

# Toomas Sulling: spetsialiseerumiseta ei tule edu

Prof Toomas-Andres Sulling on veendunud spetsialiseerumise vajalikkuses – vastasel juhul ei toimu arengut. Kirurgia areneb aga ainult siis, kui arst saab vaid sellele pühenduda, rääkis intervjuus ajakirjale Eesti Arst prof Sulling, kes 40 aastat tagasi alustas operatsiooniga südame pärgarteritel. 15. veebruaril tähistas dr Sulling 75. juubelit.

## Milline on olnud koronaar-kirurgia areng viimase 40 aasta jooksul võrreldes ajaga, mil alustasite?

Areng on olnud huvitav, sest olen kogu oma teadliku elu sellega kaasas käinud ja ise algusest peale osalenud. 2014. aasta maikuu möödus esimesest operatsioonist Eestis 40 aastat, maailmas 50 aastat. Selle üle küll vaieldakse, millal ja kes esimene oli, ning täpset aega on raske määrata, sest nõukogude ajal info ei liikunud. Euroopa kardiokirurgia ajakirjas (*European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*) hiljuti ilmunud artiklis tituleeritakse koronaarkirurgia pioneeriks V. I. Kolesov Peterburist. Ta võttis esimesena kasutusele ühenduse rindkeresise arteriga (*arteria mammaria interna*) ning sai sellega hakkama aastal 1964.

## Miks valisite just koronaar-kirurgia?

Tollel perioodil arenes kogu maailmas, ka Eestis, südame- ja veresoontekirurgia. Prof Artur Linkberg ja prof Endel Tünderi juhtimisel arenes Tartus veresoontekirurgia, opereeriti eeskätt alajäsemete arteritel ja kõhuaordil. Tänu Linkbergile sain käia Moskvas Nõukogude Liidu ainsas meditsiiniraamatukogus lugemas võõrkeelset kirjandust ning mul tekkis ülevaade veresoontekirurgiast, seejuures ka südame veresoontekirurgiast ehk koronaarkirurgiast. Selles valdkonnas oli tehtud üksikuid operatsioone ja enamik neist oli lõppenud halvasti. Sisuliselt oli ka koronaarkirurgia veresoonte operatsioon, kuid seda tuli teha südame enda veresoontel.



Oli vaja tunda ka südamekirurgiaga seonduvat.

Tõeline koronaarkirurgia sai alguse alles 1967. aastal, kui Argentina kirurg René Favoloro tegi USAs esimesed operatsioonid. Erandi moodustas ainult Vassili Kolesov, kes juba 1964. aastal tegi esimesena maailmas rindkere seinalt võetud arteri ja südame pärgarteri vahel ühenduse. Sain aru, et esialgu rumalusest tehtud otsus hakata tegelema koronaarkirurgiaga osutus siiski perspektiivikaks, kuigi tol ajal erakordselt raskeks. Mul vedas ka sellega, et sain külastada Kolesovi kliinikut ning näha, kuidas ta operatsioonid toimusid. Vahemärkusena tuleks siin lisada, et Kolesov oli niivõrd suur pioneer nii maailmas kui ka Nõukogude Liidus, et Nõukogude Liidu kardiokirurgia ühing teatas ametlikult, kuidas ta operatsioon ei kõlba kuhugi ning selle tegemine tuleb lõpetada. Kahjuks hiljem juhtuski nii,

et operatsioonide tegemine lõpetati mõneks ajaks.

## Kuidas Teie esimese operatsiooni jõudsite?

Ega see eriti kerge olnudki. Tuli alustada kõigega, nii diagnostika kui ka kirurgiaga, absoluutsest nullist ning selleks kulus kümme aastat. Oli vaja luua oma meeskond ja materiaalne baas, mis meil siiski selle kümne aasta jooksul lõpuks õnnestus.

Meeskond oli algul väga noor, me olime isegi üliõpilased. Mulle tuli appi Villu Mölder, kellega koos hakkasime juba tudengipõlves tegema ettevalmistusi koronaaroperatsiooni juurutamiseks. Alustasime sellega, et oli vaja saada ülesvõtte südame pärgarteritest. Selleks tegime arvukaid loomkatseid, aga samuti uurisime võimalusi viia operatsioon läbi südame pärgarteritel (samuti katseloomadel). Meiega liitus Jaak Maaros, kes endise spordimehena pühendas end südame isheemiatõve mitteinvasiivsele diagnostikale, tehes koronaarhaigetele koormusteste, samuti oli tema ülesandeks haige monitooring. Tänu prof Linkbergile ja minister Arnold Koobile, kes oli hiljem ka rektor, sai muretsetud kaasaegne aparatuur koormustestide tegemiseks ning hiljem ka röntgeniaparatuur südame pärgarterite pildistamiseks. Meiega liitus kursusekaaslane Rein Teesalu, kes hakkas tegelema südamehaigete anesteesia ning kunstliku vereringega. Ta tegi ära suure töö. Talle sekundeeris noor kolleeg Ats Planken. Lisaks neile andekatele noortele meestele aitas meid hulk noori tohtreid ja tudengeid. Kõik nad töötasid ühel eesmärgil – juurutada meil koronaarkirurgilised

lõikused, mis mujal maailmas juba edukalt arenesid. Kolmest meie meeskonna liikmest said hiljem arstiteaduskonna professorid (Rein Teesalu, Jaak Maaros, Jaan Eha).

Minu enda jaoks oli tähtis juhus, et Kolesov sai 1969. aastal Siemensi röntgeniapaadi, kuid tal ei olnud kedagi, kes oleks osanud sellega südame pärgartereid angiograafiliselt uurida. Mul jätkus julgust küsida, kas ma võiksin tulla tema juurde masinale tööle, kuigi minu kogemus piirdub ainult koertel tehtud uuringutega. Olin samalaadse röntgeniapaadiga teinud uuringuid Tartu Veterinaaria-instituudi lehmafarmis, kus sellega uuriti lehma udarat masinlõpsi ajal. Meil haiglas sellist aparatuuri ei olnud. Vaatamata kõigele nõustus Kolesov mind enda juurde võtma, et juurutada neil koronarograafia meetod.

Kõik läks hästi ning juurutasingi Kolesovi kliinikus selektiivse koronarograafia meetodi pärgarterite kahjustuste uurimiseks. Uuringute käigus tüsistusi ei esinenud. Minu jaoks oli tähtis ka see, et nii sain kiiresti kokku materjali oma doktoritööks „Koronarograafia kroonilise südame isheemilise tõve diagnostikas“, mis oli Nõukogude Liidus esimene koronarograafia-doktoritöö. See andis mulle kogemuse, mida aasta hiljem Tartus kasutada sain, sest algul pidid tegema ja tegid koronarograafiat kirurgid.

Paralleelselt diagnostika arendamisega olime 1974. aastaks teinud ka väga palju loomkatseid, et tehniliselt hakkama saada tolle aja kohta keerulise operatsiooniga ning selle tulemusena saime arstiteaduskonna dekaani Ernst Raudami ja aseministri Endel Kama loa operatsiooniks. Nõusoleku andis ka Tartu peakirurg prof Ants Rulli. Ainult vabariigi peakirurg lisas, et opereerija peab oskama ka magu lõigata. Leppisime kokku dr Karl Kulliga, kes oli suure kogemusega kirurg ja tundis hästi ka veresoontekirurgiat, et tema on nõus meid esimese operatsiooni tegemisel aitama.

Kui olime dr Kulliga harjutanud 40 katseloomal, siis 1974. aasta maikuus tegimegi esimese operatsiooni. Tollal

ei peetud meid operatsioonitööst vääriks ning tegime lõikuse ühes palatis. Kuna esimene operatsioon läks hästi, siis tehti üks n-õ lahti ning saime hakata lõikust regulaarselt tegema normaalsetes tingimustes. Sai ka selgeks, et palatis on südamelõikust liiga raske teha.

Esimesed 12 operatsiooni tegime töötaval südamel, me ei julgenud Nõukogude Liidu kunstliku vereringe aparati eriti kasutada, sest see lihtsalt ei töötanud. Kui kunstliku vereringe aparaat Tartu ülikooli töökojas ümber ehitati, saime opereerides hakata kasutama südame seiskamist ja kunstlikku vereringet, mis oli kirurgile palju mugavam.

Meie tööd tunnustati ENSV riikliku preemiaga 1985ndal ja Nõukogude Liidu teaduspreemiaga 1987. aastal. Meie hea töö tunnustus oli ka see, et 80ndate lõpul opereerisime lepingu alusel üle 100 haige Soomest, mis tolle aja kohta oli nii Soome kui ka meie jaoks suur erand.

Alates 1998. aastast juurutasime uuesti koronaroperatsioonid töötaval südamel, sest nii oli võimalik vältida tüsistusi, mis võisid kunstliku vereringe kasutamise ja südame seiskamisega seoses tekkida. Nii oleme viimase 15 aasta jooksul enamiku operatsioone teinud töötaval südamel. Selle tulemusel vähenes opereeritud patsientide suremus rohkem kui kaks korda ning jõudis 1% lähedale.

### Millised on koronaarkirurgias praegu aktuaalsed probleemid?

Aktuaalseid küsimusi on praegu kaks. Esiteks kestab juba pikemat aega kirurgide vahel äge arutelu, milline operatsioonimeetod on parem: kas teha koronaroperatsioon kunstliku vereringega ja seisatud südamel või töötaval südamel ilma kunstlikku vereringet kasutamata. Tulemused on olnud vastakad. Osa kirurge ja keskusi teevad oma operatsioonid töötaval südamel, saades selle juures paremaid tulemusi, kui kunstlikku vereringet ja südame seiskamist kasutades. Enamik kirurge aga teeb operatsioonid seisatud südamel, viidates seejuures uuringutele, kus

töötava südamega tehtud lõikuste puhul on tulemused samasugused või vahel isegi halvemad. Unustatakse aga, et kirurgid ei vullanud uut operatsioonimeetodikat töötaval südamel, mis ongi selliste tulemuste põhjus.

Möödunud aastal tegid Ameerika kirurgid, ka need, kes soovitasid loobuda operatsioonist töötaval südamel, ühise avalduse, et on vaja õpetada noori kirurge opereerima töötaval südamel. Tehakse ju paljudes keskustes nii Ameerikas kui ka Euroopas koronaroperatsioone töötaval südamel väga edukalt. Jaapanis on koronaroperatsioon töötaval südamel riiklik standard. Tallinnas on viimastel aastatel tehtud 60–80% koronaroperatsioonidest töötaval südamel.

Teine probleem on seotud asjaoluga, et südame verevarustust võib parandada ka pärgarterite laiendamise ja stentimisega. Kumb meetod on parem ja millisel haigel? See küsimus pole veel lõplikult lahendatud, kuid on selge, et eriti raskete kahjustuste korral on kirurgiline ravi edukam.

Rahvusvahelistes ravijuhendites on keerulistel juhtudel soovitatud kasutada nii-öelda *heart-team*'i, mis koosneb koronaarkirurgist, invasiivkardioloogist ning patsienti ravivast kardioloogist. Nemad koos peaksid tegema lõpliku otsuse ja seda pakkuma patsiendile, kel oleks võimalik teha informeeritud otsus. Kahjuks meil see koostöö ei ole veel hästi arenenud.

### Kuidas te noori endale võrdväärse järelkasvu mõttes hindate?

Oo jaa, nad on olemas ja nad on paremad, kui olime meie. Tahaks siin eriti esile tuua dr Margus Alveri ja dr Holden Vähi. Probleem on selles, et neid on vähe. Kardiokirurgiks ei taheta enam nii kerge käega hakata.

### Miks? Raske on?

Karta on, et see on põhjus. On käidud vaatamas ja ära mindud. Minu arvates oleks praegu vaja noori kirurge nii Tallinnas kui ka Tartus, sest haigeid on ja võiks rohkem opereerida. Kirurgide

töökoormus on liiga suur. Kunagi sain aru, et pingutasime üle, kui aastas isegi 650 löikust tegime. Väljapääs oleks, kui noored asja vastu rohkem huvi tunneksid.

### **Ütlesite, et patsiente tegelikult jagub. Kuidas hindate, milline on patsientide olukord praegu, arvestades seda, et piirid on lahti ja nad saavad ka mujale ravile minna?**

Kuna meie tulemused koronaarkirurgias on väga head, siis nad ei peaks sinna minema. Need on tõesti üksikud, kes on läinud.

Meil on Euroopa mastaabis üks suuremaid kogemusi töötaval südamel just erakorralises olukorras, infarkti algstaadiumis, ja ka infarkti komplikatsioonide korral.

Üldiselt on löikus töötaval südamel rutiin. Mujal valitakse, kas löikust teha või mitte. See ei ole õige – kui teha vähe, siis parem üldse mitte. Löikus on küllaltki tehniline ja seda peaks tegema vähemalt sada aastas, vastasel korral pole kirurg tasemel või nii-öelda pole vormis. Üks töötava südame löikuste korüfee, Ameerikas Atlantas tegutsev ungari päritolu John Puskas ütles, et see operatsioon pole mitte iga kirurgi ja iga patsiendi jaoks. Mina vaidleksin talle siiski vastu – see on iga kirurgi jaoks, kui ta tahab seda teha. Kirurg peab olema motiveeritud, et uus tehnika ära õppida, seda oma patsiendi huvides. Ma ei näe ka põhjust, miks peaks patsiente valima, kellele löikust teha ja kellele mitte – meie oleme teinud kõikidele.

### **Kas mõnel riigil on kogemus, kellelt meil veel midagi lisaks õppida oleks?**

Ma ei näe, et meil siin midagi põhimõttelist juurde õppida oleks. Dr Margus Alveriga käime konverentsidel ja meile näib, et meil on raskemad haiged. Näiteks ägeda infarkti korral teevad löikust vähesed.

### **Kas olete proovinud kokku lugeda, mitu löikust olete teinud?**

Umbes 4000 ringis. Arvan, et pea pool sellest siis töötaval südamel. Võin saja või paariga eksida, ma pole neid kokku lugenud, aga suurusjärk on selline.

### **Millised on olnud kõige meelde jäävamad või erilised?**

Neid ikka on. Kuna mu lemmikteema on seotud ägeda infarktiga, siis meenub mõne aasta tagune juhtum, kus haigele oli korra stent pandud, aga valud ei andnud järele ning progresseerusid. Kohalik arst suunas patsiendi meile. Siia jõudes olid tal tugevad valud ning kahtlus, et infarkt käimas. Kiirelt tehti elektrokardiogramm ja see vastaski tõele. Operatsioonituba ei olnud veel päris valmis, saime sinna kohe sisse, pilt oli õnneks olemas.

See oli huvitav juhtum, sest oli selge, et äge infarkt areneb, oli näha, et vererõhk hakkas kukkuma, patsient oli šokis. Kui saime patsiendi operatsioonilauale ja ühe šundi tehtud, oli seda liiga vähe ning süda jäi seisma. Seda oli tegelikult ka ette näha. Läksime kiiresti üle kunstlikule vereringele südamemassaaziga. Masseerides tunnetad, milline süda on ja see tundus kuidagi lõtv. Tekkis tunne, et see süda ei tule välja, kuigi üks šunt sai pandud. Teised arterid said kunstliku vereringe kaitse all ära tehtud ning siis võttis süda ise järele ja taastus ilusti. Haige läks koju nagu peaaegu tavaline haige. See andis hea enesetunde, et tõime haige tagasi sealt, kust ta ilmselt oleks ära läinud. Ta oli juba šokis ja teda saigi aidata ainult operatsioon, jõudsime veel viimasel hetkel. See oli õnnelik juhus, et ajastus oli õigeaegne ja kõik klappis – pilt oli olemas, seda ei oleks jõudnud teha, vaba operatsioonituba oli ka olemas. Selliseid juhtumeid on ka varem olnud, kuid see on eriti meeles. Võib-olla seetõttu, et tegu oli mu enda viimase šokihaiuga, keda sel viisil opereeritud sai.

Koronaarkirurgia on selles suhtes hea tagasisidega: aitame haiget, teeme ta korda, ta saab oma elu ja tegevust jätkata, sageli aastakümneid. Rekord on 34 aastat. Muidugi jääb patsient lupjumisega võitlema, et põhihaigus

ei süveneks, aga võime talle kümneid aastaid elupikendust ja teistsugust elukvaliteeti anda.

### **Kui tulla natuke spetsiifilisemast teemast kõrvale, siis milline on praegu teie enda lemmikvaldkond kardiokirurgias või kardioloogias üldisemalt, mille arengusuundumusi jälgite?**

Kõike seda jälgida ei ole võimalik, minu lemmikteemaks jääb ikka koronaarkirurgia ja seda töötaval südamel. Vaevu jõuab oma erialal hoida end teadmistega tasemel. Ma ei pea teadma ainult kirurgiat, vaid ka seda, kuidas ravib haiget invasiivkardioloog, milliste tulemustega. See materjal on üüratu, mida peab teadma. Töö kõrvalt ei jõua seda keegi läbi töötada, et kõiki nüansse jälgida.

2013. aastal ilmusid Ameerika kardiokirurgide ajakirjas kahe tunnustatud arsti arvamused. Üks ütles, et hääletab põhjendatud spetsialiseerumise poolt, teine ütles, et tema on vastu. Mina pooldan esimest: kui oleksin hakanud muude asjadega tegelema, poleks reaalne, et oleksin hakanud tegema operatsioone töötaval südamel. Pean täpselt teadma kõiki detaile, eriti meie tingimustes, kus tuleb musta tööd palju ise teha. Südamekirurgid pidid alguses kõike tegema, pikkamööda on kõik läinud oma suunas. Areng jätkub, sest teisiti ei saa, teadma peab palju rohkem. Arvan, et spetsialiseerumine on vajalik, muidu arengut ei toimu.

### **Millised on teie edasised plaanid?**

Jätkan Kanada juhitud suurimas rahvusvahelises teadusuuringus, kus võrreldakse koronaaroperatsioonide tulemusi sõltuvalt sellest, kas operatsioon tehakse töötaval südamel või mitte. Tahaksin ka oma 15 aasta pikkuse kogemuse töötaval südamel tehtud operatsioonidega ära analüüsida ja selle põhjal raamatu kokku panna. See võtab veel aastakaks aega. Sooviksin veel jätkata ka konsultandina.