

Intensiivravi eile, täna ja homme

Joel Starkopf – TÜ Kliinikumi
anestesioloogia ja intensiivravi kliinik

Intensiivravi on multidistsiplinaarne eriala, mille defineerimine ei olegi kerge. Ühelt poolt võib seda käsitleda iseseisva erialana: haiglates töötavad intensiivravi-osakonnad, intensiivriaviarstid, on omaette teadusajakirjandus ja rahvusvahelised kongressid. Teisalt õpetatakse intensiivravi enamikus Euroopa maades lisaerialana, millele eelneb baasharidus mingil muul erialal; või kaaserialana, sagedamini koos anestesioloogiaga. Hispaania on Euroopas ainus riik, kus koolitatakse intensiivriaviarste eraldi erialal. Nii eilne, tänane kui ka loodetavasti homme näitavad siiski, et intensiivravi arengu võtmeküsimuseks on erinevate erialade koostöö.

EILE

Tänapäevase intensiivravi sünnidaatumiks peetakse esimese iseseisva osakonna avamist 1953. aastal Kopenhaagenis. Põhjuseks oli poliümüeliidiepideemia ja sellest tulenevalt suur hulk pikaajast kopsude kunstlikku ventilatsiooni vajavaid haigeid. Esialgu ventileerisid sajad üliõpilased trahheostomeeritud patsiente käsitsi vastava hingamislõõtsa abil. Kiiresti võeti kasutusele esimesed positiivset rõhku rakendavad hingamisaparaadid, millega loodi alus levinuima elundipuudulikkuse, s.o hingamispuudulikkuse tõhusaks raviks. Eestis avati esimene intensiivravi osakond vaid viis aastat hiljem, 1958. aasta polio-

müeliidiepideemia ajal. Tartu närvikliiniku osakonnana avatud hingamiskeskuse rajamise initsiaatoriteks olid tuntud neuroloogid ning neurokirurgid eesotsas prof E. Raudami, prof A. Tiku ja teistega.

TÄNA

Igas suuremas Eesti haiglas on praegu eraldi intensiivraviosakonnad, milles eritevalmistusega arstide hoole all ravitakse kõige erinevamate diagnoosidega kriitilises seisundis haigeid. Abivajajateks on nii 500 grammi kaaluvad sügavalt enneaegsed vastsündinud kui ka 80., 90. eluaastates patsiendid. Olemas on ravivõtted, mis võimaldavad pikaajast asendusravi ka kõige raskekujulisema elundipuudulikkuse korral: hemodialüüs, vasoaktiivne ravi, kopsude kunstlik ventilatsioon, parenteraalne toitmine jt. Ometigi sureb ravitava-test patsientidest märkimisväärne osa, mis tõstab üha teravamalt esile intensiivravi alustamise ja lõpetamise küsimuse.

HOMME

Enamik praegu intensiivris kasutatavatest ravivõtetest ei ole suure tõendus põhisusega. Kas homme toob olulise läbimurde? Vaevast, kuigi lisandub uut ja olulist teavet uudsete ravivõtete kohta. Vastupidi, võib arvata, et järjest olulisemaks saab mitte info puudus, vaid selle korrastatus. Intensiivriaviarst upub täna üha rohkem korrastamata infohulgas, haige kui terviku käsitus nihkub üha rohkem tagaplaanile. Seetõttu on võib homse päeva võtmeküsimusteks pidada pigem logistikat, tervik-

likku ja sujuvalt töötavat organisatsiooni, osakonna kollektiivset töökogemust süstematiseerida võimaldavat põhjalikku tööanalüüsi. Informatsiooni küllusest tulenevalt on erinevate erialade koostöö intensiivravi edu võtmeks ka homme: intensiivraviarstide kõrval annavad võrdväärse panuse kirurgid, kardioloogid, radioloogid,

infektsionistid, taastusraviarstid ja paljud teised. Loodetavasti oskame rohkem väärtustada ka intensiivraviõe kui haigega kõige lähemalt tegeleva isiku rolli ühiskonna eeldustele vastava ravitegevuse tagamisel.

Joel.Starkopf@kliinikum.ee