

Dr Ants Kass: lõikused on nagu sport – mida rohkem harjutada, seda paremaks läheb

Eelmisel aastal Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) tunnustuse *Grand Man* pälvinud dr Ants Kassi teatakse ühe nüüdisaegse artroplastika juurutajana Eestis, ta on paigaldanud üle 6440 proteesi. Teda intervjueris Eli Lilles.

Kuidas Teil tekkis huvi artroplastika vastu?

Kirurgiks saada tahtsin juba ülikooli ajal. Lõpetasin ülikooli spordiars-tina, kuna tegelesin noorteklassis arvestataval tasemel kergejõus-tikuga ja läksin spordimeditsiini õppima. Stuudiumi ajal tekkis huvi traumatoloogia vastu. Pärast ülikooli lõpetamist tegin Tallinna keskhaiglas internatuuri üldkirurgina ja alustasin seal ka traumatoloogias valvete tegemist. Artroplastikat tol ajal märkimisväärselt ei tehtud.

1980. aastal läksin traumatoloogina tööle Mustamäe kiirabihaig-lasse, kus 1980ndate keskel loodi rindkeretraumatoloogia osakond. Sain selle juhatajaks ning osakonna töö spetsiifika tõttu tuli opereerida ka südamevigastusi, kuid mõne aja möödudes profileeriti osakond haigla töökorralduse muutudes ümber.

1980ndate lõpus avanes võimalus Soome tööle minna. Seal töötades tekkis sügavam huvi artroplastika vastu ning sain sellel alal põhja-liku ettevalmistuse. Kui pärast augustiputši Eestisse tagasi tulin, soovisin sel alal Eestis jätkata. Tol ajal kasutati Nõukogude Liidus kohalikke täismetallist proteese, mille kvaliteet ja tulemused jätsid soovida. Kõik sel ajal artroplastikaga alustanud haiglad Eestis hakkasid kasutama lääne proteese. Neid ei tellitud tsentraalselt ning sageli tuli haige oma hangitud proteesiga operatsioonile, kuigi möödud ei pruukinud sobidagi. Nüüd käib kõik haigekassa kaudu ja tänu olemasole-

vale laole on haigele sobiv protees operatsiooniks kohe võtta.

Viimased neli aastat olen tege-lenud ainult artroplastikaga.

Kuidas on valdkond muutunud 25 aastaga?

1990ndatel alustasime puusapro-teesidega, 1994. aastal põlvepro-teesidega, veel hiljem lisandus öla-protees ja 1999. aastal küünarlii-gese protees. Märkimisväärselt on kasvanud operatsioonide arv aastas. Kui algusaastatel tuli peamiselt vahe-tada puusaliigest, siis praeguseks on puusa- ja põlveoperatsioone peaaegu võrdselt. Nii protees, proteesi valmis-tusmeetodid kui ka lõikustehnikad on pidevalt täiustunud.

Nii nagu mujalgi, pannakse meil kõige rohkem puusa- ja põlvepro-teese, järgnevad õlg, küünarliiges, ranne, hüppeliiges, sõrmed. Naisi-mehi on enam-vähem võrdselt, samuti paremaid-vasakuid pooli.

Minul on olnud patsiente vanusevahemikus 17–94 aastat. Vanust vaadates on patsiendid järjest nooremad, kuna valdkond on arenenud ja ilmselt pöörduakse ka varem arsti poole. Eks see sõltub ka arstist. Mõni ootab viimase hetkeni, kuid mina olen seda meelt, et kui on näidustus, tuleks lõigata. Näiteks puusaliigese puhul vähenevad valu tõttu lihaskõhjud ja liigutusamplituud, lihase atrofia tekkides on lõikuseks juba hilja.

Pärast lõikust saab töötav inimene tööle tagasi minna ja teenib talle kulutatud raha kiiremini tagasi. See on ka ühiskonnale kasulik ja inimene on tegusam.

Ma ise põhimõtteliselt ei poolda hüppe- ja randmeliigese proteese. Seni pole maailmas piisavalt head proteesi, et asendada looduslikult antud biomehaanikat, mis näiteks põlve- ja puusaliigese puhul on õnnestunud välja töötada. Nende liigete puhul tuleks sekkumisega oodata, kuni kannatab, ning siis on parem juba liiges jäigastada. Valutu ja liikumatu oma liiges on parem, kui liikuv ja valulik kunstliiges, sest proteesid ei võta valu ära. Olen ka sõrmi vahetanud, kuid enam sellega ei tegele.

Millised on proteeside ja operatsioonitehnika erinevused?

Eestis kasutatakse peamiselt USA, Saksamaa, Inglismaa, Austria ja Prant-susmaa toodangut. PERHis kasutame põhiliselt Ameerika proteese. Kasu-tatakse erinevaid lõikustehnikaid, mille tingib vastavale proteesile sobiv instrumentarium. Mind ennast huvitab kõige rohkem võimalikult vähene kudede kahjustamine ja seetõttu kasutan nn miniinvasiivset tehnikat. Iga-aastased kongressid, konverentsid, kohtumised kollee-gidega kogu maailmast ja erialase perioodika lugemine aitavad uuen-dustega pidevalt kursis olla.

Viimased neli aastat olen kasu-tanud mujal maailmas väga levinud nn kiire taastumise või kiire mobi-lisatsiooni kirurgiat (*fast track surgery*), kuid see pole meil veel kahjuks levinud.

Meetod on alguse saanud sooleoperatsioonidest ning hiljem kandunud teiste erialade prakti-kasse, näiteks kardiokirurgiasse.



Dr Ants Kass

Foto: Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Haigetele on meetod kasulik: haige tõuseb pärast operatsiooni juba umbes nelja tunni möödudes ja teeb esimesi samme. Haige kiirem taastumine lubab tal ka varem haiglast lahkuda, andes kiiremini voodikoha võimaluse järgmisele patsiendile.

Teiega seoses on mainitud kadaavrikursuste osa meditsiini arengus. Kas räägiksite lähemalt, mida need endast kujutavad?

Kadaavrikursusi korraldab firma Zimmer. Neid on korraldatud Pariisis, Innsbruckis, Budapestis ja Viinis. Mina osalesin nende sellisel kursusel Budapestis ning firma esindajaga tekkinud kontakti tulemusel saime eetikakomitee loa korraldada selliseid kursusi ka Tallinnas. Selleks tuli remontida patoloogiaosakond, aga seda tehti kursustest huvitatud Zimmeri kulul.

Üleuroopalised kursused uute proteeside panemiseks ja uute meetodikate õpetamiseks algasid

2003. aastal ning kestsid 2007. aasta pronksiööni. Igal aastal toimus kolm kahepäevast kursust. Pärast seda tuli Ameerikast nõue siduda kursused ülikoolide õppehaiglatega, kuid Biomedikum oli väike, Zimmeri proteese Tartus ei kasutata, Tartuga puudus ka lennuühendus ja nii jäi teema katki.

Kursused olid kasulikud, kuna sealt tuli kogu innovatsioon. Juba tollal teadsin, et tulekul on uus protees, mis jõudis 2013. aastal ka turule. Kursuste käigus kasutati uudseid instrumente, mis ei olnud veel turul, kuid sain neid oma töös juba kasutama hakata. Sellise protsessi sees olemine oli väga kasulik. Kahjuks see lõppes, kuid sain uut infot kolleegidega jagada.

Ühes varasemas intervjuus tõite välja, et peale tulevad üha uued asjad, mida tahaks proovida. Millised on olnud võimalused ja mida tahaks veel proovida?

Erilisi meditsiinilisi soovide ei olegi, olen palju näinud ning proteeside valdkonnas ei ole viimaste aastatega nii palju muutusi toimunud. Välja arvatud kasutusele võetud trabekulaarmetall, mis on minu meelest üldse üks ortopeedia parimaid leiutisi. Trabekulaarmetall on tantaalist struktuur, mis meenutab konsistentsilt väga spongioosset luud, luu kasvab sinna sisse. Olen selle kasutusele võtnud revisjonide korral ja kasutan ka põlveproteesi säärekomponendil, ei pea enam kasutama laibaluid, mille puhul tekivad näiteks immunoloogilised probleemid.

Mitu proteesi olete üldse pannud?

Minu eesmärk ei ole olnud rekordit teha või olla kõige rohkem proteesilõikusi teinud kirurg, vastupidi, tahaks oma kogemust ka kellelegi teisele edasi anda. Täpne arvepidamine on tulnud tänu sellele, et varem polnud arvuteid. Soomest sain kombe kõik paberile kirja panna: haige nimi, vanus, haigusloo number, operatsiooni kuupäev, vasak-parem pool, milline protees. Sellest ajast jäi harjumus, kuna haigeid on pärast operatsiooni vaja ka jälgida. Nüüd on info arvutis olemas, kuid harjumusest arhiveerin ka paberile.

Hetkeseisuga (2016. aasta jaanuari lõpu seisuga – toim.) olen teinud 6440 lõikust. Ega see arv muu maailmaga võrreldes väga suur ole. Näiteks Peterburis Vredeni haiglas tehakse 5500–6000 proteesiooperatsiooni ainuüksi aastas, kuid ka tegijaid on seal palju.

Haigekassa lepingumahust teen üle poole ehk 350–380 proteesilõikust aastas. See teeb umbes paar lõikust päevas. Lõikustega on nagu spordiga – mida rohkem harjutada, seda paremaks läheb. Arstiks kasvamine nõuab ju teatud kogemust. Öeldakse, et meistriks saamine nõuab 10 000 tundi tööd – ei ole nii, et eile lugesin, täna assisteerin, homme teen. Lisaks peab arstil olema elukogemust.