

Kirurgina arengumaades

Jüri Teras – PERHi üld- ja onkokirurgia keskus

Kirurgilise teenuse kättesaadavuse parandamiseks on üle maailma liikvel palju erinevaid vabühendusi, akadeemilisi kooslusi või lihtsalt üksikisikuid. Mäletame ju ka Eestis iseseisvuse taastamise järel paljusid lääne kolleege, kes tulid tolaegset tagasihoidlikult arenenud postsovetlikku meditsiinisüsteemi nõu ja jõuga muutma. Tervishoiuprojektid on üheks vahest et kõige olulisemaks rahvusvahelise koostöö osaks (1). Arengumaade sotsiaal-majanduslik olukord, aga põhiliselt siiski meditsiinisüsteemi tase on põhjuseks, miks paljude selliste riikide inimesed sõltuvad otseselt rahvusvahelistest abiprogrammidest.

Enamikus vaestes riikides on kirurgia muu tervishoiuga võrreldes kui hooletusse jäetud kasulaps, nagu on kirjeldanud olukorda mitmed Aafrika oludega tuttavad kolleegid. Ja tõsi ta on. Näiteks meditsiini-teenuse kättesaadavus Aafrikas on tunduvalt viletsam kui Euroopas. Arvuliselt on kirurge Aafrika riikides ca 1% Euroopa Liidu või USA vastavatest näitajatest, rahvastik summaarselt aga ca 3 korda suurem kui USAs. Aafriklased moodustavad meie planeedi rahvastikust ca 15%, kuid vaid ca 3% maailma medikuteist töötab selles maailmajaos. Probleemiks meditsiinitöötajate hulgas on nii ajude väljavool kui ka arstide väike juurdekasv (2). Nii on näiteks 1,3 miljoni inimesega Gambias tööl vaid 1 uroloog, Eestis seevastu ligi poolsada ning sedagi tundub olevat liiga vähe.

Arengumaades tehakse vaid 3,5% maailmas igal aastal teostatud 234 miljonist operatsioonist (3). Mitmed uuringud on näidanud, et kirurgilised operatsioonid võivad olla vägagi tõhusaks raviviisiks,

kuid siiski on enamikus Aafrika riikides tervishoiu finantseerimise raskuspunkt endiselt põletavamatel probleemidel nagu nakkushaiguste-vastane võitlus või emade ja vast-sündinute suremuse vähendamine. Nii on ka paljud heategevuslikud organisatsioonid pööranud oma pilgu pigem vaktsineerimisprogram- midele või moskiitovõrkude jaga- misele malaariavastases võitluses, nagu näiteks Gambias ja Ghanas, kui kirurgiliste haiguste ravile. Samas võib kirurgiline operatsioon olla aga väga kulutõhus meetod tööealise rahvastiku olukorra parandamisel.

Paljud kirurgilised humanitaar- missioonid on pühendunud rohke- arvuliste kergemate protseduuride tegemisele, millega saab väheste kulutustega suurele hulgale rahvas- tikust pakkuda elukvaliteedi parane- mist. Olen võtnud osa viiest missioo- nist arengumaadesse Aafrikas ja Aasias, kus põhivõrk on võimalikult lühikese aja jooksul teha võimalikult palju songaoperatsioone võima- likult väheste kulutustega. Siiski võib tekkida küsimus, kas sellistel koostööprojektidel pakutakse lisaks kvantitatiivsele meditsiiniabile ka kvaliteedilt lääneriikides võrrel- davat teenust. See probleem on paelunud mitmeid humanitaartöo- tajaid, kuid lihtsat ja ühest vastust sellele anda on raske. Tihti on kerge leida andmeid abiorganisatsioonide viimaste missioonide kohta, kus kajastatakse tehtud operatsioonide hulka, kuid raskem on leida uurin- guid selliste manipulatsioonide lähi- ning kaugtulemuste kohta.

Arenenud riikides on kubeme- songa operatsioon üks enim tehtud lõikusi. Haigus esineb enamasti meestel ning on suhteliselt kergesti ja odavalt ravitav. Ilma operatioo- nita võib haigusel olla seevastu

katastroofiline tulem: tüsistunud song võib viia soolenekroosi, peri- toniidi ja patsiendi surmani. Lisaks eelmainitule on vähearenenud riikides ravimata songadel ka laial- dane ning tõsine majanduslik mõju, kuivõrd mehed on seal põhilised perekonna toitjad ning haiguste, muu hulgas songade esinemine võib perekonna sissetulekule mõjuda laastavalt. Enamik rahvastikust maarajoonides on tegev põlluma- janduses, mille tõttu suur füüsiline koormus on igapäevane ja elu lahu- tamatu osa. Nii olen minagi oma missioonidel opereerinud ca 97% ulatuses vaid meespatsiente.

Enamik songaoperatsioone tehakse tänapäeval pingevabal meetodil, nagu on soovitatud Euro- pean Hernia Society (4) ja American College of Surgeons'i (5) ravijuhen- dites. Samad põhimõtted on kasu- tusel üle maailma, ka arengumaades, kus proteesimaterjalid on aga tihti raskesti kättesaadavad, eeskätt just oma kõrge hinna tõttu. Alates 1994. aastast, kui India kirurg Ravind- ranath Tongaonkar esimest korda kirjeldas songaplastikat moskiito- võrgu abil, on see materjal kirur- gilistel humanitaarmissioonidel laialdast kasutust leidnud. Mitme tuhande kordne hinnavahe lääne- maailmas kasutatavate võrkudega on teinud moodsa kirurgia kättesaada- vaks ka vaesuses elavatele patsienti- dele. Moskiitovõrguga songaplastika kaugtulemused on aga leidnud kajastamist mitmes uuringus ning on võrreldavad Euroopa näitajatega nii operatsioonijärgsete tüsistuste kui ka retsidiivide esinemissageduse poolest (6–8). Kas peaksime kulude kokkuhoiu nimel minema üle ka Euroopas sarnasele proteesima- terjalile? Kas peaksime pakkuma ühesugust meditsiiniabi igal pool

maailmas, nagu on soovitanud Maailma Terviseorganisatsioon (9)? Sarnased küsimused vaevavad paljusid humanitaartöötajaid, kuid jällegi kergelt ja ühest vastust anda on raske. Kindlasti on selliselt antud kirurgiline abi oluliselt odavam (10). Kas see on aga ka meie ühiskonnas vastuvõetav ning patsientidele meelepärane?

Miks siis kirurgid ikkagi liiguvad mööda maailma, opereerides paikades, kuhu juurdepääs on tihti raske ning kus tingimused lääne mõistes ebainimlikud ning vaesus kohalikes haiglates hingemattev. Kui nõukogude süsteemist tulnud kirurgid veel mäletavad näiteks kummikinnaste või sidematerjali pesemist ja korduskasutamist, siis Saksamaalt või Uus-Meremaalt pärit kolleegide jaoks oli selline vaatepilt Indias Dondaicha haiglas midagi hoomamatut ja fotoaparaadid välkusid. Eks osaliselt minnaksegi missioonidele kogema midagi enneolematut, midagi, mida me igapäevasele oma moodsates haiglates enam ei kohta. Nägema haigusi ja seisundeid, mis oleksid ravi vajanud juba aastakümneid varem. Aga minnakse ka seiklushimust, soovist saada uusi elamusi nii sihtriigi meditsiinitalusest kui ka kultuurist. Usun, et ühegi turismigrupiga poleks meil õnnestunud istuda kalurikülas Gambia jõe kaldal, juua Mongoolias hobusekasvatavate jurtas kumõssi ning vägijooke, olla kutsutud Indias peredega koos lõunalauda või külastama Shahadas õhtupimeduses suhkruvabrikut. Sellised elamused on midagi, mida ühegi raha eest osta ei õnnestu. Ning sinna juurde veel meedikutele omane siiras soov teha head, aidata. Mäletan hetki Farafenni ja Takoradi haiglates, kus vanemad, kellega me küll ühist keelt ei rääkinud, suutsid miimika ja kehakeele abil näidata ülimat ja siirast tänu oma laste ravimise eest.

Mõned hetked operatsioonitoas võivad muuta lapse saatuse hoopis helgemaks. Lihtsate vahenditega saab anda patsientidele, kes on oodanud operatsioone aastakümneid, tagasi nende normaalse elu.

Sellised missioonid on väljakutseks nii otseselt kirurgilises, aga ka opitoavälises kontekstis. Kodus harjumuspärane operatsioonitoa rutiin tuleb sellistes laagrites uuesti kehtestada, mõnel pool aga ka opitoad alles rajada. Farafenni haiglas polnud viimastel aastatel korralikku operatsioonituba funktsioneerinud, need vähesed lõikused, mida Kuuba günekoloogid tegid, toimusid sisuliselt koridoris. Pärast meie missiooni lahkumist jäi sinna maha mitu normaalses konditsioonis lõikustuba ning lubadus saata järgmistel aastatel uusi kolleege toimetama, kas või lühikeseks ajaks. Euroopa haiglates vedeleb mitmel pool palju kasutamata ehk meie jaoks ka veidi aegunud meditsiinitehnikat, mis teises situatsioonis leiaks vahest oluliselt paremat kasutust. Iseküsimus on muidugi, kas arengumaal kohapeal on personali, kes oskab aparate kasutada. Oleme võtnud alati missioonidele kaasa kingitusena meditsiinivahendeid ja kulumaterjali, meditsiinifirmad on tihti lahked selliseid asju loovutama. Teiselt poolt oleme leidnud Aafrikas aga ka palju sellist, mille kohta tekib mõte, et odavam on olnud saata kogu see kraam ära arengumaadesse kui ise kodus tasuta utiliseerimiskulusid. Kingitud hobuse suhu ju keegi ei vaatavat. Aga osavate käte, veekindla teibi ja näpistangidega saab saata korda imesid, kui on vaid tahtmist ja pealehakkamist.

Enamasti on missioonide eesmärgiks ka õpetada kohalikke kolleege, jagada kogemusi ja oskusi. Opereerimine käsikäes sealsete kirurgidega, neid assisteerida on kindlasti humanitaarmissioonidel võtmetäht-

susega. Muidugi siis, kui kohapeal kirurge on. Gambias me näiteks aga kohalikke kirurge ei kohanud. Indias, kus meditsiiniline tase peaks olema kõrge, tõenäoliselt ongi, kuid tohutul maal on ka tohutud erinevused, õpetasime näiteks oma kolleegidele Shahadas opereerimist paikse tuimestusega. Kogu ümbruskonna peale oli vaid 2 kohalikku anestesioloogi, kes küll olid tublid, kuid tihti hõivatud mujal.

Iga missioon on erinev, selle eesmärgid ja tulemused on erinevad, kuid üks tunne on alati sama. Saabunud tagasi koju, saab aru, kui hästi meil kõik on, kui õnnistatud me oleme. Meil on kodu, kuhu pärast tööd minna, on võimalused, et muretseda lauale toit ning hoolitseda laste eest, on soe tuba, kus töötada, ning ilusad ja puhtad haiglad. Ning põhiline – meil on tööd, on koht, kuhu hommikul minna, ennast teostada. Paljudel inimestel maailmas sellist luksust pole.

KIRJANDUS

1. Gil J, Rodriguez JM, Hernandez Q, et al. Do hernia operations in African international cooperation programmes provide good quality? *World J Surg* 2012;36:2795–801
2. WHO Fact sheet. Migration of health workers. WHO 2010.
3. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008;372:139–44.
4. Simons MP, Aufenacker T, Bay N, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13:343–403.
5. Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles. *Hernia* 2004;8:1–7.
6. Clarke MG, Oppong C, Simmermacher R, et al. The use of sterilised polyester mosquito net mesh for inguinal hernia repair in Ghana. *Hernia* 2009;13:155–9.
7. Tongaonkar R. Preliminary multicentric trial of cheap indigenous mosquito-net cloth for tension-free hernia repair. *Indian J Surg* 2003;65:89–95.
8. Stephenson BM, Kingsnorth AN. Inguinal hernioplasty using mosquito net mesh in low income countries: an alternative and cost effective prosthesis. *BMJ* 2011;15:343.
9. Bickler SW, Spiegel D. Improving surgical care in low- and middle-income countries: a pivotal role for the World Health Organization. *World J Surg* 2010;34:386–90.
10. Shillcutt SD, Clarke MG, Kingsnorth AN. Cost-effectiveness of groin hernia surgery in the Western Region of Ghana. *Arch Surg* 2010;145:954–61.

gyri.teras@regionaalhaigla.ee