

Peep Talving ei peatu kunagi

2013. aastal Ameerika Ühendriikidest Los Angelesest oma sünnimaale naasnud traumakirurg Peep Talving on toonud Eestisse palju uut ning muu hulgas asunud ehitama silda Tartu ja Tallinna vahel. Möödunud aastal tohtrile antud aasta meditsiinimõjutaja ja aasta arsti tiitel ei tule seejuures ilmselt kellelegi üllatusena – Talving on kahtlemata mees, kes on valmis maailma muutma ega anna alla ka siis, kui tema teele satuvad takistused. Peep Talvingut intervjueris Med24 toimetaja Marina Lohk.

Möödunud aastal pälviste korraga kaks suurt tunnustust. Kas võib öelda, et olete siinkohal tänu võlgu oma välismaal omandatud kogemustele?

Kindlasti on seal see komponent, et ma olen toonud midagi uut, teadmistetihedat, aga võib-olla, et ka entusiasmi ja tegemise tahet residentidele ja tudengitele. Teiseks, mul on olnud prioriteet, et ma olen seal, kus on erakorralised traumahaiged – kaks kolmandikku Eesti rahvast teenindatakse Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (PERH) ja üks kolmandik Tartu Ülikooli Kliinikumis (TÜK).

Nii et enamik haigeid on Tallinna piirkonnas, aga Tartus on akadeemiline külg ja minu jaoks on teadustöö tegemine, residentide, tudengite õpetamine niisama tähtis kui haigete ravi. Võib-olla andis selline kombinatsioon mulle natuke laiemat baasi, nii et need tunnustused tehtu eest tulid korraga.

Ma olen üritanud viia kokku selle, kus on alati olnud väike kraav kahe linna vahel, sest seal Mäo kandis peaks olema kraavi asemel suur sild. Sellel ajal, kui mina alustasin tööd Eestis, kirjutasid Tartu Ülikooli rektor Volli Kalm ja regionaalhaigla juht Tõnis Allik alla partnerluslepingule, mis on päris suur samm.

Lisaks sillana TÜKi ja PERHi vahel töötamisele tõin ka uut teadmist traumaja erakorralisse kirurgiasse. Erakorralises kirurgias ei olnud siin varem raviprotokolle, ravijuhendeid ega sihipärast süsteemi. Uute haigete detailsed hommikused raportid kaasuvate haiguste, haige vanuse, anamneesi, kompuutripildi kohta olid siin pinnapealsed ja puudulikud, sest siin käis telefon lihtsalt käest kätte – „Mul on siin see, teine, kolmas ... ma lähen,“ oli raporti formaadiks. Aga nüüd on see äkitselt protokollitud, standarditud, meil on meeskond, mis tegeleb



Peep Talving

ainult nende erakorraliste ja kriitiliste kirurgiliste haigetega.

Tavaliste erakorraliste patsientide käsitlemise kohta ei ole kunagi olnud ravijuhendeid ja neid me hakkame nüüd looma koos noore kolleegi Karl-Gunnar Isandiga. Need on tavaliste kirurgiliste haiguste ravijuhendid. Näiteks ussripikupõletiku puhul võib olla vahe – on mitu uuringut, mis näitavad, et haavainfektsioone on vähem, kui patsienti opereeritakse kuue tunni sees. Samamoodi on teaduspõhised ravijuhendid vaja teha soolesulguse, sapipõiepõletike kohta, mis on meie tavaline ampluaa erakorralises meditsiinis. Trauma kohta samuti. Nii et see kõik on tulemas.

Paljude nende ravijuhendite tegemisel võib süvitsi teadusesse vaadates leida, et mõne asja kohta ei olegi nii palju infot ja ehk saaks ise mõne uuringu käima lükata. Meil on terve valim asju, mida me hakkame oma

grupiga kokku panema. Neid ravijuhendeid tuleb viis-kuus.

Nii et nendest vajadustest lähtuvalt on tekkinud ka teadustööd?

Just, sest teadustöö lihtsalt peab olema, mina teistmoodi ei saa. TÜKis ja ülikoolis ei olnud ju ka erakorralist kirurgiateadust, kuid ma lõin erakorralise kirurgia teadusgrupi, kus on 10–12 noort inimest. Meil on käimas paralleelselt hulk projekte ja nüüd tuleb uusi juurde. Eelmisel aastal avaldasime kaks artiklit.

See kõik tähendab minu jaoks päris palju tööd nädalavahetustel ja öhtuti, aga mul on tublid inimesed: Sten Saare, Juhan Laos, Andrus Lomp, Ingrid Merioja, Indrek Soosaar, Anu-Liis Laar, Maksim Sikorjanski, Vladislav Mihnovits, Rimmas Shalkauskas, Mari Einberg, Karl Konkar ja palju uusi säravsilmsid tudengeid, kes koguvad andmeid ja korraldavad grupi teadusasju. See on uus generatsioon, kes muudab Eestit. Sest inimesi, kes on harjunud rahulikult olema, neid ei muuda. Aga noori on võimalik muuta ja see on parim tagasiside, mida tööst saan.

Paljude ravijuhendite puhul kas tõlgitakse või kohandatakse välismaa omad. Kas siin võib minna vastupidi, et teised hakkavad vaatama Eesti juhendeid?

Eks meie vaatame ka neid ja kindlasti võtame komponente ravijuhenditest, millel on hea tõendus põhjus. Aga näiteks ägeda ussripikupõletiku kohta ei ole Euroopas ühtegi head ravijuhendit. On olemas Cochrane'i süstemaatiline ülevaade, kas anda antibiootikumi ussripikupõletiku korral ja vastus on: jah, anda. Aga pole paigas, kas anda seda tüsistuste riski maandamiseks enne lõikust, lõikuse ajal või pärast lõikust. Nii et seal on palju aspekte, mis vajavad täpsustamist.

Seega, kui me teeme head ravijuhendid, siis võib-olla võetakse need mujal üle.

Töite hiljuti Eestisse *Advanced Trauma Life Support*'i ehk ATLS-koolituse. Miks on see Eesti jaoks oluline?

Eurostati 2010. aasta andmete põhjal on Eesti Euroopa liikmesriikidest teisel kohal väliste surmapõhjuste poolest. Trauma on suur tapja, ta on esimene surmapõhjus eluaastates 1 kuni 44 – noored inimesed ei sure tavaliselt vähki või insulti, vaid nad lähevad langevarjuga hüppama, kihutavad rattaga ilma kiivrita ja elavad riskantset elu.

Seejuures ei olnud Eestis seni süstematiseeritud kuldse standardi traumakoolitust.

See on trauma esimene tund – *the golden hour* –, kui on veritsev elund, milles saab verejooksu sulgeda, või kui on tarvis ravida rasket ajuvigastust, päästa inimese elu, selleks peab selle tunni aja sees olema oskus teha õigeid asju õigel ajal. Ja ATLSi printsiibid on väga lihtsad – kõige tähtsam on tagada avatud hingamistee, siis peab tagama gaasivahetuse kopsudes, siis tuleb veritsuse kontroll ja vereringe toetamine, seejärel närvisüsteemi vigastuse ja lõpuks kehatemperatuuri kontroll. Nii et see on väga standarditud meetod, kuidas käsitleda traumahaigeid. See peaks olema nii, et kui te sisenete elustamisruumi, on kõik oma positsioonidel, kindad käes, ja nii kui haige saabub, hakkab see haigele parim orkester mängima.

Eestis ei ole paljud veel ATLS-koolitust saanud, aga ma kujutan ette, et kümne aasta pärast räägivad kõik ühtemoodi ja raporteerivad telefoni kaudu: „Mul on siin üks traumahaige, ilma kaasuvate haigusteta, 45aastane mees, kes on kukkunud viiendalt korruselt alla. Tal ei ole A-probleeme, tal ei ole B-probleeme, aga C on meie suur probleem, me oleme peatanud veritsuse põrnas, tehes laporatoomia. Vaagnatrauma vajab emboliseerimist, D-probleeme tal ei ole, E on ka ok.“ [A – *airway*, B – *breathing*, C – *circulation*, D – *disability*, E – *exposure* – M. L.] Me saame kõik aru, mida ta räägib. Kõik hakkavad mõtlema ühtemoodi ABCDE-printsiipidel ja see on suur asi.

Kui paljud arstid on praeguseks ATLS-koolituse läbinud ja kes nad on?

Praegu on Eestis 48 ATLSi läbinud arsti. Need on kõik, kes traumaga kokku puutuvad, ja see võib olla ka perearst, eriti sellistes perearstikeskustes nagu Orissaares, kus lähim haigla on Kuressaares ja piirkonnas on sõitnud näiteks lapsest auto üle ja perearst on kõige lähemal, et anda esmast ravi. 60 protsenti traumasurmades toimub just haiglaeelses etapis, mis on ka väga oluline.

Ka radioloogid peavad samamoodi traumahaige esmakäsitluses all elustamissaalis tegema õigeid otsuseid. Ja näiteks günekoloogid – kas nemad peaksid välja jääma? Ei, võtame näiteks raseda trauma. Tuleb ema eluvõimelise lootega ja siis peab ka sünnitusabi andev arst aru saama, miks kõigepealt ei tehta üht või teist, vaid tagatakse ennekõike ema hingamine ja verevarustus – kui emal on kõik hästi, on tavaliselt ka lootel hästi.

Kui emal on asjad kehvasti, siis on loode juba ammu keivas olukorras, sest platsenta on uskumatult tundlik stressihormoonide nagu noradrenaliini ja adrenaliini suhtes. Kui ema on stressis ja tema vererõhk on madal pärast rasket traumat, liiguvad ringi stressihormoonid ja platsenta veresooneid on kokku tõmbunud ning loode hapnikuvaeguses, kuigi emal ei pruugi veel olla märke raskest seisundist. See veri, mis antakse emakoogist tagasi emale, platsentaarne autotransfusioon, et ema trauma üle elaks, võtab veelgi verevarustust lootelt ära. Ja sellest johtuvalt peab emaga tegema õiged asjad õigel ajal, et ei tekiks hapnikupuudust lootel. Ja sellepärast peab ka günekoloog ja sünnitusabiariist tegema ATLSi.

Mida olete veel välismaal õpitustkoigetust Eestisse toonud või plaani-te Eestis rakendada?

Mul on plaanis Eestisse tuua ASSET-koolitus – see on üks Ameerika kirurgide liidu koolitus. Probleem on aga selles, et see kursus käib kadaavermudelitel, laipadel ja neid on siin vähe ning seadus on restriktiivne, kuigi seal on uskumatult palju õppida.

Ma olin Los Angeleses USC (University of Southern California) ülikooli värske koe labori direktor ja LAs on 2000 ilma omasteta surnukeha aastas – inimesed, kes on kodutud, asotsiaalsed. Osariik matab nad, aga enne seda võivad residendid ja tudengid kasutada kehasid eetiliseks anatoomia- ja kirurgiaõppeks. Mitte ühtki jalga ei amputeerita, mitte ühtki pead ei võeta otsast ära. Mina tunneksin ennast palju kindlamana, kui resident on pannud surnukehal kümme tsentraalveeni kanüüli ja siis paneb minul, kui et ta paneb minul esimest korda ja anestezioloog kõrvalt ütleb, et kuule, lükka natuke sinnera poole, muidu äkki läheb nõel kopsu.

Teine koolitus, mida on kergem tuua, on DSTC (*Definitive Surgical Trauma Care*) – see on kolmepäevane traumakoolitus kirurgidele. See, mida tehakse ASSET-koolituse raames surnukeha peal, tehakse DSTC puhul seamudelil; pluss päris ulatuslik teoreetiline õpe juurde. Praegu ostab kaitseväge seda Rootsist, aga kui me toome selle siia, siis saame seda ise teha. See on järgmine projekt.

Mis on olnud Teie karjääri jooksul kõige raskem?

Raskeid kohti on olnud nii mõnigi. Üks on olnud doktoritöö kirjutamine, kaitsmine. See oli päris suur verstaapost.

Siis – olla eurooplasena ja suhteliselt mittekoogenud traumakirurgina Kaplinna haiglas Lõuna-Aafrikas esimesed kaks ööd üksinda valves. Kui mõtled, et kõik võib tulla – sinna võib tulla rase, kellel on lastud kolm kuulihaava kõhtu; seal võib olla kuulihaav kaelast läbi, kus on unearterid ja söögitoru ja sul ei ole täpselt aimu, kuidas seda kõike ära teha. Ja sa seisad seal ja sa loodad ainult, et nad tuleksid ükshaaval, ja küll ma hakkama saan ja siis ma õpin, kuidas paremaks saada. Ja siis, kui nad on ühe ringiga ära käinud, siis ma olen näinud. Ja teine kord oled juba palju tublim, kolmas kord õpetad juba kedagi teist.

Need esimesed ööd traumavalves Groote Schuuri haiglas, mis on kuulsaks saanud 1967. aastal tehtud esimese südamesiirdamisega, olid rasked. Seal oli ju 18 000 traumahaiget aastas, kui regionaalhaiglas on umbes 140 rasket traumahaiget aastas. Seal tuleb neid 50 tükki iga päev ja 60 protsenti neist traumadest oli sellel ajal põhjustatud teravtraumast – nuga või kuul. Need olid päris rasked ajad alguses, aga seal oli nii palju muud, mis kompenseeris: Kaplinna loodus, ookean, söök, toredad ja sõbralikud inimesed, teadustahe, Groote Schuuri haigla ise.

Nüüdseks on juba mitu Eesti erakorralise kirurgia tudengit käinud LAVis õppimas ja mitu tublit residentit teevad oma dokumente korda, et saaks ka seal opereerida. See oleks suur asi!

Ja siis Ameerika. Ameerika eksameid teha ei ole kerge ja neid oli neli. Tüüpiline eksam on kahepäevane, mõlemal päeval on kirjutamist kaheksa tundi ja sul on 45 sekundit ühe küsimuse peale. Kui need eksamid on tehtud, siis on resident saanud hea õppe.

Ka tööle minnes oli Ameerika Ühendriikides alguses väga-väga raske. Olin juba valmis arst, õppejõud ja ülemarst Karolinskas ja hakkasin tööle Los Angelese maakonna haiglas, mis on ülikoolihaigla ja kus on üks kõige uhkemaid traumaprogramme maailmas, Demetrios Demetriades juhitud ja ehitatud.

Hakkasin seal tööle, ja olles õpetusviisiididel, mida Demetrios peab, sain aru, et kas ma tõesti ei tea sellest mitte midagi? Küsimused olid tal esitatud natuke teise nurga alt ja palju laiemalt, kui üks Euroopa traumakirurg oskab. Äkitselt tuli küsimus: „Kes kvalifitseeruvad intrakraniaalsele rõhumõõdikule ajuvigastuse korral?“. Ma ei olnud süvitsi tegelenud ajuvigastustega, ma olin lugenud ja teadsin, et see on paha

asi ning et on subduraalne ja epiduraalne ja subarahnoidaalne veritsus, aga kas on mingid juhendid. Jaa, on olemas *Brain Trauma Foundation Guidelines*. Ja ma sain aru, et ma pean hakkama lugema. Ma lugesin kolm-neli kuud kõiki artikleid, mis on seal avaldatud, neid oli kohutav hulk. Üks kolm kuud hiljem pidasin ma ise samasugust õpetusvisiiti ja pärast olin samas institutsioonis haridusprogrammi direktor ning õpetasin iga päev just vanemaid residente ja teadureid.

Kas Eestis on nüüd pärast selliseid kogemusi hea rahulik?

Esimene aasta ma küsisin endalt iga päev: Milleks sa, Peep, tulid tagasi? Nüüd on läinud natuke kergemaks, sest mul on oma visiooniga loodud keskus, mul on inimesed, kes hakkavad samamoodi mõtlema, ATLSi meeskond on tekkinud – need on tööasjad, mis on minu jaoks olulised. Vastuseisu on aga võimalik raugema panna.

Aga ma ei peatu ju kunagi, mul on alati järgmine asi, mida ma hakkam tegeva, ja siis on järgmine asi. Ma arvan, et ma olen lihtsalt ise endale sellise raske elu valinud, et ma ei puhka kunagi sohval, ma ei istu võrkiiges, vaid kogu aeg teen midagi meditsiini jaoks – muidu ma ei saa aru, kuidas on võimalik. Aga see laastab teisi, kindlasti oma peret. Ma olen päris palju tööl või istun oma arvuti taga, kirjutan, suhtlen oma võrgustikuga ja tegelen teadusajadega.

Kas näete ennast ka tulevikus Eestis?

Kui ma tulin Eestisse, siis ma arvasin, et ma jään siia alatiseks, aga ma ei ole selles enam kindel. Mulle veel meeldib seda kõike teha, aga siin on ka palju asju, mis mulle ei meeldi, kuigi ma proovin neist normaalselt üle saada ja läbi rääkida. See on kultuurikonflikt, mõtlen ise. Tulin Eestisse avatud ambitsioonidega ega eeldanud, et pinnas pole piisavalt paindlik.

Minu mentor ja õpetaja Demetriades LAS oli fantastiline, ta vaid tõstis meid kõrgemale. Kui ta kohtus maailma ekspertidega, siis ta alati leidis koostöövõimalusi, surus oma inimese kuhugi olulisse komiteesse või teaduskonsortsiumisse ... Ta tegutses alati meie ja USC heaks. Eestis on aga natuke teine printsiip. Poliitikat on palju ja konsortsiumid luuakse teistsugustel eesmärkidel – sina mulle seda ja mina sulle seda, ja kui ma seda ei saa, siis asja ei sünnigi –, nagu ka presidendi kõnest Eesti vabariigi 98. aastapäeval välja tuli. Eestis häguneb vahel

Dr Talving alustas arstiteaduse õpinguid Tartu Ülikoolis ning jätkas Rootsis Karolinska Instituudis. Seejärel viis töö dr Talvingu New Yorki Bronx Municipal Hospitali ning Groote Schuur Hospitali Kaplinnas Lõuna-Aafrikas. Dr Talving kaitses doktoriväitekirja Karolinska Instituudis 2006. aastal, tegi Kaplinnas traumakirurgia profiileeritud koolituse ja töötas Karolinska ülikoolihaigla erakorralise kirurgia keskuses kuni 2008. aastani. Enne Eestisse naasmist 2013. aastal töötas dr Talving Los Angelese maakonna ja Lõuna-Kalifornia ülikooli haigla traumakirurgide meeskonnas traumakirurgi ja õppejõuna.

eesmärgipõhine ja globaalne pilt – see on see, mis mind segab ja piirab.

Mis sunniks noori arste Eestisse jääma? Või peaksid nad hoopis vahepeal ära käima ja tagasi tulema?

Kõigepealt on trendid muutumas, natuke vähem arste läheb ära. Soome minnakse, sest Soome on mugav ja sarnane. Ma pidasin Tartu Ülikooli arstiteaduskonna päeval loengu, kui sain aasta õppejõuks, ja ütlesin seal: „Minge, lennake, tehke see tiir ära, aga ärge unustage, et Tartu Ülikool on siin olemas – tulge tagasi ja tooge seda positiivset inimlikkust ja entusiasmi, mida te seal näete, kus inimesed tunnevad tööst rõõmu. Võib-olla on neil natuke parem palk, rohkem vahendeid ja rohkem aega tegelda oma tööga, aga tooge see tagasi.” Nii ma ütlesin ja nii ma ka mõtlen.

Ka arstide palgad Eestis tasapisi tõusevad. Kui teha valveid juurde, ei ole see palk enam nii jube kehv. Ja sellest johtuvalt on vähem inimesi, kes lähevad ära. Lisaks on regionaalhaigla teinud otsuse luua teadusarendusfond – see tähendab, et kui kellelgi on teadusprojekt, saame nõukojaga otsustada, et see on hea projekt, millele raha anda.

Nõustusite olema Eesti Arsti teadustoimetaja. Mida see Teile tähendab?

Eestikeelne meditsiiniajakiri on väga oluline ning ma tahaksin seda toetada ja anda oma panuse. Ma retsenseerin palju teaduslikke artikleid, retsenseerin umbes viis artiklit kuus, mis võtab umbes viis tundi mu ajast väljaspool tööd. Nii et Eesti Arsti planeerin panustada nii palju aega, kui mul on. Samas ei ole kirurgiat käsitletud Eesti Arstis palju, aga me planeerime hakata artikleid saatma, meil on juba mitu projekti selles staadiumis.