



Lk 2



Lk 3



Lk 4

k u u k i r i Regionaalhaigla

November 2010 • Nr 8 (89)

Interventsionaalsest endoskoopiast

Traditsiooniliselt on endoskoopia olnud põhiliselt diagnostilise tähendusega meetod, kuid arenedes on see muutunud järjest terapeutilisemaks ja invasiivsemaks: me sulgeme endoskoopiliselt verejooksu, eemaldame polüüpe, asendame seedetrakti stente, laiendame striktuure. Nüüd rakendame seda seedetrakti algstaadiumi kasvajat puhul. See on oluliseks arenduseks selles valdkonnas.

Endoskoopiliselt on võimalik eemaldada ka pindmiseid seedetrakti kasvaja, vähieelseid lesioone ja ravida teatud haigusi. Kaugelearenenud seedetrakti kasvajat prognoos on tavaliselt halb kasvaja rakkude laialdase leviku tõttu. Samas, limaskestasisese kasvaja puhul on lümfisõlmede metastasid risk väga madal. Limaskestasisest kasvajat saab edukalt ravida endoskoopiliselt, säilitades organit.

Seedetrakti sein koosneb kahest peamisest kihist: lihaski ja limaskestast. Need kihid arenevad eraldi meso- ja endodermist ja nende vahel on kohev sidekude, mis loob eeldusi nende kihtide eraldamiseks mehaanilise jõuga. See ongi põhjuseks, miks võib eraldada ja eemaldada patoloogilise protsessiga limaskesta, jättes lihaskihi intaktseks. Seedetrakti sein on ainult 4 mm paks, seetõttu perforatsiooniohu tõttu peab tegutsema väga ettevaatlikult. Kihtide eraldamiseks kasutatakse lahuste süstimist limaskesta alla. Seedetrakti seina perforatsiooni vältimiseks peab lahuse hulk olema piisav, et eraldada patoloogilise protsessiga limaskest selle all asetsevatest kudedest.

Kihtide eraldamiseks kasutatavad lahused:

- 0,9% NaCl lahuse adrenaliiniga, kerge süstida, hea kasutada, kuid see imendub kiiresti kudedest ära,
- Hüpertooniline NaCl lahuse püsib kudedes kauem, kuid põhjustab lokaalse kudede kahjustuse ja põletikulise reaktsiooni,
- Hüaluroonhape, heade omadustega, kuid kallis,
- Glütserool heade omadustega, kuid põhjustab lokaalse kudede kahjustuse ja põletikulise reaktsiooni,
- Dekstroos (20%, 30%, 50%), samad omadused, mis glütseroolil,
- Albumiin on heade omadustega, kuid kallis.

Väikse lesiooni eemaldamiseks see haaratakse linguga ja eemaldatakse.

Suuremate protsesside eemaldamiseks kasutatakse mukosektoomiat

ehk limaskesta endoskoopilist eemaldamist. Kõigepealt märgistatakse nõelaga mukosektoomia ala piirid, siis süstitakse limaskesta-alusi lahust ning limaskest eemaldatakse koos kasvajaga. Mukosektoomial on nii raviv kui ka diagnostiline funktsioon: preparaadi histoloogilisel uuringul saab hinnata kasvaja levikut.

Esimene mukosektoomia tehti Jaapanis, kus on kõrge maovähi esinemissagedus. Soolekasvajad arenevad tavaliselt eksofüütselt kasvavatest polüüpidest, mida on hea linguga eemaldada, samal ajal kui varajane maovähkkasvaja on lame ja seda on raske linguga eemaldada. Seoses riiklike skriiningprogrammidega (regulaarne gastroskopia) avastatakse Jaapanis varaseid maovähke (umbes 50% varases staadiumis), mida saab ravida mukosektoomiaga. Kui kasvaja haaratud ala ei tõuse lahuse injektiooni järgselt, näitab see invasiooni limaskestast sügavamale ning sellist kasvajat ei tohi endoskoopiliselt ravida. Peale mao saab mukosektoomiat kasutada ka söögitorus. Jämesooles piiravad kasutamist teatud faktorid:

- Õhuke sein,
- Hulgalised voldid,
- On raskem kontrollida endoskoobi asendit,
- Soole niverdused,
- Peristaltika,
- Perforatsiooni korral on fekaalperitoniit mao perforatsiooniga võrreldes ohtlikum süstisus.

Järgnevalt mõnedest söögitoru haigustest seedetrakti osade kaupa, mida saab endoskoopiliselt ravida.

Söögitoru (Barretti söögitoru)

Barretti söögitoru on reflukshaigusest tingitud ösofagiidi tüsistus, mille puhul söögitoru lõpposas areneb silinderakuline metaplaasia. Barretti söögitoruga patsientidel on söögitoru adenokartsinoomi risk tavapopulatsiooniga võrreldes 30–60 korda kõrgem. Viimase kolmekümne aasta jooksul on Barretti söögitorust arenenud söögitoru adenokartsinoomi esinemissagedus oluliselt tõusnud. Samas on reflukshaigusega patsiente jälgides ja skriininguks regulaarset gastroskopiat kasutades võimalik vähieelseid muutusi ja kasvajat varajases staadiumis diagnoosida. Adenokartsinoomi tekkele eelneb düsplaasia. Kõrge astme düsplaasiaga patsiendi käsitlus on alati tekitanud palju diskussioone.

Pildil: mukosektoomia söögitorus



Kui me võtame biopsiat kahjustatud alast, on tihti selle materjali alusel raske vahet teha kõrge astme düsplaasia ja invasiivse söögitoruvähi vahel. On tehtud uuringuid, kus biopsia alusel diagnoositud söögitoru kõrge astme düsplaasiaga patsientidel eemaldati söögitoru. Söögitoru preparaate histoloogilisel uuringul avastati üle 30%-l patsientidest söögitoru vähk. Seetõttu oli kõrge astme düsplaasiaga Barretti söögitoru ravimeetodiks olnud ösofagektoomia. Keskustes, kus operatsioonide arv on väike, on see suur operatsioon, suuremusega 7% kuni 20%. Metaplaasia sagedus kasvab vanusega, enamik patsientidest on kaasuvate haigustega eakad patsiendid, mis tõstaks suremust veelgi. Limaskestasisese protsessi puhul on lümfisõlmede metastaaside arv nullilähedane. Endoskoopilist mukosektoomiat võib kõrge astme düsplaasiaga patsientidel kasutada valikravimeetodina. Mukosektoomial on ka diagnostiline tähendus: kui preparaadi histoloogilisel uuringul selgub, et tegemist invasiooniga submukoosasse, on selline patsient kirurgilise ravi kandidaat. Pärast protseduuri vajavad patsiendid endoskoopilist jälgimist: Barretti jääkkoe olemasolu, uued düsplaasiakolded. Mukosektoomia võib olla fokaalne, mille puhul eemaldatakse düsplaasia kolle, või tsirkumferentne, kus eemaldatakse kogu Barretti kude. Valik tuleb teha igal konkreetsel juhul, lähtudes lesiooni suurusest, makroskoopilisest tüübist ja patsiendist. Endoskoopilise mukosektoomia näidustused Barretti söögitoru ja sellest lähtunud adenokartsinoomi puhul:

- Kõrge astme intraepiteliaalne neoplaasia,
- Limaskestasisene adenokartsinoom G1–G2,
- Lümfisõlmede metastaaside puudumine endoskoopilisel ultraheliuuringul.

Mukosektoomiat võib kasutada ka varajase söögitoru lamerakulise vähi raviks, kuid kahjuks diagnoositakse seda tavaliselt hilises staadiumis.

Ahalaasia

Ahalaasia on haigus, mille puhul söögitoru alumise osa *Plexus myentericus*'e degeneratsiooni tõttu puudub neelamisel söögitoru alumise sulgurlihase reflektorne toonuse langus. Puudub söögitoru propulsiivse peristaltika. Röntgenpildil näeme söögitoru

Sügiskonverents keskendus patsiendile

5. oktoobril toimus Eesti Rahvusraamatukogus traditsiooniline Regionaalhaigla Sügiskonverents, mis kandis pealkirja „Kui diagnoos loeb aastaid... Pühhosotsiaalse toe ja palliatiivravi võimalikkuse Eestis“.

Sel aastal vaadeldi tervishoiu arengut ja perspektiive patsiendi seisukohalt ja fookuses olid raskete haigustega toimetuleku erinevad aspektid – esmajoones haigete ja nende omaste psühhosotsiaalne toetus ning toimiv võrgustikutöö.

Konverentsi esimese osa täitsid Hollandi kolleegide ettekanded, milles käsitleti erinevaid palliatiivravivõimalusi seonduvaid teemasid, nagu palliatiivravivõimaluste ülesehitus raviasutuses, hospitsi ja aktiivriivihaiha vaheline koostöö, ödedele baseeruv palliatiivravi meeskond, palliatiivravi intensiivraviosakonnas jne.

Üheks intrigeerivamaks ja huvipakkuvamaks teemaks oli kindlasti eutanaasia.

Konverentsi teises osas rääkisid Eesti erinevate valdkondade spetsialistid probleemidest, mida tekitab hästitoimiva palliatiivravivõrgustiku puudumine.

Konverentsi üheks eesmärgiks oli laiendada palliatiivravi mõiste argikäsitlust. Tegemist ei ole ainult surijate või terminaalsetes seisundis vähihaigete poolestusega, vaid väga suure hulga krooniliste haiguste või püsivate tervisehäirete tõttu kannatavate patsiendirühmadega, kelle toimetulek ja elukvaliteet sõltub otseselt või kaudselt abiandmisviisidest, teenuste olemasolust ja nende kättesaadavusest.

Palju probleeme tundub tekitavat tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekandeteenuste lahusus, mistõttu püüdis kõnealune üritus tuua saali mõlema valdkonna esindajaid.

Kaasaegse käsituse kohaselt mõistetakse palliatiivravi all multidistsiplinaarsete tegevuste kogumit, mida pakutakse patsiendile olenemata eest ja haigusest ning tema lähedastele alates hetkest, kui tõendus põhise aktiivraviga ei saa enam terveneda või vältida surma. Palliatiivravi tähelepanu keskmes on inimese elukvaliteet, selle säilitamine võimalikult kaua ja võimalikult heal tasemel.

Vajalik oleks ilmselt ka mõelda suupärasemale terminile, mis annaks paremini edasi ravi ja hoolduse eesmärki: viimasel ajal on pakutud võõrapärase „palliatiivravi“ asemele terminit „leevendusravi“. Aeg näitab, kas see ilus eesti-keelne termin juurdub.

Made Bambus, projektijuht



Konverentsi üks moderaator oli Hollandi ja Eesti suhete arendaja, Maarjamaa Risti V klassi kavalier Jacques van Trommel.

Järgneb lk 3

Kolleegid ja sõbrad Agu Lippingust

Dr Rein Raudsepp diagnostikakliiniku juhataja

Ta on inimene, kes kohe peab teistel tuju heaks tegema!

Dr Mart Eisen gastroenteroloog

Agu Lipping on entsüklopeediline patoloog, kuivõrd ta valdab kogu onkoloogiat. Selliseid patolooge ilmselt rohkem ei teki. Võib öelda, et ta on mees nagu orkester!

Dr Sergei Nazarenko PERH-i ülemarst

Agu Lipping on aristokraat meditsiinis! Väga tugev professionaal, väga orienteeritud muusikas, kunstis, fotograafias, ja lisaks – tema sportlik tegevus on selline, mis annab silmad ette paljudele noorematele.

Dr Agu Lipping on oma tegevuse kaudu Saksa-Balti Arstide Seltsis olnud osaline ligi 800 koolituse korraldamises eesti arstidele välismaal. Ligi 800 koolitust – see on midagi niisugust, mida annab tervetel teaduskondadel kõrvale panna!

Noorema ja keskmise põlvkonna arstikond teab teda Eesti patoloogia, eriti Eesti onkopatoloogia Grand Man'ina. Ja siit edasiminek haigla Grand Man'iks on väga loogiline.

Dr Ants Vaar üldkirurg, Grand Man 2006

Ta on väga täpne! Onkoloogia on küll meeskonnatöö, aga kui eksib patoloog, eksib Lipping, siis võib tulla vale raviplaan. Tema on näidanud ennast täpsena ja patoloogiateenistus on olnud tasemel.

Dr Jaak Põder patoloog

Tema tahab, et [tööd] ikka kõrgema ette lükataks, talle meeldib tööd teha!

Talle pakub huvi diagnoosini jõudmise protsess, nagu mõistatuse lahenduseni jõudmine.

Millegipärast tekkis mul mingisugune seos isalõviga. Mitte niipalju et karm ja julm, vaid just niisugune tähelepanelik, teinekord kulmu alt piidlev ja teatava piirini stoiline, aga ühel hetkel võib plahvatada.

Dr Karin Varik TÜ Arstiteaduskond, lastekirurgia vanemassistent

Agu on alati kavaler, alati hoolitseb daamide eest, ta oskab rääkida huvitavaid lugusid, ta teab palju kunstist, kirjandusest, huvitavatest juhtumitest maailmas...

Aguga igav ei hakka! Ja Agu on selline semu ja sõber, kellega võib alati luurele minna, kes mitte iialgi sind alt ei vea.

Dr Helle Mäeltsemees spordiarst, PERH-i nõukogu liige

Aguga võib poksida – ta on ka päris terav inimene, kui ta tahab, aga väga objektiivne. Aga temaga võib koos ka lilli korjata!

Dr Jelena Bogovskaja patoloog

Ma alati vaatasin, kuidas ta kergelt ja kiiresti ja perfektselt oma tööd teeb. Ja tahtsin ka olla selline.



Grand Man 2010 – dr Agu Lipping

PERH-i tänavuaastane Grand Man on onkopatoloog dr Agu Lipping. Pidulik austamisõhtu toimus Õpetajate Majas 5. oktoobril. Oli ilus päev, tunnistas ka päevakangelane ise.

„Mul on täna siin teie ees seista kerge, kui on olnud eelnevatel aastatel teistel, sest pole vaja hakata vaidlema, et ma ei ole *old* – seekord valiti lihtsalt Grand Man'i. Aga mulle teeb rõõmu, et ma olen valitute reas teine onkoloog ja teine patoloog – see näitab nende erialade tähtsust,“ sõnas dr Agu Lipping oma päevakohases kõnes, mille pealkirjaks oli „Tribuut“ – andam, austus, tänuavaldus. „Ma võlgnen seda,“ tunnistas Grand Man, kelle sõnutsi on vaja korralikku kliinikut, et saada patoloogiks. Ja Eesti onkoloogiakeskus oli kujunenud niisuguseks, et seda käidi imetlemas ja siit malli võtmas nii mujalt Nõukogude Liidust kui ka väljastpoolt. „Siin oli hea tiim, superkirurgide hea materjaliga võib igähest patoloogi teha,“ meenutas dr Lipping.

Haritud vanemate eeskujul

Dr Lipping tegi kumarduse oma eelkäijatele: „Eelkõige võlgnen tänu – valitute sekka sattumisel – oma vanematele.“ Isa oli pärit paljulapselisest perest, venekeelse õpetajate gümnaasiumi järel lõpetas hiljem ka Tartu Ülikooli loodusteaduskonna ja sai õpetajaks. Ema abiellus teisel kursusel, õppides arstiteaduskonnas, ja jäi koduperenaiseks ning pühendus perekonnale. Dr Lipping nõustub, et ülisuur osa inimese kujunemisel on just nimelt kodul, kodusel õhkkonnal, vaimsusel ja vanemate eeskujul. Lippingutel oli kodus üsna suur raamatukogu ja enda sõnutsi mäletabki ta, et noorena olnud üks lemmiktegevusi just lugemine. Luulet armastab dr Lipping tänini ja enda jaoks tähendusrikkamaid luuletusi kannab ette peast. Sport, nii suusatamine kui ka orienteerumine, muusika, kunst, fotograafia, filateelia ... need tulid juurde justkui iseenesest ja loomulikult, ilma et keegi oleks otseselt suunanud, tunnustab Agu Lipping.

Küll aga on teine tähtsam roll isiksuse kujunemise juures koolil. „Et isa oli mul Reaalkoolis ees, siis oli loogiline, et läksin Reaali,“ räägib Agu Lipping. Reaal oli tollal võimude poolt kardetud tugeva vaimsusega kool. Dr Lipping: „Ma ei tea, kes meie klassist käisid Poisu jalamille lilli viimas, aga lilli viidi, järjekindlalt. Küll mäletan ma kahte detaili. Üks oli see, kui saadeti ära „Habet“, meie endist, austatud ja armastatud eesti keele õpetajat ja kooli direktorit Ernst Peterson-Särgavat. Meil olid tunnid. Eesti keele õpetaja Teder ütles, et poisid, ma tahaksin praegu seal olla nagu teiegi, aga parim, mis me teha saame, on avaldada seistes austust. (Oli aasta 1958 – toim) Aga kui maeti – me olime siis abituriumis – seda saksa nimega eesti kirjanikku, kes kirjutas vene keeles, „sadas“ meile direktor klassi, oli vaja poisse pürga viima. Ma ei tea, kes mida mõtles, aga mitte kedagi ei saadud...“

Keskkooli lõpetas Agu Lipping kuldmedaliga ja valis edasiõppimiseks Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Nagu enamik noori mehi, tahtis temagi saada kirurgiks, aga sattus kirurgoidina prof Kalju Põldvere kätte. Agu Lipping: „Kalju Põldvere oli tõeline hiid! Ta oli nii suur, et arstiteaduskon-



nas polnud talle ruumi. Ja missugune aura tal oli! – see kaalus pikamööda kõik üle, ja kusagilt mujalt nii suurt selgust ei saanud kui mikroskoobist. Tänu Kalju Põldverele kaldusin üha enam patoloogia poole.“

1967. aastal algas dr Lippingu patoloogi-töö. „1969. aastal kutsusid dr Garvilov ja dr Rätsep mind vestlusele ja ootasid ainult jah-sõna,“ mäletab dr Lipping. Sellest ajast peale on dr Agu Lipping onkopatoloog. Hea sõnaga meenutab dr Lipping kõiki oma õpetajaid-kolleege, tõeses eriliselt esile dr Vello Valdest, dr Jüri Grossi ja dr Vello Ilmoja.

Mees, kes jõuab

Nagu Grand'ide puhul tavaks, tehti ka dr Lippingust portreefilm – „Mees, kes jõuab“. Nii selles filmis kõnelejad – kolleegid, sõbrad, pere-liikmed – kui ka austamisõhtul sõna võtnud töid esile Agu Lippingu suurt töövoimet, pidevat enesetäiendamist ja pürgimist täiuslikkuse poole, teaduslikku tegevust ja tööd Saksa-Balti Arstide Seltsi juhtimisel, kiiret mõtlemist ja tegutsemist, abivalmidust, seltskondlikkust, heasüdamlikkust, suhtlemisoskust, oskust nautida kauneid kunste, k.a kokakunst... Kõige selle kõrval imetletakse teda kui fannaalilist tervisesportlast, kes jookseb, suusatab, ujub, orienteerub ja haartes teisigi kaasa, rääkimata fotograafiast, milles „dr Lipping on proff!“ jt hobidest. „Tal on alati kõigi ja kõige jaoks aega,“ jäi kõlama.

Grand Man 2010 on tõesti palju jõudnud ja loodetavasti jõuab veel palju, sest liikumine hoiab ka vaimu värskena. „Absoluutne väljalülitumine, absoluutne lõõgastumine on orienteerumisejooks,“ kinnitab Agu Lipping.

Olles kuulnud dr Lippingu kohta hästi-hästi rohkelt kiitvaid sõnu nii eluhoiaku, erudeerituse, täpsuse kui ka teiste positiivsete loomumaduste kohta, tekkis allakirjutatult kiusatus küsida – kas austatud Grand Man'il ka mõni Achilleuse kand on? „Achilleuse kand ei ole siiaaani tunda andnud, ei jooksu- ega suusarjal,“ laveeris dr Lipping – vana spordihundina – elegantselt.

Küll aga pani vastne Grand Man kirja mõned mõtted, mis kommentaarina ära toome. Need read on kirjutatud, nagu ta ütles, „mõeldes tänapäeva meditsiinile, patoloogiale ja oma uuele seisundile ja sellele, mis pidulikult austamisõhtul välja ütlemata jäi...“

Aime Taevere

CV Agu Lipping

Sünd:	6. mai 1943 Tallinnas
1950-1961	Tallinna Reaalkool, kuldmedal
1961-1967	Tartu Riiklik Ülikool, arstiteaduskonna ravi osakond. Teisest kursusest peale teaduskonnakirurgia ringis, 3 eksperimentaalkirurgilist võistlustööd allo- ja liitproteeside kasutamisest veresoonte kirurgias, ühe eest aukirii üleliidulisel üliõpilaste teaduslike tööde konkursil.
5.-6. kursusel	arstiteaduskonna üliõpilaste Teadusliku Ühingu nõukogu esimees ja laborant TÜ Meditsiinilise Teadusliku Uurimise Kesklaboratooriumis
1967-1969	patoloog Järvamaa haiglas; sügisel 1967 – 2 kuud tööl Ida-Tallinna Keskhaigla patoloogia osakonnas
1969	patoloogia resident Onkoloogiakeskuse patoloogia osakonnas
1972	II kategooria patoloogias
1978	I kategooria patoloogias
1984	kõrgem kategooria patoloogias
Läbi aastate:	hulk täienduskursuseid ja teaduslähetusi (Leningradi GIDUV, Moskva CIU, Ungari, Saksamaa, Soome jne)
Alates 1991.	Saksa-Balti Arstide Seltsi rajamisest, selle Eesti sektsiooni esimees
2002	PERH-i diagnostikakliiniku patoloogiakeskuse Hiiu osakonna ülemarst

Kommentaari

Oli ilus päev. Usun, et see on ülim tunnustus, mida üks tohter PERH-is võib saada. Täna kõik üsalduse eest!

... Ajal, mil arstiamet pole eriti auväärse kohal ning patoloogia on üks varjulisemaid erialasid. Patsiendi tervistamiseks piisab teinekord diagnoosist, raviarstiga on tagasiside enamasti siis, kui diagnoos ei klapi või preparaateidest pole leitud 12 lümfisõlme.

Meditsiinis pole midagi huvitavat patoloogiast – ja selle kõige narrivam peatükk on kasvaja.

Saan tehtule tagasi vaadata läbi Eeva Käsperi päikesevalguses kiiskava kristallsilma, kõrvuti kirurgoidina teaduskonnakirurgia ringis väljateenitud hõbeskalpelliga – väärtuslikumaga mõnegi ajalooost tuntuks kirikuulsa diktaatori peakirurgi kuldsest...

Kui me dr Reet Salgaga alustasime, oli põhiline mikroskoobi taga istumise „tagumiku-tarkus“. Tänu prof Pavel Bogovskile oli meil UICC illustreeritud kasvaja nomenklatuur, millest Leningradi GIDUV-is oli vaid meie patoloogide ja kohtuarstide konverentsitööde sabas avaldatud diagnooside loend. Ning dr Aino Küngil EKMI-s lisaks Lyonist saadud WHO sinised kasvaja nomenklatuuri raamatud ja Evansi käsiraamat. Oli huvitav töötada, sest diagnoosisime läbiseigi kõike, mis ette tuli. Nüüd teeme spetsialistidena jõukohasemat organopatoloogiat, Eestis on paar patoloogi, kes vaatavad histoloogiat ja tsütoloogiat koos. Kõigel on oma agad: pärast dr Leibat on vaja koolitada järgmist neerudiagnosti ... ja kes suudaks ükskord asendada dr Jõestet?

Noor Jüri Üdi on luuletanud: „Uus põlvkond. Teda tuleb/ nagu rahet,/ mis peagi sulab, nii et/ maa on must.“ Noor põlvkond on kohal, neist mõned väga tublid tegijad. Meie ülesanne on olla nende arenguks viljakas must muld. PERH annab patoloogile igakülgset uurimismaterjali. Inimene on suurim väärtus. Mul on kurb, et mõnele me tublike sekretäri-le ja laborandile on leidunud paremad tööpaigad mujal. Aga ükskord lõpeb ka meie rahutu jüripäev ja saabub töörahu.

Häirib minusteerimist algav mitteprofessionaalsus ja ülepolitiiseeritud juhtimine. Polkovniku lesele polnud med-haridust vaja! Näppu pulsil hoidmiseks tuleb vahetada erakondi nagu särke. Patsient on kaitsetu ja kõik sõltub õnnest sattuda õige klienditeenindaja käe alla. Noored kirurgid on valmis lõikama kõike, valvavad ka residendid. Kasvaja otsa sattudes saadetakse haige „ümberlõikamiseks“ meie lõppinstantsi. Kui haige sureb, on omaksed arusaajad, sest – tegu oli ju vähiga. Tean kirurgi, kel ükski Brickeri põis pole pidama jäänud. Andrew Mansoni ajast oleme vähe edasi läinud. Kui kogu vähikeskus Mustamäel koos on, kinnistub ka terviklik onkoloogilise haige käsitlemine, kes hakkab ette ja takka saama kõike, mida vaja.

Kui minu mentor, prof Kalju Põldvere kümmekond aastat tagasi kutsus mind Põllumeeste erakonda, ütlesin ära – et pole veel patoloogiat selgeks saanud. Täna pole seis muutunud.

Agu Lipping

V Balti Anestesioloogia ja Intensiivravi Kongress

21.–23. oktoobril toimus Tartus viies Balti Anestesioloogia ja Intensiivravi Kongress. Seekordseks korraldajaks oli Eesti Anestesioloogide Selts (EAS), kes on ka ürituse idee autoriks. Kuukirja küsimustele vastab EAS-i president dr Indrek Rätsep.

Kuidas iseloomustaksite Balti Anestesioloogia ja Intensiivravi Kongressi?

Balti Kongressi näol on tegemist iga kahe aasta tagant koguneva suurfoorumiga, mis toob ühte Balti riiki kokku spetsialistid anestesioloogia, intensiivravi, erakorralise meditsiini ja valuravi erialadelt. Tegemist on meie eriala tähtsaima üritusega Balti riikides. Esimene taoline kongress toimus 2005. aastal Riias ning järgnevatel aastatega on selle jätkusuutlikkus üha kinnitunud. Kongress on samuti oluline Skandinaavia ja kogu Euroopa kontekstis — nii esinejate kui ka kuulajate poole pealt.

Milliseid eesmärke Kongress täidab?

Ürituse eesmärke on mitu — tähtsaim neist on kindlasti nüüdisaeg-

seima tõendus põhise teadusliku ja kliinilise informatsiooni toomine meie arstkonnani. Siin on meil võimalus kutsuda lektoriteks rahvusvaheliselt tunnustatud spetsialiste ning esitada neile soovitud räägitava sisu ja vormi suhtes. Tänavu osales kongressil üle 40 oma ala tipp-spetsialisti väljastpoolt Baltimaad. Lisaks on väga oluline anda sõna Baltimaade juhtivatele spetsialistidele ülevaate-loengute ning noorematele kolleegidele vabade ettekannete esitamiseks. Enamikule kohalikest on see üritus ainsaks võimaluseks esineda sedavõrd suurearvulise ja rahvusvahelise kuulajaskonna ees, kelle jaoks kõnepuldil räägitud ligikaudu võrdubki riigis valitseva eriala kvaliteedi ja standarditega. See suursündmus on ideaalne võimalus kõigile Eesti haiglates praktiseerivatele kolleegidele — sh kirurgid, neurokirurgid, erakorralise meditsiini ja valuravi arstid — ennast kõrgetasemeliselt täiendada, seekord oma „koduõuel“, Tartus.

Kuidas te välisesinejad leiate?

Balti Kongressi on traditsiooniliselt toetanud programmi koostamisel ja lektorite leidmisel Euroopa Anestesioloogia



Indrek Rätsep

loogide Selts (ESA). Seekord kandis kongressi avapäeval aset leidnud ESA sümposiumi pealkirja „Turvalisus ja ravijuhised anestesioloogias“. Loengutega astusid üles näiteks Euroopa erialaselt anestesioloogia nõukogu ja president Jannicke Mellin-Olsen Norrast, ESA rahvuslike seltside komitee president Geraldine O'Sullivan Inglismaalt ja veel rida teisi arvamustliidreid. Muidugi ei saa esinejate leidmisel alahinnata isiklike kontakte erialakolleegidega.

Mida külalised kongressi puhul esile tõstsid?

Positiivne tagasiside hakkas laekuma kohe kongressi lõppedes, eelkõige välislektoritelt, aga oleme saanud kollektiivseid tänukirju ka Leedu ja Läti haiglate osakondadelt. Professor Mellin-Olseni arvates on Balti Kongress unikaalne delegaatide avatud suhtlemise poolest — kui Skandinaavia ja Euroopa üritustel hoitakse riigiti omaette, siis Balti kongressidel toimub integratsioon selle kõige paremas tähenduses. Ajaloost tulenev sarnasus Läti ja Leeduga kombineerub sooviga saada samaväärseteks Põhja-maadega, samal ajal tunnustades ja arvestades kogu Euroopa kogemustest tulenevaid soovitusi. „Balti kogemus“ on veel noor ja valmis muutuma.

Esmakordselt toimus Balti Kongressi raames Skandinaavia Anestesioloogia ja Intensiivravi Seltsi (SSAI) teaduslik sessioon, mis oli pühendatud erakorralise meditsiini kui sõsareriala

arengule ja uuenedu taaselustamise juhiste. SSAI Presidendi dr Eldar Sõreide arvamus kohaselt võiksid Balti ja Skandinaavia arstid rohkem osaleda vastastikutel (kordamööda aset leidvatel) kongressidel ning eesmärgiks võiks olla „Skandinaavia sessiooni“ jätkumine siin ja „Balti sessiooni“ tekkimine Põhjamaade suurüritusel.

Kokkuvõtteks: kongress õnnestus hästi?

Kokkuvõttes võib öelda, et meile usaldatud organiseerimine õnnestus täielikult. Tänu rahvusvahelisele koostööle sai teaduslik programm kõrgetasemeline.

Lisaks skandinaavlaste (ja eriti Soome kolleegide) suurearvulisele esindusele äsja aset leidnud Tartu kongressil on raske ülehinnata Suurbritanniast, Oxfordist saabunud delegatsiooni panust ürituse heale õnnestumisele. Lisaks suurepärasele „jalad kõvasti maas“ erialastele ettekannetele esines professor John Sear Oxfordist ka Tartu Ülikooli aulas toimunud avatseremoonial loenguga, mille pealkirjaks oli „General anaesthesia — new approaches to mechanisms of action and new drugs“.

Siinjuures tahan tänada kõiki orgkomitee liikmeid, kes suutsid ennast põhitoetajateks niipalju vabaks teha, et olid olemas ja töös just siis, kui neid kõige rohkem vaja oli. Lähimad abilisid olid Kristjan Kalling, Valdo Toome ja Veiko Herodes PERH-ist, Mari-Liis Ilmoja Lastehaiglast, Joel Starkopf, Juri Karjagin ja Peeter Tähepõld TÜK-ist ning Raido Paasma Pärnu Haiglast. Kongressi toetas Eesti Haiglate Liit ja abi eest oleme tänulikud ka PERH-i ja ITK juhatustele.

Mida peate kongressi kõige suuremaks pärliks?

Säravaid asju oli kaks: kõrgetasemeline teaduslik programm ning meelde jääv kultuuriline vastuvõtt. Kahe aasta pärast kohtume Leedus — lõputseremoonial ulatasime spetsiaalselt ettevalmistatud ja graveeringutega isofluraani rändaurusti Leedu kolleegidele, nende käes on järgmise Balti kongressi korraldamise vaev ja võlu.

Küsis: Aime Taevere



Kongressi delegaadid Tartu Ülikooli aulas kontserti kuulamas.

Fotod: Andres Tennus, Tartu Ülikool

Algus lk 1

koonilist ahenemist, stenoosi-eelset laienemist, mis haiguse progresseerudes süveneb. Selle haiguse raviks kasutatakse laparoskoopilist müotoomiat. Söögitoru alumine sulgurlihas lõigatakse läbi, jääb alles ainult limaskest. Defekt kaetakse fundopliktatsiooni muhuga.

Kirurgilise müotoomiaga seotud probleemid:

- Refluksi esineb 8%-l patsientidest isegi fundopliktatsiooni järgselt,
- Limaskesta perforatsioon 7%,
- Umbes 25% patsientidest vajab vahelesegamist 5 aasta jooksul.

Endoskoopia arenguga hakati aha-laasia raviks kasutama endoskoopilist protseduuri peroraalne endoskoopiline müotoomia (POEM).

Selle protseduuri ajal läbitakse ainult tsirkulaarsed lihaskiud, pikisuunalised jäävad alles, patsientidel ei teki reflukshaigust.

Magu

Maovähi puhul on mukosektoomia eelduseks samuti lümfisõlmede me-

tastaaside puudumine. Jaapanis tehtud retrospektiivsed uuringud näitasid, et madala lümfisõlmede metastaaside riskiga kasvaja on lamedad või eksofüütse kasvuga, mittehaavandunud pinnaga ja alla 3 cm diameetriga. Endoskoopilisele eemaldamisele kuuluvad:

- Sooletüüpi diferentseerunud adenokartsinoom,
 - Alla 10 mm (suurim mõõt) limaskestasises lamedad või väikese depressiooniga mittehaavandunud ilma armiga kasvaja,
 - Alla 20 mm limaskestasisene eksofüütne kasvaja.
- Kui jälgida neid kriteeriume, õnnestub täielik eemaldamine (resektsioonipiir kasvavajava, ei ole lümfiaatilist levikut) 74–95%-l juhtudest.

Jämesool

Endoskoopiliselt eemaldatakse lümfisõlmede abil nii jala peal kasvavaid kui ka laia alusega healoomulisi jämesoole polüüpe. Suuri, laia alusega polüüpe on samuti võimalik endoskoopiliselt

eemaldada, kuid uuringute andmetel on retsidiivide sagedus 13% kuni 46%. Kindlasti on vajalik järelkontroll ja vajadusel retsidiiv- või jääkkasvaja eemaldamine. Enamik retsidiive tekib esimese poole aasta jooksul. Mukosektoomiat võib kasutada ka jämesoole pahaloomuliste kasvaja eemaldamiseks:

- G1 või G2 adenokartsinoom sm1 ilma invasioonita lümfisõlmedesse, mida peab kindlasti histoloogiliselt kontrollima.
- Sm2 invasiooniga kasvaja puhul on näidustatud kirurgiline ravi.
- Ei tohi eemaldada induratsiooni, haavandumisega moodustisi ja kasvaja, mis „ei kerki“ lahuse süstimisel limaskesta alla.
- Endoskoopilise mukosektoomia tüsistused:
- Veritsus on kõige sagedasem tüsistus, mis esineb umbes 10%-l juhtudest. Enamasti tekib veritsus protseduuri ajal või 24 tunni jooksul pärast protseduuri. Veritsust on tavaliselt võimalik endoskoopiliselt sulgeda.

- Perforatsioon esineb sagedusega 0,3–0,5% endoskoopilise mukosektoomia korral. Submukoosse dissektsiooni korral kuni 10%-l juhtudest. Väikeseid protseduuri ajal avastatud perforatsioone võib sulgeda endoskoopiliste klambritega. Hiljem avastatud ja suuremad perforatsioonid vajavad kiiremas korras kirurgilist ravi.
- Striktuure esineb kuni 26%-l patsientidest pärast söögitoru mukosektoomiat ja 3%-l pärast prepüloorsete lesioonide eemaldamist. Striktuuri oht on eriti kõrge, kui eemaldatakse üle 75% söögitoru ümbermõödust. Õnneks on söögitoru striktuurid edukalt ravitavad endoskoopilise balloondilatatsiooniga.

Jelizaveta Gorošina üldkirurg



Kõrge tunnustus

AS Vähiuuringute Tehnoloogia Arenduskeskus pälvis Soomes kvaliteediinnovatsiooni eritunnustuse. Auhinnad anti üle 11. novembri õhtul Helsingis Soome kvaliteediauhinna galal Soome presidendi Tarja Haloneni osalusel.

AS Vähiuuringute Tehnoloogia Arenduskeskusele (VTAK) tõi eritunnustuse onkogeneetilise testimise ja nõustamise teenus, mille eesmärk on varajane vähiriski hindamine ja diagnoosimine, vahendas ERR.

Kvaliteediinnovatsiooni auhinna võitsid Soomes VTAK-i kõrval kaks Eesti firmat — Tervislüki Piima Biotehnoloogiate Arenduskeskus OÜ ja Feanor OÜ.

Allikas: ERR

Uued infobrošüürid



Regionaalhaigla on välja andnud uued patsientidele jagamiseks mõeldud eesti- ja venekeelsed infomaterjalid: „Anesteesia“ ning „Elekterimpulssravi“.

Anesteesiabrošüüris antakse ülevaade anesteesia meetoditest ja nendega seonduvatest riskidest, vestlusest anestesioloogiga, operatsiooniks valmistumisest ning anesteesiajärgsetest perioodidest.

Elekterimpulssravi infomaterjal annab ülevaade protseduurist, selle kasutamise näidustustest, riskidest, kõrvaltoimetest ning protseduuriks valmistumisest.

Infomaterjalid on kättesaadavad ka haigla kodulehel www.regionaalhaigla.ee rubriigis Patsientidele.

Mustamäe korpuse polikliinikute uued ruumid C-korpuses

Seoses remonttöödega asuvad polikliiniku kabinetid novembris lõpust uues kohas C-korpuses. Sissepääs polikliinikutesse on läbi aatriumi.

POLIKLIINIK 1 asub sissepääsuga aatriumi tagaastast

- anestesioloogiapolikliinik C1065
- kardiotorakaalkirurgia polikliinik C1073
- naistehaiguste polikliinik C1015
- neurokirurgia ja neuroloogiapolikliinik C1067
- pulmonoloogiapoliikliinik C1078
- pulmonoloogilised uuringud C1083
- üldkirurgia polikliinik C1040
- uroloogiapolikliinik C1023
- ortopeediapolikliinik C1030
- kardioloogiapoliikliinik C1046

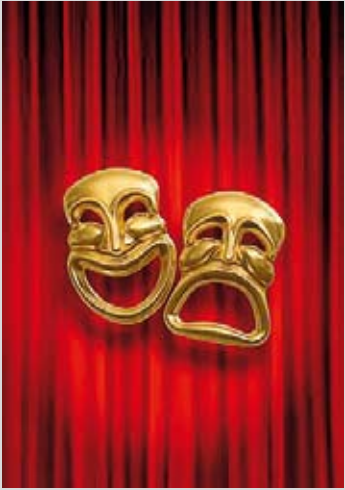
POLIKLIINIK 2 asub sissepääsuga aatriumikohviku kõrvalt

- hematoloogiapoliikliinik C1003-C1004
- vereandmise ja uriiniproovide kabinet C1002

Parkimisest

Parkimine Mustamäe korpuse kõrvalt: et võimaldada patsientidel pääseda oma sõiduvahendiga haigla sissekäigule maksimaalselt lähedale ja lühendada seega vahemaad ukseni, vahetati haigla kõrval (Retke 32) olevas külgmises parklas omavahel ära klientide ja Regionaalhaigla töötajate parkimisala. Mõlemale parkimisealale on eraldi sissepääs, st ühest parklast teise (läbi) sõita ei saa.

Verekeskus kutsub koolinoori teatrifestivalile



Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskus ja Eesti Harrastusteatri Liit (EHL) kutuvad koolinoori osalema teatrifestivalil „Doonor on elupäästja“. Festivali eesmärk on tutvustada doonorlust, panna noori mõtlema selle eluvaldkonna üle ning julgustada neid näitekunsti abil oma ideid ja nägemust teistega jagama.

„Soovime noorte jaoks korraldada ürituse, kus nad saavad oma loominguliste ja teatripärase ülesastumistega näidata, kuidas nemad näevad doonorlust,“ selgitas verekeskuse doonorluse arendusjuht Ülo Lomp. „Esinemiste formaadi oleme jätnud võimalikult vabaks, mistõttu trupid saavad ise otsustada, kas nad soovivad oma mõtteid esitada näidendina või mõnes muus laval esitatavas vormis. Peamine, et esinemiste sisu oleks originaalne ning annaks edasi osalejate ettekujutuse doonorlusest ja selle rollist ühiskonnas,“ lisas Lomp.

Teatrifestival toimub Tallinnas Eesti Draamateatri väikeses saalis 19. veebruaril 2011 kell 9.00–15.00. Osalema on oodatud kõikide Eesti üldharidus- ja kutsekoolide näiteringid ja kooliteatrid ning osalejad peaksid olema vähemalt 5. klassist. Iga kooliteater on kutsutud osalema kuni 15 minuti pikkuse esinemisega, mille sisuks on doonorlus. Trupi maksimaalne suurus on 10 õpilast ja 2 õpetajat-juhendajat. Festivalil on igal kooliteatril kokku 30 minutit lava kasutusaega, millest 15 minutit on esinemiseks ning ülejäänud 15 min lava ülesseadmiseks ja mahavõtmiseks. Esinemisi hindab viieliikmeline žürii, kes koosneb EHLi ja verekeskuse esindajatest. Parematele on välja pandud auhinnad, esikohta autasustatakse kollektiivse tasuta teatriteisiga vabalt valitud etendusele Mandri-Eestis (sh transport korraldajate poolt).

Teatrifestivalil osalemise soovist tuleks teada anda ning esinemise lühitutvustus saata hiljemalt 15. detsembriks Eesti Harrastusteatri Liitu Maret Oomerile aadressil maret.oomer@mail.ee.

Täpsemad konkursi reeglid leiab juhendist verekeskuse kodulehelt: www.verekeskus.ee.

Lisainfo:

Ülo Lomp,
Põhja-Eesti Regionaalhaigla
verekeskuse doonorluse arendusjuht,
ylo.lomp@regionaalhaigla.ee,
tel: 5336 5943

Maret Oomer,
Eesti Harrastusteatri Liit,
maret.oomer@mail.ee,
tel: 507 4926

KUUKIRI

Toimetused:

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

Kriisiõppus – täiesti tõsine mäng



Teisipäeva, 16. novembri ennelõunal korraldas Põhja-Eesti Regionaalhaigla erakorralise meditsiini keskus kriisiõppuse kontrollimaks keskuse ning haigla uue korpuse valmisolekut suurõnnetuste korral.

Haiglasine õppus toimus kella 10st 12ni erakorralise meditsiini keskuses ning X-korpuse aatriumis, kus õppuse ajal võeti kasutusele 9 lisavoodit. Õppuse käigus kontrolliti erakorralise meditsiini keskuse võimekust ja kriisiplaani toimimist uues korpuses, testiti kannatanute liikumise logistikat ning harjutati kiirabibrigaadide ja haigla-personali koostööd. Kriisiõppust valmistati ette peaaegu pool aastat ning viimase kuu jooksul korraldati täiendavat personali väljaõpet.

Kuukirja vaatlejatele jäi silma, et kõik osalised — nii „kannatanud“ kui ka meedikud ja politseinikud — täitsid oma rolli täie tõsidusega, st võimalikule tõelisele kriisilukorrale vastavalt. Meedikud tegutsesid kiirelt, isegi jooksupool, mõnel toekamat kasvu parameedikul oli nahk seljas lausa märg ja higi voolas otsmikul... „Kannatanud“ omakorda tegid neid abistama tõtanud meditsiini personali töö ja toimetamise keerulisemaks: õnnetusekohane šokk muutis mõned patsiendid agressiivseks, teised jällegi apaatses, nagu päris õnnetuse puhulgi juhtub. Aidata tuli kõiki, seejuures õiges järjekorras, vastavalt kannatanute vigastustele. Sellega saadi kenasti hakkama.

Õppuse üldjuhi, erakorralise meditsiini keskuse juhataja dr Vassili Novaki sõnul võib õppusega rahule jääda: „Kahe tunni jooksul suudeti haigla kiirabi ja reanimobiiliga toodud 26 erineva raskusastmetega patsienti vastu võtta, anda esmaabi ning vastavalt tervislikule seisundile ja uurin-gute tulemustele suunata intensiivravi osakondadesse, operatsioonikeskusesse või teistesse haigla osakondadesse. Ehkki vahepeal olid teatavad kommunikatsioonihäired, mõningad



puudused raadiosides, tekkisid järjekorrad uuringutele jms — toimus kõik siiski mobiliseeritult ja ladusalt.“ Dr Novak rõhutab: „Õppusega saime vajalikku tagasisidet, millele reaalses olukorras rohkem tähelepanu pöörata ning oma kriisiplaani täiendada. Õppus andis kindlustunde, et tuleme toime suurõnnetuste korral — oleme ju Tallinna ja üleriigiliste suurõnnetuste meditsiinilise abi keskus.“

Õppusel osalesid keskuse töötajad, kes ei olnud sel ajal seotud tööülesannete täitmisega. Samaaegselt õppusega jätkas erakorralise meditsiini keskus patsientide vastuvõttu.

Regionaalhaigla erakorralise meditsiini keskus on suurim erakorralist meditsiiniabi osutav keskus Põhja-Eestis, mille koosseisu kuuluvad erakorralise meditsiini osakond, kiirabiosakond ja reanimobiilosakond. Keskuses saab aastas abi ligi 68 000 patsienti, seega ööpäevas ca 190 patsienti.

Kuukiri

Jumalateenistus Piiskoplikus Toomkirikus Toompeal

Teisipäeval, 21. detsembril 2010 algusega kell 17.00 toimub Piiskoplikus Toomkirikus Toompeal **jõuluaja jumalateenistus**

Toomapäeva jumalateenistusel teenib EELK kantsler Urmas Viilma
Musitseerivad Kadri Ploompuu orelil ja Meelis Vahar viiulil

Kaunist jõuluootust!

