tuleks rohkem usaldada, st kui ta ütleb, et on korras, siis sellest piisab.

Perearsti suunamisega on ka tihtilugu probleeme. Minu meelest on nii, et kuigi haigekassale võib teinekord kontrollimisel tunduda, et perearst on inimese eriarsti juurde suunanud ilmaasjata, siis on ikkagi targem ta üks kord spetsialisti juurde saata, kes teeb kõik vajalikud uuringud, ja inimene saab vastuse, südamerahu, ja vajadusel ka diagnoosi ja ravi, ning järgmised kolm kuni viis aastat on raha kokku hoitud.

Aga ei tohi ka inimesi paanikasse ajada, näiteks kolesterooliga on asi läinud teise äärmusesse, inimesed ta-

havad seda mõõta kas või iga nädal, seda pole sugugi vaja.

Kas neeruhaigused on rohkem vanemate inimeste teema?

Sellised neerukahjustused jah, mis on tingitud vererõhust ja suhkruhaigusest, esinevad vanemate inimeste juures rohkem. Me tegime ka ankeedi, kus olid vastavad küsimused, et kas teil on suhkruhaigus või vererõhuhaigus. Päris paljudel neist, kes neerupäevale tulid, oli see olemas. Nii et tegelikult see ongi see kontingent, kes ennast aastast korra peaks kontrollima. Paljudel perearstid teevad seda, osadel ei tee, see on ka inimeste omavahelise suhtlemise küsimus.

Kuidas neerupäeva finantseerisite?

See oli heategevuslik üritus ja sponsorid aitasid kulusid katta. Meie inimesed tegid tööd oma vabast ajast, öed tulid oma vabast ajast tööle, ja maja pealt, kes vähegi said appi tulla, samuti. Meilt oli 5 öde väljas, arstid olime kahekesi.

Kuidas Te kokkuvõttes neerupäeva hindate?

Tegelikult tagantjärele on tagasiside inimestelt hästi positiivne, väga üksikud on tõesti negatiivselt meelestatud — kes pidi kaua ootama või ei jõudnudki ära oodata.

Meie ettevõtmine oli siiski mõeldud teadvustamise üritusena, et inimesed hakkaksid oma neeru peale mõtlema — selleks oli see üritus korraldatud.

Analoogset neerupäeva pole Regionaalhaiglas olnud, varasemalt olemas teinud loengutega neerupäevi, analüüside tegemist pole me enne pakkunud. Niisugust kogemust, et „terve vald tuleb kokku“, ei osanud kuidagi ennustada, näiteks Tartu on analoogse ürituse vaikselt aastast aastasse üle elanud, ka sel aastal käis seal umbes poolsada inimest.

Neerupäev oli kasulik-vajalik eelkõige nendele, kellel esines neerude töös kõrvalekaldeid, aga ka teistele, nooredki, kes käisid, said kindluse, et kõik on korras. Lisaks kindlustamata inimeste kontingent — kui nemad said vastuse, siis on ka hästi.

Lõppkokkuvõttes hindan neerupäeva positiivseks.

Meie ise ja ka kõik need, kes meile appi tulid — öed, klienditeenindus, toimetajad n-ö ühisel rindel, teist aidates on ju ka endal pärast hea tunne. Ja labor tegi muidugi tohutu töö ära, kogu selle asja ja andmesisestusega, müts maha! Tänamine ei ole selle töö eest õige sõna, ka tuhat tänu jääb väheks!

Eks see üks eneseületamine oli, aga positiivseid emotsioone oli palju ja kusagilt maja pealt ei ole olnud virisemist kuulda... Igaüks, kes appi tuli, andis oma parima!

Neerupäeval käis ligi 800 inimest. Analüüsid on kõik tehtud, aga osadele pole vastuseid — kas olid sildid halvasti analüüsitud või korgid halvasti peal. Nende ees oleme telefonitsi vabandanud ja lubasime neil tuua uue proovi sama numbriga. Praegu tegeme sellega, et anname telefoni teel vastuseid ja konsultatsiooni inimestele, kes neerupäeval proove tegid. Nii et praegu räägime inimesega ikka sisuliselt, ta saab adekvaatset abi, see oligi ju eesmärk.

Aime Taevere



Karel Tomberg: „Kodust kaasa toodud proovide hulgas oli päris haruldasi pudelikesi, nagu Kreetalt pärit suveniirnaps, oliivipurgike, Calcigrani purk, Tõms, nastoika ja... teised haruldased pärlid...“



Kommentaari

Neerupäeva kommenteerib laboriarst-laboratooriumi juhataja dr Karel Tomberg

Neerupäevaks olid kõik ettevalmistused koos dr Lumaniga tehtud, meilt laborist osales ka mitu töötajat. Eeldasin, et neerupäevale tuleb ehk mõnikümme inimest ja et see on suhteliselt kerge tegemine. Enne kella 9 ütles vanemarst Marika Pikta, et ta läheb aatriumisse ja mina ütlesin, et helistagu, kuidas olukord on. Mõne aja pärast avastas, et mõlemad vanemarstid on kadunud ja mingit informatsiooni ega teadmist ei ole... Siis läksin ise alla vaatama, kuidas seal on. Ja kella 10 ajal avanes selline vaatepilt: rahvas seisis pikkades järjekordades, 6 verevõtjat oli, ja aatrium — suur ning avar ruum, aga siit oli võimatu läbi jalutada. Sellist rahvahulka ei ole mina haiglas enne näinud!

Labori poolt oli n-ö eeslinil veel 2 laboranti, kes tegid kohapeal *Point-of-care* uriinianalüüse. Siin olid kasutusel täiesti innovaatilised nõelaga uriinitopsid ja esmakordselt kasutati uusi uriini vaakumkatsuteid, mis kliinilises töös veel kasutusel polegi. Topsisid saab analüüsijamaterjali mugavalt vaakumkatsutisse võtta, ei pea ümber kallama. Kohapeal tehti uriinianalüüsid ja kes analüüsi vastuse jõudis ära oodata, sai vastuse kohe ka teada. Paraku, see saba, mis aatriumi akna all kulges, oli kaunis pikk.

Laudadele tekkisid uriinianalüüside kuhjad... Kutsusin laborist inimesi kaasa ja leidmise suured kärud ning suured pappkastid, mis meid olukorrast välja päästis. Kahjuks ei olnud kõik purgikesed kindlalt suletud ja osa proovide puhul tekkisid lekked ning uriin läks kaduma.

Topsisid puudust ei tulnud, aga mina imestas selle üle, et kust võeti niisugune n-ö tualeti ressurss?! Kuidas see niisuguse piiratud aja võimalik oli, sellest mina aru ei saa! Transportisime siis suurtes kastides uriiniproovid üles laborisse. Neid hakati otsast analüüsima. Kõik see kogum aeti läbi uuest uriini täisanalüsaatorist, mille me saime alles eelmisel aastal. Kui meil sellist analüsaatorit ei oleks olnud, siis poleks olnud võimalik sellist kogust proove uurida. Tihedamal hetkel, selles tööõigus, kus töötab tavaliselt üks inimene, töötasid nad kuuekesi ja uriinianalüüsid olid kella kolmeks ära tehtud.

Kõige suuremad tööd on tegelikult uriini ümbervalamine katsutitesse — sellega tegeles kohe mitu-mitu inimest — ja katsutite märgistamine, et miski segi ei läheks.

Ühtlasi tegime veel mikro-albuminuuria määramist, mis on neerukahjustuse varaseks avastamiseks tehtav uuring. Neid analüüse tehti siin peaaegu keskööni...

Miks tuli neerupäevale nii palju inimesi? Tõenäoliselt on see selle olukorra peegeldus, kuhu me omadega jõudnud oleme — et perearstid teevad patsiendile liiga vähe uriinianalüüse. Ja ma arvan, et majanduskriisist tingitud meeleheide on siinjuures üks tegur — et kui antakse tasuta, siis tuleb see ära kasutada! Üllatav oli see, et algselt prognoosisime rohkem vanemaid inimesi, aga tegelikkuses oli ka noori.

Kokku oli 785 inimest, aga ankeete tuli 663. Tõenäoliselt kõik ei jõudnud järjekorras ära seista.

Vastuste sisestustöökus kulus veel terve nädalavahetus ja uue nädala algus takkajärgi, tulemustest pandi täna, 17. märtsil üles haigla koduleheküljele, nefroloogid on lisanud tabelisse oma kommentaarid. Siin on tõesti nii neid, kellel kõik on korras, kui ka neid, kel neerufunktsioon on langenud või piiripealne ja kellele on vajalik nefroloogi konsultatsioon. Ka nefroloogide poolt on väga suur töö neid kommenteerida — kuvaril on 21 lk tulemusi...

Mis kõige hämmastavam — me tegime ühe päevaga ligi kolm korda rohkem mikro-albuminuuria teste kui kogu eelmise aasta jooksul! See näitab, kui vähe arstid kasutavad seda informatiivset uuringut tavapraktikas.

Lõpetuseks tahaksin tänuga ära nimetada need vaprast kolleegid, kes selle suure tööga hakkama said: Annike Koorts ja Jane Kurm — laborandid, kes tegid kohapeal ja hiljem laboris uriinianalüüse; laborandid Tiit Toomingas, Nadežda Maikova, Jelena Jershova, kes tegid laboris uriinianalüüse, laborandid Niina Koi-vanen, Ene Reinvard ja Tatjana Shadrina, kes tegid biokeemilisi uuringuid; abilisid Jelena Timofejeva, Luule Hiemäe ja operaator Marika Olev, kes aitasid analüüse transportida. Tublides tegijatest tuleks nimetada veel kolme: vanemarst Galina Zemtovskaja ja Marika Pikta, kes nõustasid inimesi kohapeal ja hiljem sisestasid tulemusi, samuti sekretär Anželika Skaldina, kes sisestas terve nädalavahetuse inimeste üldandmeid ja tulemusi. Dr Merike Lumanilt tuli suure vaeva nägijaile südamlilik tänukiri.

Neerupäev oli esmakordne selline kogemus ja mul on hea meel, et ühiste jõududega sellest katsumusest edukalt välja tulime.

Valmis HeartScore eestikeelne riskikalkulaator südame-versoonkonna haiguste ennetamiseks

Äsja valminud HeartScore riskikalkulaatori eestikeelne versioon valmis Eesti Kardioloogide Seltsi ja Euroopa Kardioloogide Seltsi ühisprogrammi EUROHEART raames, mida rahastab Euroopa Liit.

Eesti Kardioloogide Selts osales kümne teise Euroopa maa kardioloogide seltsiga EuroScore rahvuskeelsete riskikalkulaatorite tegemisel ja Eesti oma valmis kõige esimesena.

HeartScore on Euroopas aktsepteeritud praktiliseks tööriistaks SVH primaarseks preventiooniks. Kalkulaator võimaldab määrata uuritavate individuaalset riski, selle muutuseid erinevate elustiilimuutuste tagajärjel ja annab individualiseeritud kommentaare ja soovitusi. Heart Score kalkulaatori kasutamine on tasuta. Seda saavad kasutada kõik arstid ja õed. Riski määramisega peab kaasnema nõustamine riskitegurite tähenduse selgitamise ja riski vähendamise võimaluste näitamiseks. Uuritule/nõustatule jääb kätte eestikeelne kokkuvõtte kommentaaride ja soovitusetega.

Programmis kasutatud kalkulasioonimudel põhineb SCORE projektil (Conroy R.M., Pyörälä K., et al.: "SCORE project: fataalse kardiovaskulaarhaiguse kümne-aasta riski hinnang Euroopas (Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Eu-

rope: the SCORE project)". European Heart Journal (2003) 24:987-1003) ja hõlmab 210 000 isikut.

HeartScore programm hindab kardiovaskulaarsurma riski, arvestades patsiendi vanust, sugu, suitsetamis- ja vererõhku ja vere kolesteroolitaset või kogukolesterooli/HDL suhet. Programm näitab absoluutset südame-versoonkonna haiguste riski tulpdiagrammil ning muudetavate riskifaktorite panust koguriski sektoridiagrammil. Sekkumise oodatav mõju arvutatakse, tuginedes ulatuslikele randomiseeritud kliinilistele hüpertensiooni ja hüperkolesteroleemia uurin-gutele.

HeartScore® veebipõhine programm on teaduslikult arendatud, Euroopa Kardioloogide Seltsi poolt tihedas koostöös järgmistega:

- **HeartScore® juhtkomitee**
- **Tervise ja Ennetustöö Uurimiskeskus, Glostrupi Ülikooli haigla, Kopenhaagen, Taani:** Troels Thomsen, MD, PhD
- **Steno Diabeedikeskus, Gentofte, Taani:** Knut Borch-Johnsen, MD, paarast
- **Meditiini osakond M, Glostrupi Ülikooli haigla, Taani:** Hans Ibsen, MD, paarast
- **Kirurgide Kuninglik Kolledž, Dublin, Iirimaa:** Tony Fitzgerald, statistik

HeartScore® on valmis eestikeelne versioon. See on elektrooniline ja veebipõhine versioon Euroopa SVH (südame-versoonkonna haiguste ennetamise SCORE) riskikalkulaatorist. See kopeeritakse Ühendatud Euroopa Seltside vajaduste põhjal. See tagab südame-versoonkonna haiguste ennetamise kliinilises praktikas.

Kasuta HeartScore® online versiooni
Kasuta HeartScore® Personaalarvuti versiooni

HeartScore® on paigutatud tasuta serverisse ning kõik andmed on andmetöötluse seadustega kaitstud. HeartScore® kasutajate registreerimine on tasuta, kasutajad peavad registreeruma My ESC kaudu.

Kasu HeartScore® arstidele ja patsientidele

- Kõne ja lühike kasutaja
- Põhineb tõenduspõhisele
- Patsientidele kohaldatakse
- Pakub graafilist lühikest absoluutset SVH riski
- Tõetab esile sekkumise vajaduse
- Loetud arendamisfaasis

Kontakt
Palun võtke meiega ühendust koostööks ja teabe saamiseks.

- **Eesti Kardioloogide Selts:** Margus Viigimaa, MD, Eesti SVH ennetamise programmi juht
- HeartScore PC versiooni kasutamiseks (võimaldab kasutada programmi ilma Intreneti-ühenduseta) on operatsioonisüsteemiks vajalik Windows XP või hilisem versioon. HeartScore eraldiseisev (PC) versioon on allalaaditav veebilehel <http://www.heartscore.org/>. HeartScore on paigutatud turvalisse serverisse ning kõik andmed on andmetöötluse seadustega kaitstud. HeartScore kasutajakonto tegemine on

tasuta. Kasutajad saavad registreeruda My ESC kaudu.

HeartScore eesti versioon on alla laaditav personaalarvutisse ka portaalist www.arst.ee. Regionaalhaigla arvutitele installeerimisel aitavad haigla infotehnoloogia spetsialistid.

Margus Viigimaa
Kardioloogiakeskuse juhataja



Dr Teras Aafrika-missioonist: fantastiline kogemus!

PERH-i kirurg dr Jüri Teras viibis hiljaaegu missioonil Aafrikas. Tema on saanud kogemusega väga rahul, sestap julgustab kolleege asja üle mõtlema ja, miks mitte, ka mõnest järgmisest missioonist osa võtma.

Neli küsimust korraga: kus, milal, kuidas ja miks?

Veebruari lõpus-märtsi alguses 2010. Kaks nädalat. Riigis nimega Ghana, Lääne-Aafrikas, Guinea lahe ääres.

Ghana on umbes Briti saarte suurus, elanikke 21 miljonit, enamik kristlased, 55 aastat iseseisvus, enne seda Briti koloonia. Seal tegutseb palju välisfirmasid ja käib ka palju missioone, abistamas, enamik missioone on kristlikud.

Meie olime mittekristlik missioon, selle nimi on „Operation Hernia“ ehk Missioon Song, aga ingliskeelne nimetus kõlab ju paremini?! Songamissioon asutati 2005. aastal Inglismaal, asutajaks Andrew Kingsnorth. Tema, koos Ghanast pärit professor Chris Opongiga — kes töötab praegu Suurbritannias Plymouthis — asutas selle missiooni aitamaks Ghana kirurgiat järje peale. Kohapeal käiakse neli korda aastas, põhiliselt Takoradi linnas. Takoradi linnahaigla ühes tiivas on avatud „Operation Hernia“ operatsioonisaal ja osakond, mis töötab ainult sellel ajal, mil missioonid toimuvad.

Kohapealt otsitakse eelnevalt haiged kokku, missiooni raames tulevad arstid opereerivad niipalju, kui jõuavad. Mina liitusin nendega esimest korda, olin koos poolakatega, kellest



“Lapsed on seal nii armsad! Kui neid pildistada, siis nad tahtsid kangesti oma pilti näha, neil peegleid ju ei ole, nad pole ennast näinud...”

osa oli seal ka varem käinud. Seekord oli meid kuus — Poolast oli kaks kirurgi, kaks residentit ja üks anestezioloog. Kuuekesi töötasime, paralleelselt kahes opitoas, kahes haiglas, teine oli kohalikule sadamale kuuluv haigla.

Takoradis on Ghana suurim süva-veesadam, sealhulgas veetakse välja enamik Lääne-Aafrika kookostest. Ghana on suurim kookose-eksportija, toodang läheb väga suures osas Šveitsi šokolaadi. Mõtted — šokolaad, tunded — Ghana...

Lõikasime, st töötasime sisuliselt kuus päeva, ülejäänud aeg kulus logistiliste küsimuste lahendamisele, kohalejõudmisele jne.

Takoradis on lennujaam, ütleme, mingil määral olemas, plats on ja ... mingid hooned on ka täitsa olemas.

Miks just songad? Sest enamik rahvast on seal põllumehed, töö on raske, tehnikat vähe, kirurge pole. Miks kirurge ei ole? Sest enamik haritud noortest lahkub välismaale, nii kui „kaela kandma“ hakkavad. Õppimisvõimalused on Ghanas olemas, on 3–4 ülikooli, aga endise Briti koloonia alamaatena on neil lihtne maalt lahkuda. Kohtasime seal ka ühe USA ülikooli 6. kursuse tudengeid, keda nende rahvuskaaslasel-professorid saatsid oma kodumaale, sest Ghanas arste napib.

Me lõikasime viie ja poole päevaga 60 inimesel songa, mõnel olid kahepoolsed. Opereerisime kahte naist, ülejäänud kõik olid mehed, lapsi muidugi ka. Juhtus nii, et lapsed tuli kõik minul opereerida. See oli ette teada, et tuleb ka lapsi, võtsin hulga mänguasju siit kaasa, väikestele patsientidele. Kõik poisid hoidsid oma mänguautosid õnnelikena ja kramplikult pihus, nii enne kui ka pärast oppi ja lõikuse ajal ka... See võis ju olla ta ainuke mänguasi...

Miks ma seda teen, on ilmselt järgmine küsimus.

järgneb lk 4

**ENDOSKOOPILINE
ULTRAHELI –
UUS DIAGNOSTIKA-
JA RAVIMEETOD
PÕHJA-EESTI
REGIONAALHAIGLAS**

**Reedel, 23. aprillil 2010
kell 9.30–15.00**

**SA Põhja-Eesti
Regionaalhaigla Mustamäe
korpuse suures saalis
(J. Siitiste tee 19, 1. korrus)**

Õppepäeva ajakava
Õppepäeva modereerib
endoskopiaosakonna ülemarst
dr Sirje Marran

9.30–10.00 Registreerimine.
Tervituskohv.

10.00–10.10 Õppepäeva avab
kirurgikliniiku juhataja dr Leonhard Kukk

**10.10–10.45 Ultraheli bronhoskoopia
kasutamine kaasageses kliinilises
praktikas** Dr Tõnu Vanakesa

**10.45–11.15 Ultraheli endoskoopia
võimalused seedetrakti patoloogiate
diagnostikas** Dr Mart Eisen

**11.15–11.45 Haigusjuht:
EBUS-TBNA / protseduur
(ülekanne operatsioonitoast)**
Dr Tõnu Vanakesa
Modereerib dr Tiina Tamvere

11.45–12.00 Kohvipaus

**12.00–12.30 Haigusjuht: seedetrakti
ultraheli endoskoopiline protseduur
(ülekanne operatsioonitoast)**
Dr Toomas Ümarik
Modereerib dr Ilmar Kaur

**12.30–13.00 Terapeutiline
endoskoopiline ultraheli ja
selle kogemus SA Põhja-Eesti
Regionaalhaiglas**
Dr Ilmar Kaur

13.00–13.30 Lõuna

**13.30–14.00 Haigusjuht: seedetrakti
ultraheli endoskoopiline protseduur
(ülekanne operatsioonitoast)**
Dr Ilmar Kaur

Modereerib dr Toomas Ümarik

**14.00–14.30 Kõhunäärme tsüstjate
lesioonide käsitlus** Dr Toomas Ümarik

**14.30–14.45 Morfoloogiline
diagnostika võimalused nõelbiopsia
materjalist** Dr Tiina Leismann

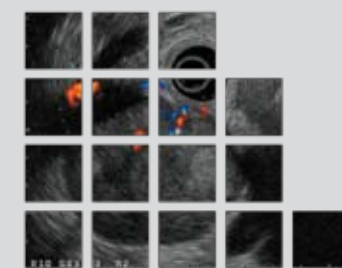
14.45–15.00 Kokkuvõtte. Diskussioon.

**Õppepäevale saab registreeruda
12. aprillini 2010:**
Marju Ränk, telefon 617 2354,
marju.rank@regionaalhaigla.ee

Osavõtutasu 100 krooni kanda Põhja-Eesti Regionaalhaigla arvele a/a 10220020071012 SEB Pangas, märkides osavõtja(te) nime(d) ja ürituse nime „Endoskoopiline ultraheli“.

Osavõtjatele väljastab Põhja-Eesti Regionaalhaigla koolitustunnistuse.

Õppepäeva toetab Olympus Estonia OÜ



Märtsi alguses toimus Regionaalhaigla Mustamäe palatikorpuses tuletõrjeõppus

Õppuse stsenaariumi järgi puhkes tulekahju haigla 12. korrusel. Tulekahju imiteerimiseks kasutati tervisele ohutut kunstsuutsu. Käivitus tuletõrjealarm, info edastati päästeametile ning kohale saabusid 4 suurt tuletõrjeautot. Päästemeeskonnal tuli tulekolle lokaliseerida ning evakueerida 9 kannatanut.

Õppus viidi läbi haigla B-korpuse 12. korrusel, kus praegu ravitööd ei toimu ja patsiente ei viibi.



Regionaalhaigla kiirabi sai kaks uut autot

Veebruarikuus, just enne Eesti Vabariigi aastapäeva sai PERH kaks uut kiirabiautot, millega vahetati välja kaks oma aja ära teeninud masinat. Uutest läks üks Saku, teine Keila kiirabi tugipunkti. „Uued Volkswagenid on moodsamad, neis on ühendus e-kiirabiga ja arvutivalmidus. Masinad on natuke laiemad rehvidega kui vanad ja loodame, et püsivad veelgi paremini teel,“ ütles erakorralise meditsiini ülemarst, kiirabiosakonna juhataja Jelena Tšislova.

Kiirabiauto keskmine „eluiga“ on viis aastat. Nendest, mis välja vahetati, teenis üks 6, teine 4 aastat. „Ent selle nelja aastaga sõitis see auto ka kaugel üle 400 000 kilomeetri maha,“ täpsutas Jelena Tšislova.



KUUKIRI

Toimetuse:

Aime Taevere, 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

algus lk 3

Jah. Ja kuidas üldse selleni jõudsite?

USA kirurgide assotsiatsioon, mille liige ma olen, teavitab sellistest võimalustest ringkirjadega. Missioone korraldatakse heategevusorganisatsioonide kaudu. Nüüd on laiendatud tegevust Mongooliasse ja Lõuna-Ameerikasse. Sellised eksotilised kohad, võib-olla tasuks mõelda...

Need on heategevuslikud missioonid, st igaüks kas leiab endale sponsori või maksab kulud omast taskust kinni, mind finantseeris selle projekti raames meie välisministeerium.

Paljuski meenutab see situatsioon meie vabariigi algusaegu, siis käisid ju Eestis ka abilised läänest oma tasku peal. Üks argument, miks ma selle ette võtsin, oligi tahe natuke tagasi anda, selle eest, et meid aidati omal ajal. Empaatia. Ja seiklushimu.

Olite Aafrikas esimest korda?

Kesk-Aafrikas jah, varem olen käinud Lõuna-Aafrikas, aga mitte opereerimas, vaid kongressil. Ehk nagu ütles üks mu hea sõber, vana „aafrikaan“, kellele ma Ghanasse minekust rääkis, et „see on Aafrika algajatele“. Ghana on tõesti hea ja turvaline riik. Kristlik maa, kenad inimesed, ääretult sõbralikud, rõõmsameelsed, käivad ilusti kirikus ja palju kohtab jumalasõ-



na, näiteks plakatitel majade seintel, autodel, riidel. Kerjama keegi ei tule, aga valge inimese käest teenida ikka tahavad, püüavad sulle midagi müüa, näiteks oma käsitööd. Külades on ääretu vaesus. Pealinnas Accras ei saagi nagu aru, et oled kusagil vaeses Aafrika riigis, autod ja muu tänavapilt on üsna lääne moodi, aga kihistumine on väga suur.

AIDSi on seal vähe, vähem kui meil, aga probleem on malaaria, ja muud nakkushaigused.

Kuuma oli stabiilselt 30 kraadi ringis, nii päeval kui ka öösel. Opitoas oli meil konditsioneer, nii et töötada oli kerge. Minule soe liiga ei teinud, täitsa talutav oli.

Kas neil vett jätkub?

Majades sees küll vett ei ole, meil polnud opitoaski vett! Kraanid olid seinas, aga sealt vett ei tulnud, vesi toodi kusagilt eemalt, tünnidega. Elekter oli n-ö vahelduvvool, ühe opi ajal kaduski elekter ära, siis lõpetasime taskulambi valgel.

Aga hädaabi on sinna ilmselt hästi palju saadetud, sidematerjalid ja niidid jne olid olemas, aga oli näha, et eri firmadelt saadud. Ise võtsin ka siit kaasa.

Operatsiooniriistad on seal ... täitsa olemas! (Ütleb dr Teras üsna naeruse häälega!) Igal lõikusel olid täpselt ühesugused riistad, peensusteni välja. Tekkis kuri kahtlus, et äkki on üks ja sama komplekt... Poolakad väitsid, et eelmisel korral oligi üksainus opiriistade komplekt. Aga öeldi, et ei, seekord on meil viis komplekti. Ma ei hakanud seda isiklikult igaks juhuks järele kontrollima, et äkki pettun... Pesemiseks oli kauss.

Tööpäevad olid päris pingelised, 9-st hakkasime opereerima ja 4–5-ni välja.

Lõikuste vahe oli vaid niipaljust, et jõudsite lõikuskirjelduse ära teha ja kohe oli uus patsient sees. Lapsed opereerisime kõigepealt, hommikul, nemad said öhtuni toibuda-magada, ödede järelevalve all, nendel olid vanemad ka juures. Aga täiskasvanud läksid üsna kohe koju. Neid, kel oli


tehtud spinaalanesteesia ja kel tundelisus ei tulnud tagasi, hoidsime järelevalve all öö otsa.

Jah, opivahed olid nii väikesed, et meil oleks sealt õppida küll! Ega seal teist valikut ei olnud ka — oli teada, kui palju tuleb päeva jooksul ära teha, ja see tuli ära teha.

Kuidas kogemust hindate?

Mõnus! Fantastiline kogemus, pakub ka emotsionaalselt endale elamusi! Mulle küll meeldis ja ilmselt lähen tuleval aastal tagasi. Võib-olla liigume natuke põhja poole, poola preester isa Peter Wojnarowski, keda oma reisirühma koostas ja kes Põhja-Ghanas peab kirikukooli, rääkis, et põhjapool on vajadus meditsiiniabi järele tunduvalt suurem.

Mis edaspidi plaanis on?

Sügisel on plaanis minna Gambiasse missioonile, sinna püüame juba Eesti tiimiga minna. Panneme asja püsti ja töötame mõnda aega. Kel vähegi seikluslusti — miks mitte proovida? 

Kirja pani: Aime Taevere

Taliujuja Teet Daaniel: ujumine on mitte ainult rõõm, vaid ka elukindlustus!

27. veebruaril 2010 toimusid Tallinnas Pirita jõel esimesed Eesti Meistrivõistlused taliujumises, kus Regionaalhaigla operatsioonikeskuse tehnik Teet Daaniel saavutas 25 m rinnuliujumises M-klassis III koha ajaga 17,54 ja teateujumise (4 x 25 m) võistkonnas I koha ajaga 56,24.

Värske meister Teet Daaniel nõustus Kuukirja küsimustele lahkesti vastama.

Kus Te taliujumist harrastate ja kuidas tuli mõte korraldada Eesti Meistrivõistlused taliujumises?

Võistluste korraldamine oli meie väikese ujumisseltskonna ühine idee. Tähtselt käime ujumas 6–7-kesi, Pirital. Võistluste jaoks tegime Pirita jõe 25-meetrise basseini, 2 rajaga, jää paksus oli 40–50 cm.

Võistlustel oli päris palju rahvast — võistlejaid oli 100 ringis, pluss lihtsalt suplejad, kes seekord ei võistelnud. Külalisvõistlejaid kutsusime Soomest, Lätist ja Venemaalt. Soomes on taliujumises enim harrastajaid, pikaajalised traditsioonid ja suured kogemused.

Kuidas Teil endal tuli mõte taliujumisega tegelema hakata ja kui kaua seda juba harrastate?

Taliujumise mõte tuli tavaujumise kõrvalt — et tuua ujumiserutiini vaheldust ja lisada võrdsust! Kui võrd ma tegelen ujumisspordiga, olen Viimsi ujumisklubi liige ja treener, siis oli väga põnev taliujumine juurde tuua. Aga tervis eelkõige, taliujujad pakatavad terviseid.

Mina olen taliujumise alal veel „roheline“, alles üks aasta saab täis, aga nüüdseks olen jõudnud niikaugele, et kui nädalas korra külma vette ei saa, siis tunnen midagi viltu olevat.

Kas pärast jääkülmas vees ujumist tuleks kuumast saunast läbi käia?

Ei, absoluutselt mitte, kes tahab, teeb pärast suplust kerge soojendava sörkjooksu, aga see pole üldse oluline. Tähtis on ennast pärast suplust korralikult ära kuivatada ja soojad riided selga panna, siis on kõik korras.

Kas külmatunnet ei teki?

Külmatundega on nii, et sellega harjub ära, see ei ole midagi hirmuäratavat, mille pärast peaks muret tundma. Muidugi, üleliia kaua pole vaja vees viibida. Oleneb vee temperatuurist, näiteks 0-kraadise merevee puhul ollakse vees soovitatavalt kuni 3 minutit.

Võistlustel on nii, et distants läheb iseenesest kiiresti, olenevalt ujumisviisist umbes 15–17 sekundit, stardi ooteks enne ehk kuni 20 sekundit, aga meil oli mitu distantsi järjest. Vahepeal pamine end ikka riidesse.

Kas olete kuulnud seda vana nalja, mida talisuplejate kohta räägitakse — et küsimusele, mida ütlevad talisuplejad märtsikuus, on õige vastus: „Muidu on kõik hästi, ainult vesi on liiga soojaks läinud!“?

Aga täpselt nii ongi! Vesi läheb soojaks ja siis kaob see suurem mõnu ära.

Millal talisupleusega algust teha?

Kõige mugavam on, kui ujumine läheb suvest sujuvalt edasi sügisesse ja talve. Väikese vahe võib sisse jätta, aga päris külmaks pole mõtet veel lasta minna, siis pole väga mugav. Kui vesi on umbes 10 kraadi, siis tasub hakata käima... Taliujumist ei soovitata siiski päris üksi harrastada, parem on, kui oled kellegagi koos. Meil on kokku lepitud, et käime öhtuti kella 9 paiku. Päris pimedas jah, aga pimedus ei sega, linnakuma natuke valgustab ka. Vahel käime ka päeval, siis on meeleolu rõõmsam.



Milline ujumistaust Teil on?

Võite uskuda või mitte, aga mina õppisin ujuma, kui olin peaaegu 30-aastane! Praegu olen 36. Ujuma õppida pole kunagi hilja ja kui endasse vähegi usku on, siis tuleb proovida. Seal hakkas minu ujajakarjäär pihta. Nüüd osalen alati Eesti meistrivõistlustel ja ette on näidata ka häid tulemusi, kaasa arvatud medalid. Erinevate tase-temetega võistlustelt on hõbedat, kulda, pronksi, olen Eesti meister Mastersklassis, meisterujumise EM-il Cadiz'is 2009. a sain 13. koha.

Milliste ekstreemsustega veel tegelete?

Nii mõnigi „hullumeelsus“ on ära tehtud, jah — et end proovile panna. Kui võrd meil on hästi tore ujujate seltskond, kes tegeleb ka pikamaaujumisega, siis tegime läinud suvel n-ö ujumismatka: ujusime mandrilt Vorm-

sile, Vormsilt Hiiumaale, Hiiumaalt Saaremaale, Saaremaalt Muhumaale ja Muhumaalt mandrile tagasi.

Üks mu kirkamaid ettevõtmisi on olnud ujumine piki Emajõe: alustasin Võrtsjärve-poolsest otsast ja ujusin Tartu linnas, see võttis aega 12 tundi, kokku 57 kilomeetrit. Aga tuleva suve jaoks on plaanis uued põnevad ettevõtmised.

Mida tahaksite lisada Kuukirja lugejatele?

Mina tahaksin propageerida ujumist kui sellist ja olen seda meelt, et inimesed võiksid julgemalt tegutsedakatsetada. Ujumine on mitte ainult rõõm ja lõbu, vaid ka sinu tervis ja sinu elukindlustus! Ujuma õppida ei ole kunagi hilja, kindlasti tasub proovida!

Küsis: Aime Taevere