



Kardioloogid Chicagos

Lk 2



Rinnakabinet nüüd avatud



Reanimobilistid mereõppustel

Lk 4

k u u k i r i Regionaalhaigla

September 2012

Nr 6 (103)

Uus alternatiivne ravimeetod kopsuemfüseemi raviks nüüd ka Eestis

28. mail 2012 teostati PERH-i endoskoopiaosakonnas esimest intrabronhiaalsete klappide (Intrabronchial valve, IBV) paigaldamine bulloosse kopsuemfüseemi raviks.

Üheks peamiseks probleemiks emfüseematoosete kopsude puhul on kopsude difusioonivõime langus, millele lisandub regionaalse ventilatsiooni ja perfusiooni ebakõla — õhk on kopsu kahjustunud (emfüseematoosetes) piirkondades n-õ lõksus. Järgmiseks, heterogeense emfüseemi korral on sealse õhulõksustumise ja vastava kopsuosa mahu suurenemise tõttu häiritud ka naabruses olevate, suhteliselt paremini säilinud kopsuosade ventilatsioon. Kopsude emfüseem ehk perifeerse kopsukoe destruktsioon tingib püsiva gaasivahetuse häirimise — kopsude difusioonivõime languse ja õhu nn lõksustumise (air trapping) kahjustatud regioonis.

Seni on Eestis kasutatud lokaalse bulloosse emfüseemi raviks kopsu- mahtu vähendavat kirurgiat (Lung Volume Reduction Surgery, LVRS). Üksiku bulla või bullade süsteemi korral on tegemist nn bullektomiaga, mida on võimalik teostada ka videotorakoskoopiliselt (VATS) ning mille tulemusena väheneb haigel düspnoe ning paraneb kopsufunktsioon.

Ent kirurgilisel ravil on puudusi, sest tihti on antud haigete puhul tegemist kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse raske või väga raske vormiga ja postoperatiivne kulg võib olla tüsiline. Samuti ei ole kirurgiline sekkumine näidustatud heterogeense emfüseemi korral.

Alternatiivseks kopsuemfüseemi raviks taolisel juhtudel on intrabronhiaalse klapi (IBV) asetamine. Nime- tatud intrabronhiaalne klapp on mõeldud tööks põhimõttel, et õhk läbib seda ühesuunaliselt — õhu sissepääs kahjustatud kopsuosa blokeeritakse klapi kaudu, eesmärgiga vähendada kopsu- mahtu emfüseemi piirkonnas, st õhk ei pääse klapi okluseeritud segmentidesse, küll aga pääsevad sealt välja õhk ja sekreet. Kõne all on seega mitte-invasiivne ja alternatiivne võimalus kirurgilisele mahtu vähendavale meetodile (LVRS). Nii kirurgilise emfüseemiravi kui ka IBV kasutamise korral on eesmärk üks ja sama: saavutada parem tasakaal kopsude ventilatsiooni ja perfusiooni vahel ning kopsufunktsiooni parandamine.



Endobronhiaalne visuaalne leid vahetult pärast IBV asetamist lingula subsegmentaarbronhi 28.05.2012.

Taolise intrabronhiaalse klapi asetamiseks bronhiaalpuusse on vajalik eelnevalt Euroopa juhtivates keskustes koolituda nii protseduuri teostavatel endoskoopistidel kui ka protseduuril assisteerivatel õdedel.

2011. aasta novembris osalesid Eestist Saksamaal Heidelbergi Ülikooli Kopsukliinikus õppustel kaks arsti Tartu Ülikooli Kliinikumist — dr Tiina Tamvere ja prof Alan Altraja —, ning arst ja õde PERH-ist — dr Sirje Marran ja õde Ene Soome.

Esimesel viiel protseduuril osaleb ka intrabronhiaalse klapi tootja volitatud esindaja, et tagada protseduuri ohutus ja õdede poolelt klapi keeruline ning aeganõudev ettevalmistus protseduuriks.

Miks me valisime antud juhul just selle ravimeetodi?

Vastab raviarst dr Martti Jaanus: Tegemist on 57-aastase meespatsiendiga. Anamneesis KOK. Suitsetanud 20 pakk/aastat, füüsiline tegevus on oluliselt piiratud ja füüsilisel koormusel väljendunud düspnoe. Spirogrammis raske funktsioonilangus: FEV1 0,81 (22,7% normist), VC max 2,61 (56% normist), BDT positiivne. FEV1 paraneb 23%. Alfa-1 antitripsinpuudulikkust ei esine. DLCO nn 35% (raske difusioonihäire). Rindkere KT-I ja kopsude ventilatsioonistintigraafial on tegemist ulatusliku heterogeense, kõiki sagaraid haarava kopsuemfüseemiga ning lisaks hiidbullaga lingulas.

Kopsufunktsiooni on võimalik parandada lingulas asetseva hiidbullaga likvideerimisega. Kirurgilise ravi alternatiivina sai valitud oluliselt vähem invasiivne endoskoopiline lingula bronhide sulgemine spetsiaalsete klappidega.



Heidelbergi Ülikooli Kopsukliinikus koolitusel uue ravimeetodi juurutamiseks, tööd mulaažidel teevad prof Alan Altraja (paremalt teine) ja temast vasemal PERH-i endoskoopia osakonna õde Ene Soome ning dr Tiina Tamvere.



Käimas on treening mulaažil vahetult enne protseduuri ja intrabronhiaalse klapi ettevalmistus klapi sisestamiseks. Suur roll klapi ettevalmistamisel paigaldamiseks on õdedel. Protseuuril vahetult osales 3 endoskoopiaosakonna õde: (paremalt esireas) õde Ene Soome, õde Marina Mikheeva ja õde Jekaterina Matvejeva, (paremal teises reas) dr Sirje Marran, valmistumas protseduuri teostama. Vasemal Olympus Europa volitatud esindaja Julia Wegener.

Protseuuril osalesid lisaks endoskoopia üksuse meeskonnale (dr Sirje Marran, dr Martti Jaanus, dr Tõnu Vanakesa ja õde Jekaterina Matvejeva, Marina Mikheeva, Ene Soome) nõu ja jõuga tagamaks õnnestumist: Julia Wegener (Olympus Europa esin-

daja), Kaido Peterson (Olympus Estonia esindaja) — mõlemad eelnevalt koolitaja rollis — ning anestezioloogilise meeskonnast toetasid protseduuri õnnestumist dr Markko Pärtelpoeg ja anestesist Rita Beljuskina.

Järgneb lk 2

PERH kuulub Medicine Estonia klastriksse

Alates suvest on Regionaalhaigla uude meditsiiniteenuste ekspordile suunatud Medicine Estonia klastri liige, mille juhatusse kuulub ka haigla juhatusesimees Tõnis Allik. Oktoobris osaleb klastri esindaja Peterburi messil, kus tutvustatakse lähemalt ka Regionaalhaigla ekspordile suunatud teenuseid.

Eesti tervishoiusektori, Teenusmajanduse Koja ning EAS-i koostööprojekt Medicine Estonia soovib kasvatada tervishoiusektori võimekust teenindada nii Eesti kui ka välispatsienti, suurendada tervishoiuteenuste osutajate ekspordikäivet ning tugevdada Eesti kui tervise- ning meditsiini riigi mainet.

Projekti eestvedaja ja juhatusesimees Raul Niine sõnul on Medicine Estonia klaster Teenusmajanduse Koja algatus, mille tulemusel kasvab, tänu koostööle, tervishoiusüsteemi konkurentsivõime. „Väga oluline on tuua meie tervishoiusüsteemi lisaraha teenuste ekspordil kaudu, et arstid püsiks Eestis ning Eesti patsientidele oleks tagatud kvaliteetne arstiabi. Mul on heameel, et esmakordselt tehakse seda haiglate ja kliinike ühise koostööprojekti raames. Esmaste välisurgude näeme Soomet ja Loode-Venemaad, kindlasti annab projektile lisahoogu ka 2013. aasta oktoobris käivituv patsientide vaba liikumine Euroopa Liidus,“ selgitas Raul Niin.

Projektis osalemine annab võimaluse arendada ekspordivõimekust ning tutvustada ekspordile sobivaid teenuseid sihtturgudel. „Arvestades Eesti raviteenuste head kvaliteeti ning nüüdisaegset taristut, on meie tervishoiuteenuste ekspordil kasvuruumi. Edukas ekspordihoidab arstid kodus ja tõstab nende mainet veelgi,“ ütles projekti üks osalistest, dr Mihkel Mardna.

Medicine Estonia tegevuste eelarve on kokku 630 000 eurot. Projekti teostamist toetab EAS klastrite programmi raames 70% ulatuses. „Klastriksse koondumine on märk sellest, et erinevate valdkondade esindajad, st ettevõtjad, teadusasutused ja teised organisatsioonid on tunnetanud vajadust koostöö järele, mis tõstaks meditsiini valdkonna ettevõtete konkurentsivõimet,“ kommenteeris EAS-i klastrite arendamise programmi koordinaator Tiit Evert.

Medicine Estonia juhatusse kuuluvad Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatusesimees Tõnis Allik, Dr Niine Nahakliiniku juht Raul Niin, Ortopeedia Arstid juht Ardo Reinsalu, Quattromed HTI Labori esindaja Erki Mölder, Lääne-Tallinna Keskhaigla juhatusesimees Astrid Priimägi, Kliinik 32 juhataja Brit Pensa ning Hoolekandeteenused juhatusesimees Maarja Mändmaa.

Projektile on kokku 20 liiget, lisaks Teenusmajanduse Kojale tervishoiuteenuse osutajad, teadus- ja haridusasutused, tervishoiuvaldkonna teised klastrid ja partnerid avalikust sektorist.

Uus protseduur:

Jämesoole kapsel-endoskoopia nüüd PERH-is

Kapselendoskoopia kui seedetrakti uurimisvõimalus on PERH-is seni kasutusel olnud endokapseluuringuna peensoole patoloogiate diagnostikaks. Peensoole kapselendoskoopilisi uuringuid alustasime 2007. aastal ning dr Aivi Koldits endoskoopiaosakonna gastroenteroloogina on selle uuringu kättesaadavust hästi taganud. Täna on teostatud 412 uuringut. Seega on kapselendoskoopia kui uurimismeetod nüüdseks meile endoskoopias ja samuti laiemale arstkonnale tuntud ja hinnatud meetod.

Uudsenäna on nüüdseks lisandunud võimalus spetsiaalse aparatuuri ja spetsiifilise kapsli abil jämesoole uuringuks Regionaalhaigla endoskoopiaosakonnas. Kasutusele on võetud jämesoole endokapsel PillCam COLON2 jämesoole patoloogiate visuaalseerimiseks.

Endokapsel PillCam COLON 2 (fo-to) iseloomustavad järgmised parameetrid: pikkus 31,5 mm, diameeter 11,6 mm, vaateväli pildistamisel 156 kraadi, kusjuures kaadrite sagedus pildistamisel on 4-35 ning seda funktsiooni reguleerib kapsel ise ja see sõltub kapsli liikumiskiirusest sooles – aeglasel liikumisel teeb kapsel 4 kaadrit sekundis ja kiiremal liikumisel jämesooles kuni 35 kaadrit sekundis. Efektne kaugus pildistamisel 0-3 cm, väikseim nähtavaks toodav objekt 0,1 mm.

Jämesoole endokapsli aparatuuri on meile andnud kasutada Given Imaging Ltd, kellel on endokapslite tootjate hulgas esimese tootja au, kuivõrd 2001. aastal alustasid nad esimesena endoskoopiliste kapslite tootmist seedetrakti uuringuteks.

Jämesoole endokapsel on järjekordne mitteinvasiivne uurimismeetodi tippnäide, uuring on patsiendisõbralik, uusim võimalus jämesoole patoloogia visuaalseks diagnostikaks. Käesoleva aasta 9. augustil teostati esimene jämesoole endokapseluuring, 41-aastasele meespatsiendile. Uuringu viis läbi ja hindas gastroenteroloog-vanemarst dr Mart Eisen.

Uuringule suunajaks, samuti nagu peensoole kapselendoskoopiatele, peaks olema gastroenteroloog, kes selgitab või kinnitab nii uuringu läbiviimise vajaduse kui ka informeerib patsienti jämesoole kapselendoskoopiaga koos käiva ettevalmistuse osas.

Küsimuste korral tellimuse suhtes võite võtta ühendust endoskoopiaosakonnaga telefonidel 617 2354 (endoskoopiaosakonna registratuur) või 617 1484 (sekretär). Momendil on antud uuringut valmis teostama endoskoopiaosakonnas gastroenteroloogidest dr Mart Eisen, õppimiskõverat hakkab läbima ka dr Julia Borissova.

Kommentaari

Dr Mart Eisen

Gastroenteroloog

Jämesoole kapselendoskoopia – *Colon capsule endoscopy, CCE* – on innovatiivne, mitteinvasiivne ja valutu uuringumeetod, mis võimaldab diagnoosida jämesoolehaigusi ilma anesteesiata ja suhteliselt mugavalt. PillCam'i teeb eriliseks kapsli kaks üheaegselt töötavat kaamerat.

Kuigi PillCam 2 on kasutatav paljudes Euroopa ja maailma maades, on indikatsioonid, diagnostika või andmete tõlgendamise veel lõplikult standardiseerimata. PillCam endokapsli kohta on Euroopa Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing välja töötanud tõendus- ja konsensuspõhise *guideline'i*, et kujundada PillCam endokapsli rakendamiskriteeriumid kliinilises praktikas, sealhulgas jämesoole vähi diagnostikaks. Mina isiklikult näen suurt potentsiaali kolorektaalvähi varajases avastamisel ja soolevähiskriinings võimalikult laia osavõtu tagamisel, kuivõrd praegune jämesooleuuringu „kuldstandard“ – videokolonoskoopia – on ESGE kvaliteedistandarditele vastaval tasemel igapäeva meditsiinis raskesti kättesaadav, PillCam annab aga täiendava alternatiivi diagnostika parandamiseks gastroenteroloogias ja seedetrakti onkoloogias.

Perhilased USA kardioloogide suurfoorumil

Maikuu lõpus toimus Chicagos USA kardioloogide aastakonverents ACC12, millest võttis osa ka Regionaalhaigla delegatsioon. Kes ja miks seal käisid, räägib dr Toomas-Andres Sulling.

„American College of Cardiology (ACC) on Ameerika suurim kardioloogide organisatsioon, maikuu toimus nende aastakonverents ACC12. See on väga suur üritus, osalejaid oli kokku rohkem kui 30 000, nii et parimagi tahtmise juures ei olnud võimalik osa saada kõigi sektiioonide tööst. Aastakonverentsil esitatakse ettekandeid, mis keskenduvad kõige uuematele teemadele ja uuringutele kardioloogias, ettekanded on kõrgetasemelised ja ka esinejad on väga väljapaistvad isikud.

Meie haiglast käis Chicagos neli inimest: dr Margus Alver, dr Sirje Sulling, mina ja meie sekretär Eva Arusoo.

Miks me seal olime? — Meid kutsuti. Kogu loo taust on see, et meil käib juba kaks aastat kardiokirurgiline ühistöö, mida juhivad Kanada Hamiltoni ülikool eesotsas dr Salim Yusufiga, kes on tänapäeva kardioloogia suurkujusid Kanadas ja kogu maailmas. Nimetatud koostöös uurime me koronaarkirurgide vaidlusalust probleemi (minu jaoks ei ole see vaidlusalune probleem, aga mõnede jaoks on): kumb meetod on parem, kas teha koronaaroperatsioon, kasutades kunstlikku vereringet, või opereerida töötaval südamel?

Aortokoronaarne šunteerimine kunstliku vereringega (ONCAB) vs AKŠ töötaval südame (OPCAB). Koronaaroperatsioon kunstliku vereringega on n-õ klassikaline operatsioon, see on hästi välja töötatud ja väga heal tasemel, neid operatsioone on praeguseks tehtud miljonid, aastas tehakse maailmas ehk kuus-seitsesada tuhat. Aga umbes 15 aastat tagasi tekkis uus suund: kuigi kunstlik vereringe on kuldvõte, paistab siiski, et saab ka ilma selleta. Ja meie läksime sellega kaasa. Selle tulemusena kogunes meil arvestatav kogemus, meie kirurgidest



Dr Toomas-Andres Sulling, dr Sirje Sulling ja dr Margus Alver pealpool pilvi.

kolm teevad oma operatsioonid ilma kunstliku vereringeta, töötava südamega ja me oleme „oma naha peal“ ära näinud, et see on haigetele palju parem, eriti raskete haigete puhul — kui juhtub haige, kellel on süda kehv, või on tal kaasuvaid haigusi, nt kopsu-, neeru- või maksahaigusi. Uudset meetodikat oleme rakendanud edukalt peaaegu 15 aastat.

Eks sellel vaidlusel ole oma tagamaad: töötava südamega opereerimine on äärmiselt ebamugav, ja paljud, eriti vanemad kirurgid ei taha sellest kuulda. Ma arvan, et ma olen vanadest kirurgidest kõige vanem, kes hakkas seda tegema ... Algul mõtlesin mina ka, et sedasi opereerimine on tõesti raske ja närviline asi, aga siis nägin, et haigetel on sellest ikka palju kasu ja asi hakkas järjest hõlpsamaks minema. Teised kolleegid hakkasid ka sedasi tegema ja nägime, et nii on parem: rasked haiged taluvad operatsiooni paremini, meie operatsiooni-suremus langes poole võrra, mis on isegi alla 1%. Möödunud aastal töötava südamega opereeritute ei surnud mitte ükski patsient. Ühesõnaga, meil on selles head tulemused.

See, kumb meetod annab paremaid tulemusi, on aga käesoleva ajani kirurgide vahel ägeda diskussiooni objekt, tehtud on palju võrdlevaid

uuringuid. Viimase ja kõige suurema uuringu puhul, mida juhtis dr Yusuf Hamiltoni ülikoolist, leiti võimalus rahastada 4700 haige võrdlust üle kogu maailma. Meid arvati ka tegijate hulka, kes võivad seda uuringut läbi viia. Osaleda said ainult need, kel oli vähemalt 200 lõikuse kogemus töötava südamega. Meil seda muret ei ole, meie kirurgidel on tehtud tuhandet lõikust, nii kunstliku vereringega kui ka töötava südamega. Uurimistö kestis kaks aastat ja andis meile endile ka palju, õppisime palju juurde, nägime, kuidas teised töötavad jne. Hea, et meil pole põhjust häbeneda, võime end hästi tunda.

Chicagos tehti (vahe)kokkuvõtte, uuring jätkub

Ja nagu nimetatud, oli maikuu Chicagos suur konverents, kuhu kutsuti ka kõik selles uuringus osalejad ja kus toimus uuringutulemuste kokkuvõtmine, esmaettekande. Meid kui uuringu ühte autorit kutsuti terve tiimiga kohale, nende kulu ja kirjadedega.

See uuring oli esimene ettekanne kõikide kliiniliste uuringute kohordist, mis konverentsil olid, ja ma arvan, et seda loeti päris tähtsaks. Meie andsime uuringusse omalt poolt andmed 91 haige kohta. Uuringust selgus, et kõikidel kokku oli operatsiooni sure-

mus 2%, meil oli see null — meil ei olnud suremust kummagi meetodiga. Seda märgiti ka ära kokkuvõttes. Põhinäitajate osas olid tulemused samad, nii kunstliku vereringe kasutamisel kui ka töötava südamega operatsioonidel — suremus oli sama, infarkte seoses operatsioonidega umbes sama arv, aga töötava südamega lõikuste puhul oli palju vähem komplikatsioone, kopsukomplikatsioone, vähem neerukahjustusi jne.

See oli esimene suurem kokkuvõte, aga see uuring jätkub. Tähtis on ka see, et uuringu tulemused trükiti kohe ära ajakirjas *New England Journal of Medicine*, mis tähistas äsja oma 200. aastapäeva. Nüüd me jälgime neid-samu haigeid veel 8 aastat — kuidas patsiendid käituvad pärast operatsiooni ja kuidas nende tervislik seisund on. Vastavalt programmile edastame korra aastas oma tulemused Kanadasse, seal võetakse kõik kokku. Selles suure uuringus osalemine on meie kõigi jaoks stimuleeriv.

Pärast n-õ oma ettekannet konverentsil oli meil võimalus kuulata ka teisi esinemisi, eriti pakkusid meile huvi need teemad, kus käsitleti meie valdkonna kõige uuemaid meetodikaid ja saavutusi. Näiteks üks huvitav ettekanne, mida meil oli võimalus kuulata — see publitseeriti hiljem ka ära —, oli samuti võrdlevast uuringust: kumb on patsiendile parem, kas stentimine või operatsioon. Uuringu aluseks oli USA kirurgide ja kardioloogide ühine andmestik. Seal tuli välja, et kirurgia on oma tulemustes sageli parem. Muidugi, ägedas situatsioonis, kui on vaja kiiresti lahendada, siis on interventsionalism omal kohal. See on kõige kiirem lahendus, kui saadakse varane infarkt kätte. Aga kui aega on palju mööda läinud, siis on juba kirurgil eelis.

... Ja Chicago meeldis mulle, tõesti meeldiv linn! Seal on küll palju pilvelõhkujaid, aga need on väga kenasti paigutatud, see üllatas.“

Kuukiri

Uus alternatiivne ravimeetod kopsuemfüseemi raviks nüüd ka Eestis

Algab lk 1

Torakaalkirurgia ülemarst dr Tõnu Vanakesa kommentaar uuele emfüseemi raviviisile: Int-rabronhiaalsete klappide (IBV) kasutuselevõtmine laiendab raskekujulise kopsuemfüseemi ravivõimaluste valikut. Kopsuemfüseemiga patsiendid, kellel on kopsuümähendava kirurgilise ravi (LVRS) teostamise risk kõrge, võivad väheinvasiivse endoskoopilise protseduuriga saada püsivalt hea ravitulemuse. Kuigi LVRS võimaldab selektiivsemat kahjustatud regioonide (nt kopsude sub- või sub-subsegmentid) ravi, milleks on kuni 35% kopsude kogumahust, kaasneb operatsiooniga 5–7%-line suremus ja ligi 50%-l patsientidest tekivad protseduurist põhjustatud lühi- või pikemaajalised tüsistused, mis vajavad haiglaravi. Samas aga tagab IBV efektiivsuse siiski vaid mitte vähem kui ühe kopsusagara väljalülitamine ventilatsioonist.

Torakaalkirurgina näen ma IBV meetodis mitte konkureerivat, vaid täiendavat võimalust kopsuemfüseemi raviks lisaks kirurgilisele meetodile. Patsiendile kõige sobivama invasiiv-

se ravimeetodi valiku eelduseks on interdistsiplinaarne koostöö. Väga tähtsal kohal on patsiendi enda motiveeritus suitsetamisest loobumiseks ja operatsioonile eelnev ning sellele järgnev professionaalne meditsiiniline rehabilitatsioon.

Lähitulevikus on Regionaalhaigla torakaalkirurgidel plaanis laiendada IBV kasutamisevaldkonda ka bronhifistlite ja pikaleveninud kirurgiliste õhulekete raviks, mis võib teoks saada kohe pärast ohutusnõuete-alase kohustusliku koolitusprogrammi läbimist.

Uut ravimeetodit kommenteerib TÜ Kopsukliiniku professor Alan Altraja: Ühinen kolleegide eespool toodud seisukohtadega, ennekõike selles, et IBV bronhi asetamine on kopsuemfüseemi puhul kirurgilisele ravile mitte konkureeriv, vaid täiendav võimalus. Lisaks sellele, et efekti tagab minimaalselt nn lobaarne eksklusioon e terve kopsusagara väljalülitamine, on IBV kliinilise efekti tagamiseks samuti tarvis eelnevalt hoolikalt testida klappiga suletava piirkonna olulist kollateraalsset ventilatsiooni. Viimase olemasolu korral jääb klapi paigaldamine oodatud efektita.



Protseduuri teostamas, ametis on kogu meeskond.

Kommentaarina veel niipalju, et nn kopsuümähendavaid mitteinvasiivseid endoskoopilisi võtteid on mitu, nende hulgas endobronhiaalse traatlingude (niverdab hingamisteid, kuhu ling paigaldatakse, resultaat toimib klappina) ja liimide kasutamine, bronhopulmonaalsete stentide asetamine jne. Kuid et igal meetodil

on nn õppimiskõver, on ilmselgelt otstarbekas jääda ühe meetodi juurde (mõjuvate põhjuste puudumisel teisiti käituda), sest iga tehnika saab maksimaalselt olla nii hea, kui on selle kasutajad.

Sirje Marran
Endoskoopiaosakonna ülemarst

Regionaalhaigla avas rinnakabineti

17. septembril avas Regionaalhaigla Mustamäe haiglahoone X-korpuse radioloogiakeskuses rinnakabineti.

Rinnakabineti on mõeldud naistele, kellel on rinna-alaseid probleeme või küsimusi. Radioloogiakeskuse juhataja ning rinnakabineti loomise üks initsiaator dr Maret Talk rõhutas: „Püüame luua omalaadset rinna teabetuba, kust saab rinnaküsimustes asjalikku infot. Rinnakabineti loomisega astume sammu patsiendile lähemale — teeme talle juurdepääsu nõustamisele võimalikult lihtsaks.“

Dr Talk viitas, et Eestis toimib rinnavähi sõeluuring, mis on väga vajalik. „Aga samas näitab haigestumise vanuseline statistika, et rindu peaks kontrollima olulisemalt laiemas eagrups, kui seda tänane skriining võimaldab,“ märkis dr Talk ning lisas: „Rinnakabineti on samm patsiendikeskuse suunas, saades oluliseks lülis juba töötava rinnakeskuse juures, kus ühtses pildidiagnostika üksuses toimivad mammograafia, ultraheliuuringud, rinna MRT ning SPEKT diagnostika.“

Rinnakeskus töötab Mustamäe täismahus 2011. aasta algusest, mil Hiiult koondusid siia mammoloogid, rinnakirurgid ning kiiritus- ja keemiaravi arstid, kes töötavad ühtses meeskonnas koos kogunud radioloogide, patoloogide, nuklearmeditsiini spetsialistide ning teiste eriarstidega. Patsiendid saavad parima nüüdisaegse diagnostika, sh rinna magnetuuringud ja nuklearmeditsiinilised „valvurlümfisõlme“ uuringud, tänu millele saab valida optimaalseima, võimalusel rinda säästva ravi. Pä-



rast kasvaja eemaldamist on tagatud võimalus rinda taastavateks plastikalõikusteks. Ravijärgse elukvaliteedi küsimustes nõustab vajadusel meie palliatiivravi vastand. Nõu saab küsida ka meditsiinigeneetikult.

„Arvestades, et rinnavähk on naistel pahaloovulistest kasvajatest kõige sagedasem haigus, siis arstidena soovime, et naised võiksid hakata vähemalt 40.–45. eluaastast rindu regulaarselt kontrollima. Täna sõeluuringu eagrupp — 50–62 eluaastast — on kahjuks kitsas,“ nentis dr Talk ja lisas: „Siin ongi rinnakabineti töömaa: kui patsient ei kuulu n-õ sõeluuringu aastatesse, siis saab ta ise aktiivsust üles näidata. Eelkõige on oodatud naised

alates vanusest 40 aga ka vanemad naised, sest viimased uuringud on näidanud, et ka pärast 62. eluaastat, mil meil sõeluuring lõpeb ja isegi pärast 74. aastat rinnavähi sagedus ei lange, vaid on endiselt kõrge.“

Onkoloogia- ja hematoloogiakliiniku juhataja dr Vahur Valvere sedastas: „Mis puudutab rinnavähiga patsientide ravi, siis kõik ravivõimalused — rinda säästev onkoplastiline, vajadusel rinda taastav kirurgia, nüüdisaegse moodsa aparatuuriga läbi viidava kiiritusravi planeerimine ja ravi, erinevatele uutele tsütostaatikumide kombinatsioonidele baseeruv keemiaravi, innovaatiline bioloogiline ravi ja hormoonravi — on Regionaalhaiglas esindatud. Parim ra-

vitulemus saavutatakse tihti aga nende ravimeetodite oskuslikul omavahelisel kombineerimisel ning meil on selleks olemas tugev ja hea meeskonnaga kompetentsikeskus.“

Rinnakabinetti saavad naised suunata perearstid, eriarstid ja ämmaemandad ning nõustamisele saavad naised tulla saatekirjaga. Pärast konsultatsiooni suunatakse patsient vajadusel edasi uuringutele ja rinnaspetsialistide vastuvõtule. Rinnakabineti öde-nõustaja vastuvõtule saab registreeruda telefonil 617 1049 või haigla kodulehel www.regionaalhaigla.ee asuva digiregistratuuri kaudu. Rinnakabineti töötab E, T, K kl 10–16 ja N kl 12–18.

Uued juhid

Marko Ölluk

Teadus- ja arendustegevuse peaspetsialist



Olen lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas 1993. aastal, misjärel läbinud kaheaastase üldinternatuuri. Aastatel 1995–1996 töötasin erinevates farmaatsiafirmades ravimiesindajana ja tootjuhina. Alates 2000. aasta sügisest liitusin uuringufirmaga Quintiles, kus alustasin kliiniliste uuringute monitoorijana, hiljem lisandus ärijuhtimine. Ärijuhtimise üheks oluliseks missiooniks oli kohalike ravimiuuringute arendamine Eestis koos kohalike ravimifirmadega ja soov ning vajadus leida võimalusi erinevaks rahvusvaheliseks koostööks teadus- ja arendustöö valdkonnas. Kliiniliste uuringute koordineerimisega tegelesin tänani, alates 1995. aastast teen seda oma konsultatsiooniagentuuri kaudu, partneriteks valdavalt uuringuorganisatsioonid Euroopas.

Selle aasta algusest läbisin Tartu Ülikooli juures ImPrim-kursuse, see on Euroopa Liidu initsiatiiv võimaldamaks tagasitulekut praktilisse meditsiini.

Minu visioon/ missioon seoses teadus- ja arendustegevusega Regionaalhaiglas

Senine suund teadus- ja arendustöös on olnud õhutada ja toetada tegevust kliinilise teadustöö vallas. Püüan anda oma-poolse panuse, et alustatu ei hääbuks, pigem vastupidi, ning et senine kogemus ja koostöö kliiniliste uuringute valdkonnas laieneks ka teistele teadustöö valdkondadele. Et kliinistide innovaatilised ideed ei jääks ainult kohvilaua-jutuks – teinekord on innustus ja julge pealehakkamine just see, mis esmapilgul võimatuna tunduva idee ellu kutsub ja laia maailma viib. Siit ka teine tegevussuund: rahvusvahelises. Maailm muutub üha väiksemaks ja kindel on see, et Regionaalhaigla koht on kindlasti rahvusvahelisel teaduskaardil, varem või hiljem.

Andrus Ples

Logistikatalituse juhataja



Olen sündinud 14.09.1971 Harjumaal.

1990. aastal lõpetasin Tallinna Ehitus- ja Mehaanikatehnikumi (TEM) teedeehituse eriala. Seejärel suundusin tööle EV Siseministeriumi allasutustesse, kus töötasin 1998. aastani ja seda valdavalt liikluspoliitiseis spordi ja logistika alal.

2002. aastal alustasin õpinguid Eraakadeemias Nord, juura erialal, mille lõpetasin 2007. aastal õigusteaduste magistri kraadiga.

Aastani 2003 olin ametis transpordigrupi juhatajana AS-is Tallinna Sadam.

Aastatel 2003–2005 oli minu tööülesandeks osakonna juhtimine EV Siseministeriumi alluvuses olevas Põhja Politseiprefektuuri liiklusjärelvalve osakonnas. Aastatel 2005–2008 töötasin OÜ-s CT-Security juhatuse liikmena, 2008–2012 Arigato Keskus OÜ haldusjuhina.

25. juunil 2012 alustasin tööd SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla logistikatalituse juhatajana. Antud ametis soovin olla avatud, innovaatiline ja tulevikku suunatud mõtlemisega talituse juhataja.

Minu eesmärgiks on uusi visioone kujundada, talitust arendada ja kohendada erinevatele majandustingimustele vastavaks. Seega põhiülesanne peab olema talituse strateegiline juhtimine ja transpordikorduse võimalik automatiseerimine infotehnoloogiliste lahenduste kaudu. Muud funktsioonid, näiteks inimeste ja finantside juhtimine, kontroll-koordineerimine, on olulised lisaülesanded, mida täites soovin anda nii oma kui ka kogu talituse panuse PERH-i edukasse ning kestlikku arengusse.

Tippkoolitus: Ultraheli võimalused nüüdisaegses anesteessias

Introduction to US Guided Regional Anaesthesia

Koolituse läbiviijad:

Gabriella Iohom, MD, PhD
Cork University Hospital, Cork, Ireland

Attila Bondar, MD, DESA, FCARCSI
Simmelweis University, Budapest, Hungary

Tanaji M. Rane
Philips Healthcare, Dubai

Nüüdisaegne anesteessia ei ole mõeldavgi ilma tsentraalsete ja perifeerset blokaadideta. Regionaalne anesteessia areng ja võidukäik on lühendanud patsientide haiglas viibimise aega, komplikatsioonide sagedust — näiteks pärast pikka mehaanilist ventilatsiooni — kui ka suurel määral vähendanud opioidide kasutamist intra- ja postoperatiivsel perioodil. Et ka tsentraalsete blokaadide osakaal väheneb järk-järgult, siis vajame rohkem koolitusi perifeerset blokaadide õppimiseks.

Ultraheli kasutamine nii koolitustel kui ka praktikas on selleks suurepärase võimaluse, sest ultraheli kontrolli all tehtud blokaadid on patsientidele turvalisemad ning anesteessiolooil on ultraheli abil kergem keerulisi blokaade edukalt sooritada.

Ultraheli on oluline uurimismeetod enamikes meditsiinivaldkondades. Anesteessiolooias on ultraheli kasutatud südamekirurgias, veresoonte ja vedelikukogumite punkteerimisel, dreneerimisel. Regionaalne anesteessia on ultraheli kasutatud juba paarkümmend aastat. Viimase kümne aasta

jooksul on ultraheli seadmete tehnilised omadused arenenud väga kiiresti ning nende hind jõudnud sellisele tasemele, et need on saanud regionaalsete blokaadide igapäevaseks osaks.

Tulevikus on ultraheli kindlasti lahutamatuks osaks anesteessiolooi töös, mistõttu vajab selle õppimine jätkuvat koolitust ning igapäevast praktiseerimist. Kuigi viimastel aastatel on ilmunud mitu just anesteessiolooidele kirjutatud ultraheliõpikut, mis keskenduvad kas blokaadidele või südamehograafiale, on selge, et ainuüksi raamatute lugemisest siin ei piisa.

Siinkirjutajal oli septembris võimalus osaleda ühel sellisel Regionaalhaigla korraldatud ultraheli-juhitud regionaalne anesteessiakursusel. Kursust läbi viinud välisõppejõud olid oma ala professionaalid, kes kasutavad seda meetodit igapäevaselt — tõenäoliselt märksa enam kui meie, Regionaalhaiglas töötavad anesteessioloojad kunagi kasutama hakkame, sest nemad töötavad spetsiaalsetes ortopeediakeskustes, kus igapäevaste regionaalsete blokaadidega tehtavate lõikuste arv on kordi suurem.

Edukalt ultraheli abil tehtud perifeerne blokaad vajab häid teadmisi anatoomiast, head skaneerimise tehnikat ning õiget käe-silma koordineerimist. Ajakirja Regionaalne anesteessia ja valu ravi (*Regional Anesthesia and Pain Medicine*) viimaste aastate numbrites avaldatud uuringutega on tõestatud, et simulatsioonkoolitused on selle



Hetk ultraheli-juhitud blokaadi praktilisest õppes.

õppimiseks kõige efektiivsemad ning suurendavad edukalt sooritatud ultraheli-juhitud blokaadide arvu.

Koolituse käigus tutvustati ultraheli põhitõdesid ning käsitleti põhjalikult erinevaid blokaade kergetest raskemateni. Ühtlasi juhitati ka tähelepanu postoperatiivseks valutustamiseks mõeldud kateetrite asetamisele. Koolituse põhirõhk oli töötubadel, kus sai õppida kasutama erinevaid ultraheliaparaate ning harjutada ultrahelitehnikat nii patsientidel kui ka spetsiaalselt õppetöökse tehtud mullaadidel.

See koolitus oli süsteemne, valdkonda hõlmav ning mis olulisim — õppejõud suutsid edukalt kaasata nii sel alal algajaid kui ka juba kogenumaid tegijaid. Usun, et see koolitus motiveeris ja ärgitas meie anesteessioloojate võtma senisest enam kasutusele ultraheliaparaate. Samased simulatsioonkoolitused on selle tehnika õppimiseks efek-

tiivseimad ning suurendavad edukalt sooritatud ultraheli-juhitud blokaadide arvu. Ultraheli on suurepärase võimaluse õnnestunud ja täpse blokaadi sooritamiseks, samas vajavad ultraheli-juhitud blokaadid ekstraõpet, töötavad ja praktiline õpe on asendamatu, nää sama oluline on ka pädeva juhendaja olemasolu igapäevatöös, kes aitaks õpitu praktikasse viia.

Palju tänu AS Meditsiinigrupile — selliselt intensiivkoolituselt saadud kogemused on asendamatu! Kuid on ka selge, et õpitu vajab igapäevast praktiseerimist ja pidevat enesetäiendamist, sest raamatutes ja koolitustel nähtu rakendamine ei pruugigi olla nii lihtne, kui esmapilgul näib. Ega asjata öelda, et harjutamine teeb meistriks!

Markko Pärtelpoeg, MA
anesteessioloo-vanemarst

KUUKIRI

Toimetuse:

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

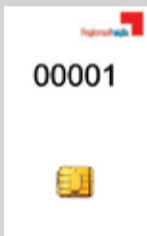
Regionaalhaigla töötaja kaartidest

Alates 2012. a juunist väljastab Regionaalhaigla töötaja kaarte uuel põhimõttel, alates 1. oktoobrist käivitub teinegi uuedus: kaarte hakkab väljastama PERH-i personalitallitus. Uue korra järgi on kasutusel mitu erinevat kaarti:

1. Rinnasilt e arvutikiibita töötaja kaart tagab: isikutuvastuse, udest liikumise, kuumajoogi-automaadi kasutamise ja hinnasoodustuse Aatriumi kohvikus



2. Kiipkaart e arvutikasutaja kaart tagab töö arvutiga, selle ainsaks funktsiooniks on arvutisse ning ESTer-isse logimine. Kiipkaardil on Regionaalhaigla logo ja numereeritud arvutikiip, kus hoitakse kaardi omaniku isikutuvastamiskertifikati.



3. Kiibiga ja kiibita töötöend (vanad kaardid) kehtivad endiselt, neid oleme nimetanud töötöenditeks ja töötöendikiipkaartideks.

4. Koostööpartnerite läbipääsu-kaardid ei muutu, need väljastatakse koostööpartneritele vastavalt Regionaalhaigla ja koostööpartneri vahel sõlmitud lepingule.

Meie põhisonum on järgmine: vanad kaardid jäävad kehtima ja neid ei ole vaja vahetada, kui senine kaart rahuldab kõiki töötaja vajadusi.

Räägime pisut taustast, miks kaardi-süsteemi korrastamine ette sai võetud.

Üks probleemidest oli see, et senine 3-funktsiooniline kaart ei saanud toimida samaaegselt arvutisse logimisel ja rinnakaardina isiku tuvastamisel, kui arst tegi vastuvõttu polikliinikus, st kaart ei saanud olla korraga arvutis ja rinnas. Rinnakaardi puudumisel aga tekkisid kommunikatsioonihäired patsiendiga. Nüüd on rinnasilt rinnas ja kiipkaart arvutis. Nagu eespool öeldud, ei võimalda kiipkaart läbipääsu udest – see tuleneb otseselt meie turva- ja logistikandmetest: iga inimesel saab olla ainult üks kaart, millega udest läbi saab.

Teiseks probleemiks olid haigla struktuurimuutustest tingitud ametinimetuste muutused ja nn kaardivoolavus – tihtilugu tekkis vajadus uute kaartide järele. Sama kehtib inimese nime muutmise korral, ja meie haiglas on nimemuutusi (loe: abiellumisi) päris palju. See on muidugi tore, aga kiipkaardid on väga kallid ja nende vahetamine majanduslikult kulukas, seetõttu võtsime kasutusele numereeritud, korduvkasutusega kiipkaardid. Siinjuures paneme haiglapersonalile südamele, et kui lõpetate meie haigla töösuhte, tuleb kõik kaardid tagastada Regionaalhaigla personalitallituse, sest kaardid on Regionaalhaigla omand.

Samuti rõhutame üle, et isikutel, kes vajavad uusi kaarte, palume nüüd pöörduda personalitallituse – nii kaartide väljastamine, vahetamine kui ka tagasivõtmine jääb personalitallituse rolliks. Korrektne asjaajamine näeks nüüd välja nii, et personalitallitusest saate kaardi ja kui töösuse lõpeb, viite kaardi sinna ka tagasi.

Igaks juhaks tuleme meelde, et kui töötajal tekib mingi tehniline probleem arvutisse sisselogimisel, siis saab endiselt abi ikka IT *helpdesk*'ist, aga läbipääsu-ehk ukseprobleemidega tuleb pöörduda turva- ja logistikateenistusse, tel 2525.

Kogu informatsioon töötaja kaartide kohta on üleval ka Regionaalhaigla Intranetis.

Siim Vene
IT teenistuse
tehnilise talituse juhataja
Klarika Lott
IT spetsialist

Et õnnetus jääks tulemata

Parim viis õnnetuste vältimiseks pidi olema õppus, kuidas kriisituatsioonis adekvaatselt toimida. 35 Regionaalhaigla reanimobiiliosakonna töötajat on läbinud koolituse, kuidas päästa end helikopterist, kui see on sunnitud maanduma vette.

Te istute kopteriistmel, turvavööd kenasti kinni ja äkki pöörab kopter jalad üles ning sulpsatab vette. Teie jääte rippuma, pea alaspidi. Veetemperatuur on vaevalt 15 °C, vesi pahiseb kopterisse. Nüüd olete vee all, peate hinge kinni hoidma, lööma kopteriakna eest ära, vabastama end turvarihmadest, vinnama end aknaava kaudu välja ja ujuma veepinnale. Kui kaua selleks aega on? Just nii kaua, kuni suudate hinge kinni hoida — pool minutit kuni minut. Ilma paanikasse sattumata.

Umbes niisugune on lühikokkuvõtte treeningõppusest, mille PERH-i reanimobiiliosakonna arstid-õed ja kiirabitehnikud on läbinud Soomes Lohja Meriturva koolituskeskuses, kus muude (mere)turvaõppuste — laeva- ja lennukiõnnetused, tulekahjud jne — kõrval treenitakse ka käitumist kopteriõnnetuse korral.

Tänavu on Regionaalhaiglast käinud Meriturva ohutuskoolituskeskuses õppustel kolm rühma, Kuukiri kutsus treeninguid kommenteerima neli õppuse läbinut: dr Arkadi Popov, reanimobiiliosakonna juhataja; dr Rein Paberit, anestezioloog; õde Inge Rumberg ja kiirabitehnik Roland Moritz.

Dr Arkadi Popov: „Selle koolituse nimi oli HUET (*Helicopter Underwater Escape Training* — helikopterist vee all pääsemise treening) ning see on mõeldud inimestele, kes lendavad helikopteriga. Et nad oskaksid õigesti tegutseda, kui helikopter teeb hädamaandumise vette. Juhul, kui kopter jääb vee peale, siis ta ujub nagu paat. Aga kui on suur lainetus, siis võib kopter ümber minna

ja kabiin jääb vee alla. Kuidas siis veest välja pääseda, seda treenisimegi, valges ja pimedas. Muidugi ei toimu treeningud päris kopteriga, vaid kopterit imiteeriva mullažiga. Treening „kopter“ oli selle poolest hea, et sel olid väiksemad aknad kui sellel, millega me päriselt lendame, st tegelikus olukorras oleks meil pisut lihtsam. Meriturvakeskuses on Soome suurim sisebassein (43 x 27 x 4 meetrit), kus saab varieerida ilmastikulisid, teha tuult ja tormi. Meie treeningutel tõsteti „kopteriakna“ trossidega õhku, inimesed ronisid sisse, kalipsodes muidugi, et oleks soojem, ja siis kukutati „kabiin“ vette, vee alla, mitte just väga vaikselt ...“

Roland Moritz: „Turvamehed, sukeldujad olid igaks juhaks kõrval, valvasid kogu aeg, et kui keegi ei saa välja või läheb paanikasse, siis tõmmatakse „kopter“ üles. Koolitajad olid ise professionaalsed päästjad.“

Dr Popov: „Koolitajad rääkisid, et enamasti on grupis vähemalt üks inimene, kes ei oska ujuda ja kes kardab vett, neid tuleb rohkem veenda. Aga peab ütleva, et need mehed, kes meiega trenni tegid, olid täiesti vapustavad inimesed! Nad „rääkisid pehmeks“ igaühe, kusjuures kõik käis väga rahulikult ja vaikselt, lähenesid probleemile *step by step*, juhendasid väga oskuslikult, ei tekkinud situatsiooni, kus inimesel oleks hirm ja stress.“

Inge Rumberg: „See on pikk protseduur, alguses treenisime kuival maal, kontrollisime, kui kaua suudame hinge kinni hoida, siis õppisime, ikka „kuivalt“, kuidas käituda vees. Kui sa seda korduvalt ja korduvalt läbi teed, siis õpid ära. Ma tunnen end praegu juba nii hästi, et läheks veel! Sellest koolitusest oli väga-väga palju kasu.“

Dr Popov: „Treeningud käisid inglise keeles, aga meiega oli Jaanus Altnurme meie oma päästemeeskonnast, kogunud pinnalt päästja, tema tõlkis osa asju eesti keelde.“



Inge Rumberg: „Jaanus Altnurme oli minu jaoks nagu kaitseingel!“

Dr Popov: „Just Altnurmel tuli mõte, et meie lennusalga vajab sellist õppust. Päästjad läbivad selliseid koolitusi iga aasta, kohustuslikus korras, aga ka meie lendude arv on pidevalt kasvunud: üleelmisel aastal oli 88 lendu, eelmisel aastal 129, tänava tuleb veelgi rohkem. Nii et koolitus on vajalik. Aga ka päris pikk, 8 tundi. Ja kallid. Õnneks mõisteti Terviseametis selle õppuse vajalikkust ning meiega sõlmiti leping. Terviseamet andis raha selle aasta kolme koolituse jaoks, lisaks ka helikopteri varustuse täiendamiseks. Loodame järgmisel aastal saada veel vähemalt ühe õppuse, mõned meie inimesed on jäänud veel koolitada. Aga iseenesest oli see hea koolitus, mulle meeldis.“

Roland Moritz: „Meeldis muidugi, vahelduse mõttes oli hästi põnev koolitus. Kokku olime vees üle nelja tunni, oma 7 korda pandi vist vee alla. Turva oli kogu aeg olemas, tuulkrid vees ja raadioside kraanajuhiga, kes tõstab koheselt üles, kui on häda.“

Inge Rumberg: „Mulle meeldis ka. Ma iseenesest ei kardata vett, aga mina ja vee alla minek ei sobinud varem mitte kuidagi kokku! Enne seda koolitust poleks mul olnud mingitki lootust sealt välja pääseda! Alguses oli mul ikka täielik paanika ... aga me tegime seda nii palju kordi läbi, koolitajad aitasid asja selgeks saada. Emotsionaalselt oli vaja hästi ette valmistada. Olen isegi natuke uhke enda üle, et ma selle treeningu läbi tegin!“

Dr Paberit: „Mulle ka meeldis, kuigi mul on kolleegid, kes on varem sellise koolituse läbinud, Taanis, ja nad andsid sellele väga negatiivse hinnangu — et tekib paanika ja ... Aga Meriturva keskuse inimesed olid tõesti väga rahulikud ja professionaalsed, ei mingeid probleeme. Kui ma lugesin kokku kõik päästjad, siis selgus, et peaaegu iga treenitava kohta oli üks päästja, kes teda silmas pidas. Ja muidugi see samm-sammult lähenemine eesmärgile, kergemast ülesandest raskemani ... Lõpptulemus oli see, et meil ei tekkinud enam vee all mingeid probleeme, kes millistest aknast ja mis järjekorras välja läheb. Väga kasulik koolitus oli.“

Dr Popov: „Meil on juba uued plaanid ka tehtud, tuleval aastal teeme ohutusalase koostöökoolituse lennusalgaga. Katsume seda ala arendada nii palju kui võimalik, sest me oleme sisuliselt ainukesed siin Eestis, kes lendavad ja osutavad meditsiinilist abi.“

Kuulas: Aime Taevere

Doonoritelkides loovutati suve jooksul tuhat liitri verd

Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskuse, Tartu Ülikooli Kliinikumi verekeskuse ja Pärnu Haigla veretalituse suvine doonoritelkide ringsõit üle Eesti kestis kokku 20 päeva. 2224 lahke annetaja abil koguti kokku 1000,8 liitrit verd, doonorite sõbralikku perre lisanud 495 esmast doonorit.

„Suvisel puhkuste ajal on doonoritelke külastavate doonorite abi verekeskustele väga vajalik, sest just tänu telkides loovutatud verele on meil võimalik haiglatele vajalik verevaru tagada. Sügisest ootame taas kõiki abivalmis doonoreid meie juurde verekeskustesse ja väljakuulutatud doonoripäevadele,“ ütles Regionaalhaigla verekeskuse juhataja dr Riin Kullaste.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskuse doonoritelke oli suvel võimalik külastada Keilas, Paides, Raplas, Tallinnas, Haapsalus ning kahel korral

Rakveres. 16 päeva jooksul külastas doonoritelke 2221 inimest, neist veereannetuseks sobivas tervislikus seisundis 1844 inimest, kellest 371 olid esmasd doonorid. Heasoovlike annetajate abiga koguti 829,8 liitrit verd. Kõigi doonoritelkides verd loovutanud doonorite vahel loositi välja reisikorraldaja Goadventure auhind — eksklusiivne nädalane puhkuserais kahele Türgisse. Õnnelik võitja on Keilas toiminud doonoritelgis verd loovutanud esmane doonor Marika Luide.

Tartu Ülikooli Kliinikumi verekeskuse doonoritelgid olid sel suvel Tartu Raekojaplatsil. 5. ja 6. septembril külastas doonoritelke 169 inimest, kellest 50 olid esmasd doonorid, ning kelle abiga koguti 76,05 liitrit verd.

Pärnu Haigla veretalituse doonoritelgid olid sel suvel Pärnu kesklinnas. Kahe päeva jooksul külastas doonoritelke 211 inimest, kellest 74 olid esmasd doonorid, ning kelle abiga koguti 94,95 liitrit verd.

Doonorite verd kasutatakse rasketel operatsioonidel ja sünnitustel, patsientide raviks verejooksu, raske trauma, aneemia, leukeemia, vähi- ja maksa- haiguste, põletuste ning paljudel teistel puhkudel. Doonorivere toel on võimalik ka paljud plaanilised operatsioonid, mida muidu liiga suure verekaotuse kartuses ei saaks sooritada.

Doonoritelkide projekt sai teoks tänu koostööle Kaitseväge, Politsei- ja Piirivalveametiga, maa- ja linnavalitsustega, Päästemeetiga, Maanteeametiga, Kaitseväge Värbamiskeskusega, Kaitseväge Ühendatud Õppeasutustega, Kaitseväe ja Eesti Punase Ristiga. Sel aastal toimus doonoritelkide suvine ringreis juba kuuendat aastat.

Doonoritelke toetavad: Fazer Eesti AS, Põltsamaa Felix AS, Coca-Cola HBC Eesti AS, Horizon Travel, Taula Pharma OÜ, Renalko Kaubandus OÜ, Sirowa Tallinn AS, Tallink Grupp AS, TJK Legion, Bambona AS, Rademar OÜ, Rimi Eesti Food AS,



Doonoritelk Rakveres.

Selver AS, Reisibüroo Goadventure, Toila SPA, Estonia Medical Spa Hotel, Strand Spa ja Konverentsihotel, Sanatoorium Tervis AS, AS Kalev Chocolate Factory, Balsnack AS, Port Artur, Pärnu Keskus, T-Särgi pood, Wendre AS, teater „Vanemuine“, Aura keskus, Arctic Sport Club, AS A. Le Coq, Teaduskeskus AHHA, Eesti Jalgpalliliit, Eesti Võrkpalliliit ja Eesti Korvpalliliit.