1.2012 Helmikuu 28. vuosikerta Suomen Gynekologiyhdistys ry. / Finlands Gynekologförening rf.

Sykli

Meillä tutkitaan – Oulun klinikka esittäytyy s. 6

Ashraf Benyaminin elämä on nyt Suomessa s. 14

Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenlehti 28. vuosikerta **Numero 1 Helmikuu 2012**

Sykli

SISÄLTÖ 1/12

Pääkirjoitus 5
Uusi asetusluonnos erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista
Johanna Mäenpää

Yhdistys sai uusia hallituksen jäseniä 6

Koulutuksen muotoja kannattaa kehittää 8
evästää kymmenvuotisen hallituspestinsä jättänyt
Aila Tiitinen

Rahapula uhkaa myös erikoissairaanhoitoa 12

Vieraalta maalta 15
Ashraf Benyamin on kuusankoskelaisten lääkäri

Meillä tutkitaan 20
Oululaiset kertovat uudessa sarjassa tutkimushankkeistaan

Elävästä elämästä 28
Tapauksia synnytyssalista – osa 1.

Käypä hoito -suosituksissa päivitetty naisten virtsankarkailun hoito 32

Keittiötaidetta 36
Uusi vuosi alkaa perinteisillä herkuilla

Maailmalta 44
Nanneli Pallasmaa kävi tutustumassa Haukelandin yliopistoklinikan synnytystoimintaan

Hallituskolumni 48
Veli-Matti Ulander antaa kiitosta suomalaissynnyttäjille

Privaatista 50
GP kantaa kortensa kekoon koulutustarjonnassa

Väitelleet 52

Apurahat 54

Koulutusta 56

Koulutuskalenteri 62

Päätoimittajalta 66
Päätoimittaja luonnon armoilla
Merja Metsä-Heikkilä

Sykli

Suomen Gynekologiyhdistys ry
– monipuolisesti naisten terveyden hyväksi vuodesta 1928
– järjestöjäsenyydet: Duodecim, Väestöliitto, NFOG, FIGO, EBCOG, UEMS ja IFFS

Julkaisija ja kustantaja
Suomen Gynekologiyhdistys ry – Finlands Gynekologförening rf
www.gynekologiyhdistys.fi

Päätoimittaja
Merja Metsä-Heikkilä
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Ilmoitusmyynti
Merja Metsä-Heikkilä
Rantakatu 3b C48
04400 Järvenpää
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

Osoitteenmuutokset
SGY:n sihteeri
Kristina Veskimäe
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
kristinaveskimae@yahoo.co.uk

Ulkoasu: Taitotasku Oy
Repro: A5 Plate Media Oy
Paino: PunaMusta

Sykli (Painettu) ISSN 1795-0503
Sykli (Verkkolehti) ISSN 1795-0511

Sykli julkaisee myös muiden yhdistysten koulutusilmoituksia hintaan 150 e/sivu tai 75 e/puoli sivua.

Seuraava Sykli 2/2012 ilmestyy 20.4.2012, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 16.3.2012

Kansainvälisyys on esillä lehtemme artikkeleissa kuluvana vuonna. Kansikuvissa esitellään näkymiä maailman metropoleista. Kannen kuva New Yorkista.
Kuva Merja Metsä-Heikkilä

■ JOHANNA MÄENPÄÄ, pj

Kuva Merja Metsä-Heikkilä

Uusi asetusluonnos erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista

Opetus- ja kulttuuriministeriössä 21.11.2011 laadittu asetusluonnos erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista on juuri ollut lausuntokierroksella. Merkittävin muutos aiempaan lienee uusi akuuttilääketieteen erikoisala, jonka taustalla on toukokuun alusta 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain edellyttämä ensihoito- ja päivystysjärjestelyjen mittava kehittäminen ja riittävän päivystysosaamisen turvaaminen. Oman erikoisalamme päivystystyöhön akuuttilääketieteen erikoisalan vaikutus on kuitenkin vähäinen, koska erityisesti obstetriikka on käytännössä kokonaan rajattu sen ulkopuolelle.

Muuten asetusluonnos muistuttaa pääpiirteissään vanhaa: naistentautien ja synnytysten erikoisalan koulutuksen pituus on edelleen kuusi vuotta ja koulutuksen rakenne on olennaisesti ennallaan. Meidän kannaltamme ikävin asia on, ettei uudessakaan asetusluonnoksessa ole palautettu erikoisalamme suppeita erikoisaloja. Tähän kohdistuukin SGY:n lausunnon keskeinen kritiikki. Lausunnossa todetaan, että naistentautien ja synnytysten erikoisalalla on pitkät suppeiden erikoisalojen perinteet, koska gynekologisen sädehoidon suppea erikoisala perustettiin jo 1930-luvulla. Myös perinatologian, lisääntymislääketieteen ja urogynekologian suppeille erikoisaloille on olemassa selvät perusteet. Kuuden vuoden erikoistumiskoulutuksen aikana on mahdotonta oppia hallitsemaan nykyaikaista noninvasiivista ja invasiivista sikiödiagnostiikkaa, vaativia lapsettomuushoitoja kuten IVF/ICSI:iä, radikaalia syöpäkirurgiaa, intrakavitäärisädehoitoa tai kuratiivista solunsalpaajahoitoa. Myös urogynekologian leikkaustekniikat ja leikkausten indikaatioasettelut ovat monimutkaistuneet huomattavasti aikaisemmin käytetyistä.

Suuren koulutustarpeen vuoksi kaikissa lääketieteellistä opetusta antavissa yliopistoissamme on gynekologisen onkologian, perinatologian ja lisääntymislääketieteen lisäkoulutusohjelmat. Myös urogynekologian lisäkoulutusohjelma on käynnissä kaikissa muissa yliopistoissa paitsi Kuopiossa. Nämä lisäkoulutusohjelmat toteutetaan aiempien suppeiden erikoisalojen koulutusohjelmien mukaisesti talkootyönä ilman minkäänlaista EVO- tai muuhunkaan rahoitukseen perustuvaa korvausta, mikä on selkeä epäkohta.

Naapurimaistamme kaikki neljä suppeata erikoisalaa ovat käytössä Islannissa ja gynekologinen onkologia Virossa. Gynekologinen onkologia on Ruotsissa pääspesialiteetti. Keskusteluissa tanskalaisten ja norjalaisten kollegojen kanssa on toistuvasti tullut esiin suppeiden erikoisalojen tarve myös Tanskassa ja Norjassa. Pidän erittäin tärkeänä, että jäsenistömme pyrkii kaikissa mahdollisissa tilanteissa tuomaan esiin tarpeen palauttaa Suomeen naistentautien ja synnytysten suppeat erikoisalat. ■

■ Teksti MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Hallitukseen uusia jäseniä

Hallitus uudistui muutenkin kuin puheenjohtajan osalta. Uusi puheenjohtajamme Johanna Mäenpää esiteltiin jo aiemmin hänen tultuaan yhdistyksen hallitukseen varapuheenjohtajaksi Maarit Vuennon jälkeen Tampereen edustajana. Muita uusia jäseniä ovat sihteerimme Kristina Veskimäe Tampereelta, Oskari Heikinheimo Helsingistä, Juha Räsänen Kuopiosta ja Outi Uimari, joka edustaa EGOa ja on Oulusta.

Kristina Veskimäe, TaYS

Kristina on 32-vuotias erikoistuva lääkäri Tampereelta. Hän valmistui lääkäriksi vuonna 2005 Tarton Yliopistosta. Perheeseen kuuluvat lääkäripuoliso sekä 9-vuotias tytär ja 2-vuotias poika. Harrastukset ovat liikunnallisia: lenkkeilyä, joogaa ja hiihtoa talvisin niin paljon kun mahdollista.

Ennen hallituspestiä Kristiina on ollut SGYn rivijäsen vuodesta 2007 lähtien.

– SGY merkitsee minulle gynekologien yhteistä ponnistusta erikoisalamme kehityksen eteen ja yhtä tärkeänä myös laadukasta koulutusta. Meidän on syytä olla ylpeitä siitä, että Suomessa erikoistumis- ja täydennyskoulutus on huipputasoista maailmanlaajuisesti ajatellen. Yhdistyksen toiminnalla on merkitystä myös kollegiaalisuuden näkökulmasta, toteaa Kristina.

Sekä oman alamme uutisten että muiden yhdistykseen liittyvien tärkeiden tietojen välittyminen rivijäsenille saakka pohdituttaa Kristinaa. Tietotulva on valtava ja vaikka koulutuksemme onkin laadukasta, aina voidaan pyrkiä parempaan.

Toiveet hallitustyöskentelystä ovat korkealla.

– Odotan antoisaa ja kehittävää yhteystyötä alani huipputekijöiden kanssa. Toivon, että voin itse olla hyödyksi yhdistykselle.

Tässä Kristinaa eivät onneksi rasita velvoitteet muissa järjestöissä – ja sihteerin pestissä se voisikin olla liikaa, niin työllistävä se on.

Oskari Heikinheimo, HYKS

Oskari on 49-vuotias osastonylilääkäri HYKS:stä. Hänen toimipaikkanaan on pitkän historian omaava Kätilöopiston sairaala. Perheeseen kuuluvat työterveyslääkäri-vaimo, kolme jo täysi-ikäistä poikaa sekä nuorimmainen, koulunsa juuri aloittanut tytär. Merkityksetön perheenjäsen ei ole myöskään munsterinseisoja Veera. Mökkeily ja luonnossa liikkuminen tuovat vastapainoa kiireiselle arjelle.

Oskari on aloittanut tutkijanuransa progestiineista ja nykyään hänen nimensä nähdään muun muassa perhesuunnittelua koskevien artikkeleiden tekijäluetteloissa. SGY:ssäkin olemme saaneet nauttia Oskarin asiantunte-

muksesta sekä luennoitsijana, reproduktioendokrinologian pienryhmän jäsenenä että tutkijaseminaarien vastuuhenkilönä. Hän edustaa järjestöämme NFOG:n tieteellisessä komiteassa.

Gynekologien ammatillinen ja tieteellinen jatkokoulutus sekä edunvalvonta ovat hänen mielestään yhdistyksemme toiminnan kivijalka edelleen.

– Nämä asiat eivät tule koskaan valmiiksi, yhteen hiileen puhaltamista tarvitaan jatkossakin, muistuttaa Oskari.

Oskari on monessa mukana. Hän on kovasti työllistävässä Duodecim -lehden lääkäritoimituksessa ja ollut mukana muun muassa Käypä hoito -suosituksia laatimassa ja Suomen Lääketieteen Säätiössä. NFOG:n lisäksi hän vaalii kansainvälisiä kontakteja myös ESHREssä.

Outi Uimari, EGO, OYS

Outi on 34-vuotias erikoistuva lääkäri OYS:ssa. Perheeseen kuuluvat aviomies ja 6-vuotias tytär sekä 4-vuotias poika. Muiden uusien hallituksen jäsenten tapaan myös Outi urheilee: laskettelu, hiihto, juoksu, golf ja uinti ovat suosikkilajeja.

Outin järjestöura on painottunut EGOon, jonka hallituksen jäsenenä hän on ollut jo kolme vuotta. Puheenjohtajaksi siirtyminen toi automaattisesti paikan myös SGY:n hallituksessa. Tähän saakka yhdistys on merkinnyt Outille laadukkaita ja monipuolisia koulutuksia.

– Oman tähänastisen kokemukseni perusteella pidän koulutuspäivien järjestämistä hyvin tärkeänä. Koulutuspäivät tarjoavat monipuolista sisällöllistä antia ja mahdollisuuden tavata ja tutustua kollegoihin ympäri Suomea. Oma lehti on myös tärkeä tiedottamisen kannalta. Erikoistumiskoulutusta tulee myös käsitellä säännöllisesti, jotta laatu säilyy ja kehittämistarpeisiin voidaan reagoida nopeasti.

Yhdistyksen hallituspaikka on Outin näkökulmasta aitiopaikka erikoisalan ajankohtaisiin asioihin. Hän odottaa hallitustyöskentelyltä mielenkiintoisia keskusteluja, uusia tuttavuuksia ja erilaisen ulottuvuuden saamista lääkärin työhön.

Juha Räsänen, KYS

Viisikymppinen Juha on palannut tutkijan tehtävistä rapakon takaa vasta äskettäin kotimaahan, synnytys- ja naistentautiklinikan professoriksi Itä-Suomen yliopistoon Kuopioon. Hänellä on kolme aikuista tytärtä. Liikunta pitää kunnossa ja auttaa jaksamaan: kaikinpuolinen ulkoilu, urheilu – lähinnä tenniksen peluu – kuuluvat harrastuksiin.

Suhde yhdistykseemme on viime vuosina ollut pitkän välimatkan vuoksi etäisempi, mutta takavuosina häntä on nähty luennoitsijana useamminkin.

Juha näkee SGY:n yhdistävänä linkkinä eri sektoreilla toimivien kollegoiden välillä. Korkeatasoiset koulutuspäivät ovat erinomainen väline tässä.

Maailma ei ole kuitenkaan tässäkään asiassa valmis.

– Tavoitteena pidän lisätä ja parantaa yhteistyötä eri sairaalatasojen välillä, samoin yliopistosairaaloiden välillä sekä tutkimustyössä että potilastyössä. Kansainvälistyminen on tärkeä osa nykypäivää, osa sitä on koulutus vähemmän kehittyneissä maissa, sen tukeminen, Juha sanoo.

Juha on ollut lukuisia vuosia aktiivijäsen Suomen lääketieteellis-biologisessa ultraääniseurassa. Nyt yhdistyksemme hallituksen jäsenyys tarjoaa mahdollisuuden panostaa myös SGY:n toiminnan kehittämiseen. ■

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Koulutus on SGY:n toiminnan ydin – muotoja kannattaisi kehittää

Aila Tiitinen valittiin yhdistyksemme hallitukseen Helsingin edustajana vuonna 2001. Kymmenvuotisen hallituspestinsä hän päätti syksyllä 2011 luovuttaen puheenjohtajuuden tamperelaiselle Johanna Mäenpäälle. Monenlaista on mahtunut noihin vuosiin.

Ensimmäiset kuusi vuotta Aila oli hallituksen rivijäsen ilman erityistehtäviä – ellei siksi lasketa erityistä kiinnostusta ja vastuunkantoa koulutustilaisuuksista.

– Gynekologiyhdistyksen tärkein tehtävä on jatko- ja täydennyskoulutuksen järjestäminen ja siinä olen nähnyt oman roolini. Näiden vuosien aikana lähes kaikilla koulutuspäivillä minulla on ollut jokin vastuusessio, aivan alkuvuosista alkaen. Myös Helsingin lääkäripäivillä olemme olleet lukuisia kertoja mukana koulutuksen järjestäjinä. Ehkä tämä koulutusvastuun korostuminen juontaa useammastakin syystä: olin itse aluksi suppean erikoisalan vastuukouluttaja ja lisäksi suuri osa koulutuksista järjestetään pääkaupunkiseudulla ja kun satun olemaan täällä, on luontevaa olla myös mukana ideoimassa ja organisoimassa. Henkilökohtaisestikin olen innostunut kouluttamisesta, mikä sopii hyvin tällaisen yliopistoihmisen toimenkuvaan.

Erikoisalayhdistyksiä kuunnellaan

Toimiessaan ensin varapuheenjohtajana ja sittemmin puheenjohtajana Aila pääsi kurkistamaan myös vallan kammareihin. Yhdistyksen edustajat ovat olleet kuultavina niin sosiaali- ja terveysministeriössä kuin eduskunnassakin.

– Meiltä pyydettiin kauteni aikana useammankin kerran lausuntoa muun muassa joidenkin lakien valmisteluvaiheissa. Asiantuntemustamme ja mielipidettämme arvostetaan ja lausuntojamme käytetään perusteluina myöhemmille ratkaisuille. Jos yhdistyksellä on tarvetta ja halua, asioihin voi vaikuttaa ja halutessaan voisi olla meille tärkeissä asioissa myös proaktiivinen, muistuttaa Aila. ▶

Tärkeitä saavutuksia

Yhdistyksen toiminnan aikaperspektiivi tuli Ailalle kymmenessä vuodessa tutuksi, juhlittiinhan hänen aikanaan sekä 75- että 80-vuotistaivalta. Arkiset asiat tuntuvat kuitenkin suurimmilta saavutuksilta.

– Hallituskauteni aikana luotiin erikoistuvien lääkäreiden kolmivuotisjaksoissa tapahtuva teoreettisen koulutuksen malli ja syntyi EGO. Sitä ei olisi syntynyt ilman Gynekologiyhdistystä eikä muilla erikoislääkäriyhdistyksillä ole vastaavaa. Näissä koulutuksissa käydään läpi perusasioita, sellaisiakin, jotka eivät välttämättä tule esille missään muualla. Myös erikoistuvien yhteydenpidon ja edunvalvonnan kannalta EGO on tärkeä elin.

Maailma ei ole kuitenkaan koskaan valmis ja uusi aikakin tuo uusia haasteita.

– Ehkä jatkossa pitäisi miettiä koulutuksen järjestämisen tapaa. Onko viisasta järjestää kaksi samantyyppistä kevät- ja syyskoulutusta vai olisiko esimerkiksi yksi pidempi ja toinen lyhyempi koulutus toimivampi? Myös pienryhmien järjestämiä rinnakkaiskoulutuksia kannattaisi miettiä. Kou-

lutustarjontaa on paljon ja päällekkäisyyttä saattaa syntyä. En pelkää liikakoulutusta, mutta yhteistyötä ja synergiaa pitäisi lisätä. Oma yhdistyksemme – verrattuna vaikkapa sisarjärjestöihimme – on siinä erilainen, että olemme kaikki lääkäreitä. Omassa järjestössämme voimme tehokkaasti vastata juuri meille suunnitellusta ja räätälöidystä koulutuksesta.

– Parhaat ideat saattavat tulla joskus kokouksen jälkeen yhteisessä illan vietossa tai muussa tapaamisessa. Virkamiesmäisyys jähmettää toiminnan.

Myös pienryhmien motivoiminen ja toiminnan nivominen kiinteämmin osaksi yhdistyksen toimintaa olisi pohtimisen arvoista.

– Ehkä jatkossa voisi miettiä sitäkin, että pienryhmät kävisivät puheenjohtajansa välityksellä kerran vuodessa hallituksen kokouksessa kertomassa ryhmän toiminnasta ja mahdollisesti saamassa evästyksiä. Näitä sisarjärjestöjen tapaamisiakin kannattaisi varmasti tietyin välein toteuttaa, ainakin itse koolle kutusumani tapaamisen koin hedelmällisenä. Se poiki myös Sykliin näiden järjestöjen esittelyn.

Vapaaehtoista järjestötyötä

Yhdistyksen historiikeista olemme saaneet lukea muinaisista aamupuolelle yötä venyneistä hallituksen kokouksista. Nykyinen työkulttuuri ei sellaista salli – aamulla jokaista odottaa täysi työpäivä eikä se suju yöunitta.

– Ehkäpä ne entisajan kokoukset olivat vähän nykyistä tehottomampiakin, nauraa Aila.

– Nykyään olemme yrittäneet olla tehokkaampia ja vastuuttaa hallituksen jäseniä valmistelemaan kokouksessa käsiteltäviä asioita. Koulutusten aihekokonaisuuksia ja suuria linjoja ideoidaan kokouksissa, mutta sessioilla on vastuuhenkilöt, jotka viimeistelevät ja hiovat aiheita kokousten välillä, Aila valaisee.

Taloudenpitoonkin on otettu Ailan kaudella jämäkkä ote, jokaisen kokouksen esityslistalle lisättiin talouskatsaus. Nykyään jokainen hallituksen jäsen varmasti tietää, mihin suuntaan varainhoitajan esittelemät talous-tilanteen käyrät kulloinkin osoittavat.

Mutta onko hallitustyöskentely vain niiden hullujen hommaa, jotka eivät riittävän tiukasti osaa sanoa ei?

– Joskus varmasti näytti, että yhteisen hyvän eteen ”uhrautuminen” on aikansa elänyttä, mutta nykyään ajattelen, että se on yhä voimissaan. Aktiivisuudelle on vain monia eri kanavia ja muotoja, järjestöjäkin on paljon enemmän. Vaikka sosiaalinen media valtaa alaa ja sähköinen kommunikointi on lisääntynyt, tärkeää on myös kasvokkain kokoontuminen. Etenkään ideointi ei suju muuten kuin yhteisen pöydän ääressä. Arvostan myös yhdistystoiminnan tarjoamia sosiaalisia kontakteja. Yhteinen ateria on mukava päätös kokoukselle!

Kumppanuuden kaupallisten toimijoiden kanssa on oltava läpinäkyvää

SGY:llä on molempia osapuolia hyödyttävää kumppanuutta useiden lääkeyritysten ja laitevalmistajien kanssa. Ne ovat mukana koulutuspäiviemme näyttelyissä ja mainostavat Syklissä.

– SGY:ssä yhteistyö kaupallisten toimijoiden kanssa on mielestäni kohdallaan. Yhteistyö toimii, olemme pystyneet asiakysymyksissä säilyttämään hyvin riippumattomuutemme. Kannanottomme ovat omiamme. Tärkeää on avoimuus ja läpinäkyvyys ja siitä meillä on kirjallinen ohjeistus, joka koskee sekä yhdistystä että pienryhmiä. Meidän on toimittava niin, että voimme esitellä toimintatapamme kenelle tahansa ulkopuoliselle.

Lopuksi

Vuodet hallituksessa ovat olleet antoisia – etenkin henkilölle, joka ei voisi kuvitella tekevänsä työtä, jossa ei olisi tekemisissä päivittäin ihmisten kanssa.

– Parhaat ideat saattavat tulla joskus kokouksen jälkeen yhteisessä illan vietossa tai muussa tapaamisessa. Virkamiesmäisyys jähmettää toiminnan. Jokainen tulee hallitukseen vapaaehtoisesti ja halustaan ja silloin syntyy myös motivaatio toimia yhdistyksessä. Pakottamalla se ei synny, Aila muistuttaa. ■

■ Teksti ja kuva MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Loppuvatko erikoissairaanhoidonkin

HUS:n toimitusjohtaja Aki Linden luki madonluvut perusterveydenhuoltomme nykytilasta puhuessaan Helsingin lääkäripäivillä. Hänen mukaansa akuuttihoito toimii vielä jotenkuten, mutta 80 % väestöstä asuu alueilla, joissa ei ole toivoakaan päästä lääkäriin kahteen viikkoon. Terveyskeskuksissa on tuhannen lääkärin vaje ja perusterveydenhuollon epätasa-arvo vain kasvaa kansainvälisessä omistuksessa olevien lääkäriasemien paikatessa julkisen puolen aukkoja. Kuinka sitten voi erikoissairaanhoito?

Vaikka erikoissairaanhoidon yksiköissä on viime vuosina säästetty kaikesta mahdollisesta, erikoissairaanhoitomme kuitenkin vielä toimii kohtuullisesti ja potilaat arvostavat sitä. Mutta millaiselta näyttää tulevaisuus, jos perusterveydenhuolto sortuu? Tätä kysyin kollega Raimo Kekkoselta, joka toimii paitsi Lohjan sairaanhoitoalueen johtajana, myös toimitusjohtaja Lindenin välittömässä alaisuudessa HUS:n yhteiskuntasuhteiden hoidossa.

– Ensimmäisenä se näkyy lähetteissä. Lähetteiden määrä ulkoistetuista terveyskeskuksista lisääntyy verrattuna omin voimin hoidettuihin, se johtuu tietotaidon tasosta ja toisaalta lääkäreiden vaihtuvuudesta. Myös lähetteiden taso vaihtelee. Potilaita ei välttämättä tutkita niin hyvin kuin se perusterveydenhuollossa olisi mahdollista ja potilaat saattavat jäädä pyörimään terveyskeskuksen ja sairaalan väliin, kun lähetteitä ohjeistuksen nojalla palautetaan. Vajavaisesti tutkitut potilaat ja puutteelliset lähetteet kuormittavat erikoissairaanhoitoa ja resurssejamme kuluu muuhun kuin siihen, mihin ne on tarkoitettu. Perustehtävämme jää väistämättä huonommalle hoidolle.

Myös pitkäaikaissairaiden hoito vaarantuu

Erikoissairaanhoidosta on – järkevästi – siirretty paljon pitkäaikaissairaiden hoitoa, seurantaa ja kuntoutusta avohoitoon, terveyskeskuksiin. Kun kiireettömiä aikoja ei ole, nämä potilaat ja heidän sairautensa jäävät hoitamatta tai huonolle hoidolle.

– Tässä jos missä terveyskeskuslääkärin kokemus ja pitkä potilas-lääkärisuhde olisivat avainasemassa. Kun potilaat jäävät hoidotta, ennen pitkää osa näistäkin potilaista tilanteen huononnuttua palaa erikoissairaanhoitoon, toteaa Raimo.

Onko hoitotakuu tekohengitystä?

– Hoitotakuu on parantanut joidenkin kiireettömien potilaiden hoitoon pääsyä ja siten toiminut. Joissakin erityistapauksissa hoitotakuu toteutetaan palvelusetelein yksityiselle palveluntuottajalle, näin on esimerkiksi kaihileikkausten kohdalla. Valitettavasti se kuitenkin edesauttaa sitä, että silmälääkärimme valuvat yksityissektorille tekemään näitä leikkauksia. Silloin kun hoitotakuu joudutaan hoitamaan ulkoistamalla, se viime kädessä syö erikoissairaanhoidon omia resursseja, Raimo suree.

– On kuitenkin hyvä muistaa, että suuri osa erikoissairaanhoidosta on hoitotakuun ulkopuolista. Suuri osa potilaista on päivystyspotilaita tai he tarvitsevat joka tapauksessa hoitoa muutaman viikon sisällä. Lisäksi meillä on paljon niitä, jotka jäävät kokonaan tämän järjestelmän ulkopuolelle – tällaisia ovat esimerkiksi vanhukset ja usein psykiatriset pitkäaikaissairaat.

Miten terveydenhuolto olisi viisasta järjestää?

– Suomessa on meneillään lukuisia kokeiluja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhdistämisestä, mutta vielä on liian varhaista tehdä johtopäätöksiä mallien toteuttamiskelpoisuudesta. Itse olen viehättynyt ajatusmallista, jossa erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto toimisivat saman rakenteen alla. Tavoitteena olisivat potilaan kannalta mahdollisimman näkymättömät raja-aidat. Joka tapauksessa palvelut pitäisi tuottaa riittävän suurten – vähintään keskussairaaloiden tai HUS:n sairaanhoitoalueiden suuruisten – toimintayksiköiden ympärillä.

Erikoissairaanhoito näyttää joka tapauksessa olevan terveydenhuoltomme parhaiten toimiva osa. Miksi?

– Syitä on varmasti useita. Sairaaloissa on vakiintuneet rakenteet ja yksiköt ovat riittävän isoja toimiakseen. Lääkärit ja muu henkilöstö saavat vertaistukea toiminnassaan ja toimivat tiimeinä. Ollaan myös helpommin viimeisen tiedon äärellä. Perusterveydenhuollon yksintyöskentely on raskasta ja haavoittuvaa. Sairaaloissa lisäksi lääkärit saavat vielä toteuttaa perusprofessioon kuuluvia tehtäviä, terveyskeskuslääkäriä kuormittaa lausuntoautomaattina toimiminen. Työn itsenäisyyden väheneminen on turhauttanut lääkäreitä, uskoo Raimo.

Kahden kerroksen väkeä

Armeija ja synnytysosasto ovat perinteisesti olleet tasa-arvon tyyssijoja. Pappi ja lukkari, talonpoika ja kuppari ovat saaneet samanlaisen kohtelun. Entä tulevaisuudessa?

rahat?

Raimo Kekkonen hoitaa HUS:n yhteiskuntasuhteita.

– Synnytystoiminnan yksityistyminen Suomessa on varsin kaukainen asia ja uskon, että yhteiskunnan tarjoamat synnytyspalvelut tulevat jatkossakin turvatuiksi. Lääkäreiden riittävyys saattaa toki muodostua joillakin alueilla ongelmaksi. Myös äitiysneuvolatoiminnan säilymiseen uskon, vaikka siihenkin saattaa kohdistua resurssipaineita. Ehkäisyneuvoloistahan on jo kunnissa tingitty.

– Monilla muilla aloilla kuitenkin väestön jakautuminen hyvä- ja huonompiosaisiin jo näkyy. Tutkimuksista tiedämme, että jopa julkisella sektorilla varakkaampi väestö käyttää enemmän terveydenhuollon palveluja kuin vähemmän varakkaat ja yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käytössä ero vain korostuu. Myös työ on erotteleva tekijä. Työssäkäyvillä on usein hyvin toimiva työterveyshuoltonsa, työttömillä ei mitään.

Lääkäripulassa kunnat ovat joutuneet ulkoistamisen ja ostopalvelujen kierteeseen.

– Hallittu ostopalvelujen käyttö ei sinänsä ole paha asia, mutta jos häntä alkaa heiluttaa koiraa, joudumme hankalien kysymysten eteen. Tilaamisen ja kilpailuttamisen hallitseminen julkisella sektorilla ovat ydinkysymyksiä. Jos yksityisellä puolella ei ole aitoa kilpailua, se vaarantaa koko kilpailutuksen idean.

Miten käy kliinisen tutkimuksen?

Saksassa on pitkälti yksityinen tai siihen verrattava terveydenhuoltojärjestelmä. Onko kukaan kuullut saksalaisesta kliinisestä tutkimuksesta? Jos potilas on maksava asiakas, hän ei ole silloin tutkimukseen osallistuva potilas.

– Tämä on tärkeä kysymys. Kun valtaosa potilaiden hoidosta tapahtuu yhteiskunnan tarjoaman palvelun sisällä, siihen on erinomainen mahdollisuus kytkeä kliinistä tutkimusta. Saamme EVO-rahaa ja osittain kunnatkin ovat mieltäneet itsensä tämän toiminnan rahoittajiksi. Sielläkin ymmärretään, että hoidon laatutason säilyttämiseksi tutkimuksen ja opetuksen pitää olla hoidossa mukana. Jos terveydenhuolto laajasti yksityistyy, intressit tutkimuksen edistämiseen ovat pienemmät, sillä siitä ei synny välittömiä tuottoja.

Aliresurssoitu uupuu

Kun potilas on käyttänyt puoli työpäivää jonottaessaan puhelimessa lääkäriaikaa, jonka hän saa viikkojen päähän, hän on ymmärrettävästi vihainen. Kenellepä muulle hän kiukkuaan purkaisi kuin lääkärille hänet viimein tavatessaan.

– Kyllä perusterveydenhuollon taloudellinen tilanne ilman muuta heijastuu lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työhön ja vaikuttaa jaksamiseen ja työtyytyväisyyteen. Vaikka erikoissairaanhoito onkin parhaiten toimiva osa, kiire on sielläkin läsnä joka yksikössä. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä tarvitsisi lisää rahaa. Meillä 9 % bruttokansantuotteesta menee terveydenhuoltoon, kun pohjoismainen ja länsieurooppalainen taso on 2–3 %-yksikköä suurempi, toteaa Raimo.

Terveydenhuoltomme järjestämisen tapa ja rahoitus näyttävät olevan poliittisestikin hankala asia. Nykyinen tilanne on seurausta siitä, että päätöksiä ei ole ainakaan toistaiseksi pystytty tekemään. Etenkin perusterveydenhuollon palvelujen tuottaminen näyttää ajautuvan pikkuhiljaa entistä suurempaan sekamelskaan. Vaikka kenties tahtoa ja haluja ratkaisuihin olisikin, vältti peruspalveluministerimme Maria Guzanina-Richardson aiheeseen puuttumisen Lääkäripäivien avajaispuheessaan. Tupakka oli turvallisempi aihe. ■

Suomessa toimii lukuisia tänne muualta muuttaneita gynekologi-kollegoja. Tässä sarjassa esittelemme heistä muutamia.

■ Teksti MERJA METSÄ-HEIKKILÄ
■ Kuvat Merja Metsä-Heikkilä ja Ashraf Benyamin

Ashraf Benyamin – kuusankoskelaisten lääkäri

Kuusankoski on pieni paperiteollisuuspaikkakunta Kouvolan kupeessa, nykyisin osa Kouvolaa. Siellä on Egyptistä Suomeen kotiutuneen kollega Ashraf Benyaminin sekä koti että työpaikka. Kuusankoskelaiset ja sittemmin kouvolalaiset ovat ottaneet hänet omaksi lääkärikseen – ennakkoluuloja ei ole tai jos on ollut, ne ovat tutustumisen myötä haihtuneet. Edes sukupuoli ei ole ollut työssä ongelma.

Kuusankoskelle Ashrafin toi kymenlaaksolainen vaimo. He tapasivat Egyptissä 1991, vaimo kävi siellä turistina. Ashraf oli lääketieteen opiskelija ja muutti vielä viidennen opiskeluvuoden jälkeen vuodeksi Yhdysvaltoihin opiskelurahoja tienaamaan. Tuleva vaimo matkusti sinne Suomesta, avioliitto solmittiin tuolla matkalla.

– Egyptissä opiskelu sinänsä on ilmaista, mutta oppikirjat ja eläminen on kustannettava itse. Vanhempani olivat opettajia, meitä oli viisi sisarusta. Vanhemmat kannustivat opiskeluun ja olivat sitä mieltä, että minusta pitää tulla lääkäri. En kapinoinut vanhempien mielipidettä vastaan – enkä ole koskaan vanhempien valintaa tarvinnut katuakaan. Tällainen käytäntö on Egyptissä tavallista. Meistä kolmesta tuli lääkäreitä, kaksi on farmaseutteja. Vanhemmilta lasten kouluttaminen vaati suuria taloudellisia uhrauksia. USA:ssa tein sitten monenlaisia hanttihommia ja hankin varmasti sinä aikana rahaa yhtä paljon kuin keskiverto egyptiläinen lääkäri kymmenessä vuodessa, muistelee Ashraf opiskeluvuosiaan.

Kieli- ja lääkäriopintoja Suomessa

Egyptissä suoritetaan valmistumisen jälkeen vuoden amanuenssuuri ja miehet käyvät pakollisen armeijan.

– Egyptissä armeijaan mennään vasta ammattiin valmistumisen jälkeen, jolloin armeija voi hyödyntää alokkaan koulutusta. Minäkin toimin lääkärinä koko armeija-ajan. Selvisin onnekseni vain vuoden palvelulla.

Suomeen toi vaimon halu palata kotimaahansa.

Ashraf joutui opiskelemaan uuden kielen, äidinkielihän oli arabia ja opiskelu- ja kotikieli englanti.

– Suomeen muuttaessani osasin kolme sanaa: ei, kyllä ja kiitos. Aloitin kielenopiskelun Finnish for Foreigners -kirjasta ja kaseteista ja pääsin puolivuotiselle kielikurssille, jonka harjoitteluosuuden tein terveyskeskuksessa. Kahdessa vuodessa opin kielen niin hyvin, että pärjäsin lääkärinä. Nykyisin puhumme kotona suomea, lapsille puhun kuitenkin arabiaa. Lapset ymmärtävät sitä erinomaisesti, mutta puhuvat huonommin.

Kieliopinnot ovat selvästi kantaneet hedelmää; Ashrafin suomen kieli on natiivin korvaankin lähes täydellistä ja aksenttikin supisuomalainen.

Oikeudet toimia Suomessa lääkärinä vaativat myös opintoja.

– Koska tulin Euroopan ulkopuolelta, jouduin suorittamaan ”Tampereen tentit”. Se ei ollut mikään läpihuutojuttu – minua auttoi kuitenkin kova motivaatio. Halusin päästä töihin ja elättämään sekä itseni että perheeni.

Ashraf Benyamin

- Syntynyt 1968 eteläisessä Egyptissä, Niilin rannalla Sohagin kaupungissa
- Suomen ja Egyptin kansalainen
- Äidinkieli arabia
- LL 1994 Kairon Yliopisto
- Suomeen 1996
- Lääkärin oikeudet Suomessa 1998
- Yleislääketieteen erikoislääkäri HY 2005
- Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri HY 2009
- Ylilääkäri Pohjois-Kymen sairaalan naistentautitoimialalla
- Perhe: suomalainen vaimo ja kolme lasta
- Harrastukset: juoksu, pyöräily, jalkapallo ja hiihto

Yleislääketieteen kautta naistentaudeille

Naistentaudit ja synnytykset oli erikoisalana Ashrafin haaveena jo heti valmistumisen jälkeen. Suomessa oli kuitenkin tuolloin 90-luvun loppupuolella lääkärityöttömyyttä ja muutenkin annettiin ymmärtää, että tälle alalle erikoistumaan pääsy olisi kiven takana.

– Vaikka vuosien varrella kohtaamani kollegat ovat pääasiassa olleet mahtavia – avuliaita ja ystävällisiä – alku oli hankalaa. Olin nuori ja kokematon, osasin kieltä puutteellisesti ja Suomessa oli suomalaisiakin lääkäreitä työttöminä.

– Kyselin töitä täältä nykyisestä työpaikastanikin, mutta niitä ei ollut tarjolla. Lisäksi lapset olivat silloin pieniä ja yliopistopalvelu olisi pitänyt lähteä suorittamaan kauas kotoa, sekin kariutti silloin haaveet. Niinpä päädyin yleislääketieteeseen. Suoritin sairaalajaksoja tässä samassa sairaalassa, joka silloin oli Kuusankosken aluesairaala. Naistentautijaksolle menin Kotkan keskussairaalaan, jossa ihanat kollegat ottivat minut erittäin lämpimästi vastaan. He rohkaisivat jatkamaan myös erikoistumista naistentaudeille. Kävin kyllä yleislääketieteen spesialistitentissä, mutta jatkoin saman tien erikoistumispalvelua gynellä Kotkassa. Yliopistopalvelun suoritin Helsingissä. Yleislääketieteen spesialiteetistä on kyllä ollut paljon hyötyä nykyisessä työssäkin, joten ne vuodet eivät menneet hukkaan, Ashraf painottaa.

Ulkomaisena ja miesgynekologina

Ashraf on erikoisalallamme kahdella tavalla marginaalissa: hän on ulkomaalainen ja mies. Hän on ollut kuitenkin pääosan urastaan samalla seudulla. Ihmiset tuntevat hänet sekä yleislääkärinä että gynekologina. Kukaan ei ole ainakaan suoraan sanonut, että karsastaisi häntä ulkomaalaisuuden vuoksi. Sukupuolikaan ei ole ollut ongelma.

– Kun aloitin nykyisessä työpaikassani, kaikki gynekologit olivat miehiä – nykyisin kolmesta yksi on nainen. Täkäläiset ovat tottuneet asiaan, se ei aiheuta nurinoita, enemmän niihin törmäsi Helsingissä ja sielläkin vain ulkomaalaistaustaisten potilaiden taholta, valottaa Ashraf.

Hän ymmärtää sen liittyvän muslimikulttuuriin, mutta toisaalta kummastelee ilmiötä. Hänen kotimaansa pääuskonto on islam, mutta lähes kaikki synnytys- ja naistentautilääkärit ovat miehiä, eikä se siellä aiheuta minkäänlaisia ongelmia.

Edes valelääkärikohu ei ole vaikuttanut hänen arkeensa. Hänet tunnetaan ja hänen koulutuksensa tiedetään ja ammattitaitoonsa luotetaan.

– Tämä on pieni paikka, olemme saaneet mahdollisuuden tutustua toisiimme, hymyilee Ashraf.

Eräs hauska tapahtuma kuitenkin muistui mieleen potilaan asenteista, synnytyspäivystyksestä Kotkan keskussairaalassa.

– Potilas soitti synnytyssaliin kysyäkseen neuvoa. Kun satuin olemaan siinä vieressä, kätilö ojensi minulle puhelimen. Vastasin kysymyksiin ja annoin ohjeet. Seuraavana aamuna sama toistui ja jälleen kätilö ojensi minulle puhelimen. Puhelimessa oli sama potilas ja annoin samat vastaukset ja neuvot. Potilas kehui puhelun lopuksi kovasti saamiaan ohjeita ja

haukkui edellisillan lääkärin todeten, että kaikenlaisia ulkomaalaisia teille sinne otetaankin töihin. Totesin vain, että näin suureen sairaalaan mahtuu monenlaisia, nauraa Ashraf.

Egyptiläinen gynekologi on ”aina töissä”

Työkokemusta Egyptistä Ashrafilla on vain vähän, joten vertaaminen Suomeen on vaikeaa. Käsitys perustuukin opiskelukavereilta kuultuun.

– Työpäivät ovat pitkiä ja palkat julkisissa sairaaloissa erittäin matalat. Sisareni, joka on ihotautilääkärinä Kairossa, ansaitsee noin 200 euroa kuukaudessa. Se ei riitä elämiseen edes Egyptissä. Monet hankkivatkin lisätuloja yksityispotilaista ja -vastaanotoilta, mutta se tarkoittaa työpäivän venymistä puolilleöin. Synnytyksiä riennetään hoitamaan silloin, kun lapsi sattuu syntymään.

Egypti on edelleen eurooppalaisen mittapuun mukaan köyhä maa.

– Vaikka taitoa olisikin, puuttuu välineet monilla aloilla länsimaisen hoitotason saavuttamiseen, muistuttaa Ashraf.

Elämä on Suomessa

Paluuta ainakaan ennen eläkeikää Ashraf ei suunnittele, vaikka ikävöikin joskus kotimaansa aurinkoa ja lämpöä.

Koventuneet asenteet ulkomaalaisia kohtaan huolestuttavat, vaikkei se näykään omassa arjessa.

Sukulaisia ja ystäviä on ikävä, mutta kotimaassa käymään hän pääsee vain noin kerran vuodessa. Viimeksi se tapahtui viime kesänä yhdessä USA:ssa asuvan veljen kanssa.

– Lensimme Suomesta Hurgadaan, sillä levottomuuksien vuoksi emme uskaltaneet mennä Kairon kautta. Tilanne kotimaassani on todella huolestuttava. Kansannousu ja presidentti Mubarakin yksinvaltiuden kukistaminen vuosi sitten olivat hieno asia, mutta sen jälkeen monet asiat ovat menneet vikaan. Maa on sekasorrossa ja armeija, jolle kurinpito delegoitiin, on liian kokematon tehtäväänsä. Rikollisuus on lisääntynyt, sellaista emme voineet ikinä kuvitellakaan, sillä maa oli aiemmin erittäin turvallinen.

En oikein ymmärrä, mitä ihmiset siellä haluavat. Jos ääri-islamilainen al-Nur -puolue pääsee valtaan, tulevaisuus on iso kysymysmerkki. Egypti ▶

Burg Khalifassa (maailman korkein rakennus) Dubaissa syksyllä 2011.

Montpellierissa Ranskassa lääketieteen tiedekunnan edessä syksyllä 2011.

Joulupukki (Ashraf) Jouluna 2009.

on tähän saakka ollut arabimaailman paras maa länsimaisuudessaan ja sallivuudessaan, mutta tulevaisuus saattaa olla toinen. Naisen asemalle se olisi katastrofi. Olen tilanteen kehittymisestä erittäin huolissani, Ashraf toteaa surullisena.

Suomessa ihmetyttää...

Saunasta Ashraf ei pidä – se muistuttaa liiaksi kotimaan tukahduttavan kuumaa kesää.

– Kerran Helsingissä jouduin kadulla MTV:n uutisten kiertohaastatteluun, jossa kysyttiin, miten suomalaiset voisivat säästää sähköä. Kehotin lämmittämään saunaa vähän harvemmin. Toimittaja totesi, että kyllähän tämä voidaan ajaa ulos, mutta varo vain, suomalaiset ystäväsi käyvät kimppuusi, nauraa Ashraf.

Suomalainen humalahakuinen alkoholinkäyttö ihmetyttää toisenlaisesta juomakulttuurista tulevaa. Ashrafin mukaan ero ei johdu islamista – myöskään kristityt eivät juuri käytä alkoholia Egyptissä. Diplomaattisesti hän kuitenkin toteaa, että on hyvä, että suomalaiset puhuvat avoimesti tästä ongelmasta ja siihen yritetään myös vaikuttaa.

Ystäviäkin on löytynyt.

– Tulen kulttuurista, jossa voi saada ystävän vaikka junassa tai torilla, ihmiset ottavat aktiivisesti kontaktia toisiinsa. Suomessa se ei ole mahdollista. Minua auttoi, kun ymmärsin, mistä on kysymys. Luulin, että suomalaiset eivät halua tutustua minuun, mutta sitten oivalsin, että he ovat vain ujoja ja toivovat aloitteentekoa minulta. Nykyisin minulla on paljon ystäviä, olen löytänyt heitä sekä työn että harrastusten puitteista.

Ruoka on täällä erilaista, mutta hyvää.

– Jouluruuat ovat hyviä, ne ovat nyt tuoreessa muistissa. Pidän myös hernekeitosta. Mämmistä en sen sijaan pidä, mutta minulla on nykyisin onneksi hyvä syy kieltäytyä siitä, sillä minulla todettiin keliakia. Toisaalta se estää ruisleivän syönnin, siitä pitäisin kovasti.

Kotimaan ruokakulttuuri elää Benyaminien kotikeittiössä, Ashraf on innokas kokkaaja, etenkin viikonloppuisin.

– Kun käyn kotimaassa, tuon tullessani mausteita ja muitakin raaka-aineita, joita täältä ei saa. Sellainen on esimerkiksi molokeia, joka on vihreä kasvis ja josta kuivattuna ja murskattuna tehdään ruokaa vaikkapa kalkkunan seuraksi.

Jälkikirjoitus

Ystävällisyys, positiivisuus ja auttamisenhalu näkyy Ashrafista kauas – ja siitä sain itsekin nauttia haastattelumatkallani. Autoni hyytyi iltapimeässä, pakkasessa ja lumituiskussa sairaalan pihamaalle. Ashraf kertoi, että paikkakunnalta löytyy autoni merkkihuolto, siispä soittelemaan sinne. Takana oli jo pitkä työpäivä, joten kehotin häntä lähtemään kotiin, minä kyllä selviytyisin.

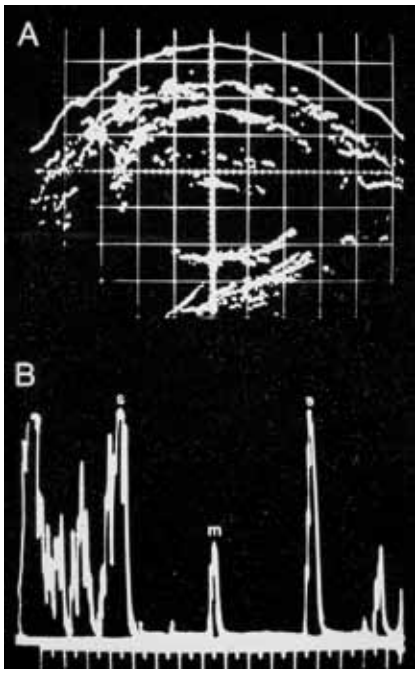
– Ei tule kuuloonkaan, totesi Ashraf. Hän halusi jäädä odottamaan, että asia ratkeaa ja lopuksi, kun sain hinautettua autoni huollon pihaan, hän läksi viemään yhdessä vaimonsa kanssa minut 40 kilometrin päähän mökillemme, josta pääsin jatkamaan matkaa kotiin omin voimin. Tuhannet kiitokset avustanne! ■

TUTKIMUSTA OULUN NAISTEN-KLINIKASSA

Kaikki alkoi ultraäänestä

Syklissä alkaa sarja, jossa kaikki yliopistoklinikoiden naistentauti- ja synnytysyksiköt pääsevät vuorollaan esittelemään tutkimustaan. Sarja aloitetaan pohjoisesta, Oulusta. Tekstin ja tiedot ovat koonneet oululaiset tutkijat koordinaattorinaan professori Juha Tapanainen.

Kuva 1. Sikiön tutkimusta yksi- kaksidimensionaalisella ultraäänilaiteella vuonna 1970.



Kuva 2. Näkymä A-B laitteen näyttöputkella mitattaessa sikiön pään biparietaalimittaa.

Oulun Yliopiston synnytys- ja naistentautien klinikan ensimmäinen professori, ”stadin kundi”, **Pentti A. Järvinen** astui virkaansa vuonna 1965. Hän oli innostava ja uusille ajatuksille avoin esimies. Järvisen perässä Ouluun tullut **Paavo Pystynen**, myöhempi Tampereen professori, innostui ultraäänestä. Hän oli nähnyt oftalmologien tutkivan silmän sisäosia ja pohjaa ultraäänitekniikalla, minkä innoittamana Ouluun hankittiinkin vuonna 1966 yksidimensionaaliseen metodiin perustuva A-ultraäänilaite. Silloiset apulaislääkärit **Pekka Ylöstalo** ja **Pentti Jouppila** lähtivät tutkimaan ultraäänen mahdollisuuksia erityisesti obstetriikassa. Ensimmäistä kertaa voitiin selvittää kohdussa sikiön tarjonta, sikiöiden lukumäärä, elossaolo, arvioida lapsiveden määrää ja mitata sikiön pään poikkimitta. Näin käynnistyi klinikan näkyvin, menestyksellinen ja yhä jatkuva ultraäänimenetelmään keskittyvä tutkimussarka, jossa alkuaikoina keskeisinä tutkijoina toimivat Ylöstalo ja Jouppila ja myöhemmin yhteistyökumppaneina ja työn jatkajina Pertti Kirkinen ja Juha Räsänen.

Suuri metodinen kehitys tapahtui muutamaa vuotta myöhemmin, kun käyttöön saatiin yksi- ja kaksidimensionaalisen ultraäänitutkimuksen yhdistämiseen perustuva A-B-laite *(kuvat 1 ja 2)*, mikä mahdollisisti mm. sikiön kasvun seurannan ja poikkeavuuksien toteamisen. Pentti Jouppilan tutkimuksissa havaittiin, että alkuraskauden verenvuodossa sikiön elossaolo ennusti raskauden jatkumista 90 %:ssa. Useita muitakin ultraäänitutkimuksen pioneerihavaintoja tehtiin Oulussa, muun muassa Ylöstalon ja työtoverien munasarjan follikkelilöydös vuonna 1979. Ultraäänitutkimuksissa oma alamme oli selvästi edelläkävijä esimerkiksi radiologiaan ja kardiologiaan verrattuna. Vuosikymmenten kuluessa ultraäänitutkimuksen metodinen kehitys on tuonut jatkuvasti uusia mahdollisuuksia sikiölääketieteeseen, gynekologiaan ja lapsettomuushoitoihin. Dopplerit ja 3D/4D-laitteet olisivat saaneet Järvisen ja Pystysen pyörittämään päätään.

Yhteistyötä yli klinikkarajojen

Yhteistyö muiden klinikoiden kanssa on aina ollut vireää Oulussa. Lastenklinikka on ollut alkuvuosista lähtien tärkeä kumppani myös tutkimustyössä. Erityismaininnan ansaitsee apulaisprofessori **Paula Rantakallion** 60-luvulla käynnistämät ja **Anna-Liisa Hartikaisen** jatkamat ja ylläpitämät kaksi ”Äiti – lapsi” -seurantakohorttia. Niiden tuottamaa ainutlaatuisen arvokasta tietoa on hyödynnetty nyt vuosikymmeniä myöhemmin entistä tarmokkaammin yliopiston eri tahoilla. Akateemisen kauden alkuvaiheissa käynnistyivät myös anestesiologi-professori **Arno Hollménin** toimesta moniin käytännön sovellu-

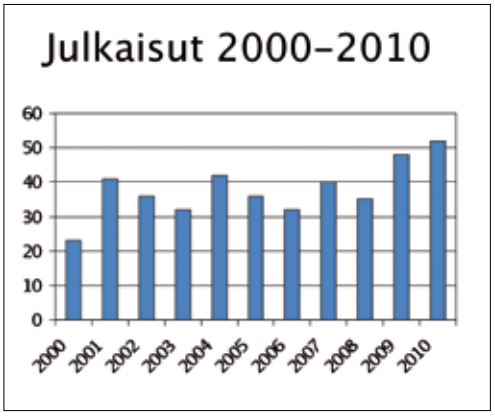
tuksiin johtaneet äidin synnytyskivun lieventämiseen tähtäävät yhteisprojektit **Riitta** ja **Pentti Jouppilan** kanssa.

Antti Kauppila laajensi tutkimusmielenkiintoa myös gynekologiaan

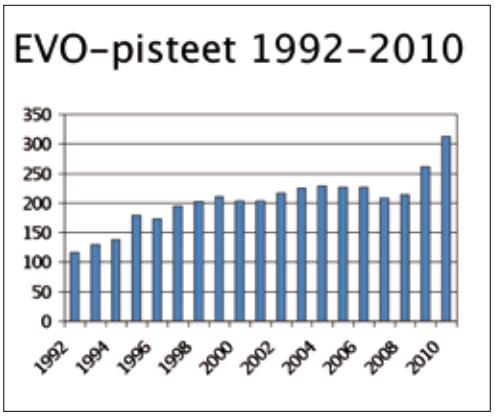
Antti Kauppilan tullessa apulaislääkäriksi 60-luvun lopulla mielenkiinto laajeni urogynekologiaan sekä myöhemmin endokrinologiaan ja gynekologisten syöpien tutkimiseen. Antti teki väitöskirjan uterusphlebografiasta ja kehitti sittemmin inkontinenssin tutkimiseen kuulaketju-urethrocystografian hyödyntäen Ballograf-kynän kuulaketjua ja sen sisäänvientivälineenä IUD-applikaattoria. Yhteistyöprojektit muiden klinikoiden kanssa käsittelivät steroidireseptoreita, melatoniinia ja prokollageenien määritysmenetelmiä ja hyödyntämistä gynekologisten syöpien diagnostiikassa ja seurannassa. Antin aloitteesta ja ponnistelujen jälkeen Ouluun perustettu OYS:n ja Väestöliiton yhteinen lapsettomuudenhoitoyksikkö ja myöhemmin eriytynyt Väestöliiton lapsettomuusklinikka ovat mahdollistaneet hedelmällisen sekä kliinisen että tieteellisen yhteistyön.

Oulun naistenklinikan julkaisut lähetettiin alkuvuosina pelkästään alamme kotimaisiin ja Skandinaavisiin lehtiin. Varsin varhain artikkeleita alettiin lähettää myös Skandinavian ulkopuolelle ja erityisesti **Olavi Ylikorkalan** korkatasoisten prostaglandiinitutkimusten siivittämänä myös amerikkalaisiin sarjoihin.

Pekka Ylöstalon väitöskirja maksan toiminnasta vuodelta 1971 oli klinikan ensimmäinen. Sen jälkeen väitöskirjoja on tullut 1–3 vuodessa, kaiken kaikkiaan 67. Dosentteja on valmistunut 22 ja Oulun koulusta lähtöisin olevia alamme täyden oppituolin haltijoita on Suomen yliopistoissa ollut 7. Julkaisujen määrä on viime vuosina vaihdellut 35 ja 50 välillä *(kuva 3)*. EVO-pisteet, joiden perusteella Oulussa on jaettu tutkimusrahaa tähän asti, ovat parina viime vuonna olleet ennätyksellisen korkeat *(kuva 4)*. Vuonna 2010 synnytys -ja naistentautien klinikan pisteiden määrä oli neljänneksi suurin, mikä lienee ollut klinikan kokoon suhteutettuna koko sairaanhoitopiirin korkein. ▶



Kuva 3.



Kuva 4.

ULTRAÄÄNI JA RASKAUS

Eläinmallilla sikiön fysiologian saloihin

● Kokeellisen eläinmallin kehittäminen kantavilla lampailla aloitettiin 1990-luvun loppupuolella. **Juha Räsäsen** tutkimusryhmän tavoitteena on selvittää sikiön sydämen ja verenkierron patofysiologisia vasteita stressitilanteissa. Taival on ollut pitkä ja ajoittain varsin kivinen. Ryhmä on osoittanut, että Doppler-ultraäänellä voidaan arvioida sikiön hapetusta reaaliaikaisesti loppuraskaudessa selvittämällä sikiön keuhkoverenkierron tilaa. Tällä hetkellä suurin mielenkiinto kohdistuu sikiön sydämen oikean ja vasemman kammion vuorovaikutuksiin kuormitustilanteiden muutoksissa eli ovatko sikiön sydämen kammiot ikään kuin vastanainut onnellinen pari vai jo parhaat päivänsä nähnyt kinasteleva ja vastuuta välttelevä aviopari. Alustavissa havainnoissa on enemmän viitteitä jälkimmäisestä. Kliinisesti sydämen kammioiden vuorovaikutuksen ymmärtäminen on erityisen tärkeää, koska esimerkiksi aorttaläpän vaikeassa stenoosissa oikean kammion on pystyttävä pitämään riittävä perfuusiopaine ja verenvirtaus aivoissa. Lammasprojektin yksi suurimpia anteja on ollut sen herättämä kansainvälinen mielenkiinto. Lammasviikkojen aikana tutkijoita on tullut ympäri maailman, useista keskuksista Yhdysvalloista, Euroopasta ja aina Kolumbiasta saakka. Lampaiden lisäksi tutkimuksia on tehty myös muilla lajeilla; steinbeckilaiseen tapaan hiirillä ja ihmisillä, mutta ulkomaan vierailujen yhteydessä myös apinoilla.

Professorit Ganesh Acharya ja Lowell Davis suorittamassa vaativaa lampaan sikiön kanylointia. Roger Hohimer (vas), Juha Räsänen, Seija Seljänperä ja Tiina Erkinaro seuraavat tarkkaavaisina operaation edistymistä.

Ultraääntä kehitetään edelleen

Gynekologisen ultraäänen kehittäjänä **Aydin Tekayn** mielenkiinto kohdistui alkuaikoina infertiliteettiin ja ovariotuumoreihin. Aydinin ohjaaman Heli Spaldingin väitöskirjatyön pohjalta Oulussa aloitettiin myös munajohtimien ultraäänitutkimus (TSSG), josta on sittemmin tullut hedelmättömyyden perustutkimus koko Suomessa syrjäyttäen suurelta osin vatsaontelon tähystyksen hedelmättömyyden alkututkimuksena. Munasarjan toiminnan ja alkuraskauden kartoituksessa 3D-ultraääni on mahdollistanut aikaisempaa yksityiskohtaisemmat tutkimukset, joita Ilkka Järvelä on hyödyntänyt tutkimuksissaan. **Kaarin Mäkikallio** vietti muutaman vuoden Bostonissa, missä hän perehtyi sikiön kardiologisiin interventioihin, ja tällä hetkellä Kaarin on Torontossa syventämässä tietojaan sikiön kardiologiassa.

Pitkäaikaisin ulkomaalaisvahvistus Ultrasound Sister and Bros-joukkeessa on ehdottomasti **Ganesh Acharya**, suuri Oulun ja Suomen ystävä. Hän aloitti koulunkäyntinsä pienessä kylässä Nepalissa taivaltaen koulumatkat paljasjaloin, määrätietoisesti kouluttautui lääkäriksi, erikoistui eri maissa Euroopassa ja toimii tällä hetkellä Tromsassa synnytys- ja naistentautien klinikan professorina. Hän on tunnollisesti ollut mukana lähes alusta alkaen ja on erittäin tärkeä ryhmämme jäsen. Juhan postdoc-esimies **James Huhta** Philadelphiasta on myös ollut innokkaana apuna eläintöissä ja vastineeksi Jimiä on valmennettu tervahiihtoon.

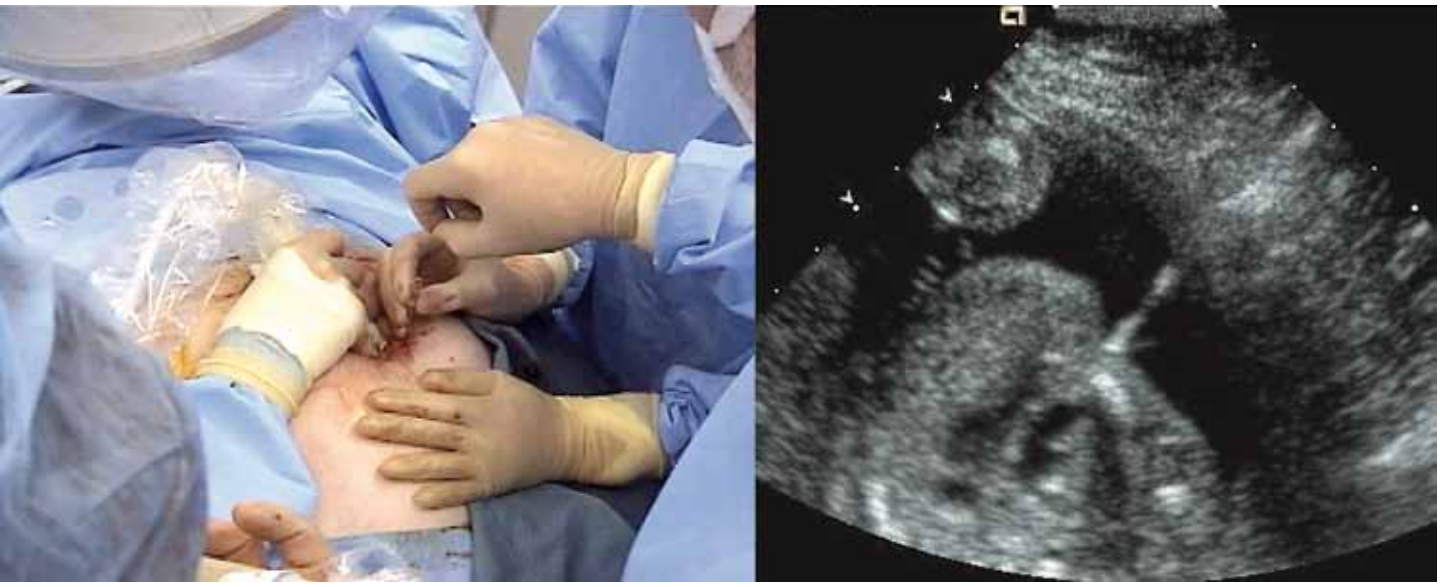
Tutkimus tuo myös ikuisia ystäviä

Ikimuistoisia ovat myös lukuisat illanvietot ja ryhmän tekemät hulvattomat reissut niin Kuusamoon koskia laskemaan kuin tutustumaan Tromsan kauniisiin maisemiin. Tiimin suurin tai ainakin korkein saavutus on Kalapatharin (5644 m) valloitus vuonna 2009. Ganeshin järjestämä ultraääni-

kongressi Kathmandussa Nepalissa ja siihen liittynyt Mount Everest -vaellus ovat ehdottomasti mieleenpainuvinta tutkimusrintaman antia. Päiviä kestänyt vaellus, uskomattomat maisemat, fyysiset koettelemukset ja perinpohjainen tutustuminen tutkimusystäviin ei unohdu koskaan.

Raskausdiabetes – tuore linkki raskaustutkimuksen ketjussa

Raskausdiabetesta tutkitaan useissa projekteissa, joita johatavat **Marja Vääräsmäki** ja **Tytti Raudaskoski**. Vuonna 2011 julkaistiin tutkimus, jossa verrattiin metformiinin ja insuliinin käyttöä raskausdiabeteksen hoidossa. Jatkossa seuraataan näistä raskauksista syntyneiden lasten kasvua ja hyvinvointia. Vuonna 2009 OYS:n naistenklinikassa aloitettiin yhdessä THL:n kanssaa FinnGeDi-tutkimus. Siinä on kaksi tutkimuslinjaa; ensimmäisessä kerätään syntyneiden lasten rekisteriin pohjautuva laaja kohortti vuoden 2009 aikana synnyttäneistä raskausdiabeetikoista ja heidän lapsistaan. Toinen linja on kliinis-epidemiologinen tutkimus, mihin osallistuvat OYS:n lisäksi HUS sekä neljä keskussairaalaa. Tutkimuksella on mahdollista selvittää erilaisia raskausdiabetekseen vaikuttavia tekijöitä, ja yhtenä ensisijaisena tavoitteena on tutkia raskausdiabeteksen genetiikkaa.



Sikiön kriittisen aortastenoosin hoito kokeellisesti perkutaanisella aortan valvuloplastialla 23 raskausviikolla Bostonin lastensairaalassa (Harvardin yliopisto). Ultraäänikuvassa punktioneulan kärki lähenee sikiön sydäntä. Toimeenpiteen tarkoituksena on estää vasemman kammion hypoplasian kehittyminen.

LISÄÄNTYMIS-LÄÄKETIEDE

PCOS, ultraääni ja hedelmöitysmenetelmät fokuksessa

● Lisääntymislääketieteen yksikön tutkimustoiminta jakautuu PCOS-tutkimukseen, ultraäänidiagnostiikkaan ja hedelmöitysmenetelmien tutkimukseen. Soveltavan perustutkimuksen puolella päämielenkiinto on kohdistunut munasarjan ja munasolun geneettisiin toimintahäiriöihin ja ohjelmoituun solukuolemaan eli apoptoosiin.

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana on valmistunut yli 10 väitöskirjaa ja yli 100 kansainvälistä artikkelia. Tutkimusyhteistyötä on tehty Oulun Väestöliiton klinikan sekä useiden muiden klinikoiden kanssa Suomessa ja ulkomailla. Työn tuloksena hedelmättömyyden hoito on muuttunut merkittävästi tehokkaammaksi ja myös potilaalle helpommaksi.

Yhden alkion siirto vähensi hedelmöityshoitojen riskejä

Kliinisessä tutkimuksessa merkittävimmät tulokset liittyvät yhden alkion siirtoon IVF-hoidoissa. **Hannu Martikaisen** aloitteesta aloitettiin vuonna 1996 ensimmäisenä maailmassa yhden alkion siirtoja koskeva tutkimus yhdessä Helsingin Väestöliiton ja Naistenklinikan kanssa ja tähän liittyvää tutkimusta tehdään edelleen. Vuonna 2001 julkaistu artikkeli on edelleen Human Reproduction -lehden 50 siteeratuimman artikkelin listalla. Muutama vuosi sitten julkaistussa väitöskirjatyössä yhden alkion siirron osoitettiin lisäävän potilasturvallisuutta, parantavan hoitotuloksia sekä säästävän merkittävästi rahaa johtuen suurelta osin tehokkaasta alkionpakastuksesta. Suomessa tehdyn alkion pakastukseen liittyvän tutkimustyön avulla olemme saaneet myös muita maita kiinnostumaan tästä aiheesta.

Oulussa aloitettiin 1990-luvulla myös hoitotulosten analysointiin tarkoitetun tietokannan rakentaminen **Candido Tomasin** toimesta. Tämä ohjelma on mahdollistanut laajojen retrospektiivisten analyysien tekemisen useiden yksiköiden aineistoista. Tällä hetkellä ohjelma on käytössä suuressa osassa Suomen klinikoita.

Valoa PCOS:n metabolisiin taustoihin

PCOS-tutkimus on ollut Oulussa perinteisesti vahvaa. Keskeisiä kysymyksiä ovat olleet metaboliset ja hyperandrogenismiin liittyvät häiriöt. Metformiinitutkimukset ja munasarjan ikääntymiseen liittyvät tutkimukset ovat saaneet ehkä eniten kansainvälistä huomiota. Tuoreet tulokset **Laure Morin-Papusen** vetämästä kansallisesta monikeskustutkimuksesta osoittivat vastoin aikaisempien kontrolloitujen tutkimusten tuloksia, että metformiini parantaa raskaustuloksia valikoimattomassa potilasaineistossa. PCOS-naisten poikkeava sokerinsieto ja kohonneet androgeenipitoisuudet säilyvät menopaussin jälkeen ja altistavat monille sairauksille.

Perustutkimus munasarjan elinkaaren jäljillä

Laboratoriopuolella tehty tutkimus on perustunut suurelta osin ainutlaatuisiin potilailta kerättyihin seerumi- ja kudosnäytteisiin, joita muualla maailmassa on vaikea saada. Erityisen arvokasta on ollut yhteistyö kliinisen kemian ja patologian kanssa. Tutkimusmetodeina ovat olleet mm. perinteiset hormonimääritykset, immunohistokemia, in situ-tutkimukset, Western-analyysit, sekvenointi, soluviljely ja uusimpana apoptoositutkimuksiin liittyen RNA:n vaimennus soluviljelyolosuhteissa. **Juha Tapanaisen** johtaman ryhmän tärkeimpiä ovat olleet havainnot, joissa osoitettiin modernein tekniikoin, että sikiökaudella munasarjoissa olevat kahdeksan miljoonaa munasolua häviävät pääosin murrosikään mennessä apoptoosin mekanismilla. Tutkimusryhmän kaikkein merkittävien löydös on vuodelta 1997, jolloin havaittiin, että FSH ei ole välttämätön spermatogeneesin käynnistymiselle. Nämä tutkimukset tehtiin yhteistyössä Kristiina Aittomäen kanssa. Vastikään kuopiolaisten lastenlääkärien kanssa havaitsimme, että samoin kuin pojilla, tytöillä on myös minipuberteetti heti syntymän jälkeen. Tämä tulos on vastoin aikaisempaa oppikirjatietoa.

Kalapatharin huippu ja upeimmat näkymät Mount Everestille ovat viela kolmen vaelluspäivän päässä. Hyvässä hapessa miltei 4,5 km korkeudessa Juha Tapanainen, Ganesh Acharya (Tromssa) ja Torvid Kiserud (Bergen). Taustalla siintelee Ama Dablam 7000 m korkeudessa.

GYNEKO-LOGINEN ONKOLOGIA

● Useita syöpien etiologisia tekijöitä (tupakansavu, alkoholi, mikrobit, säteily, ylipaino) yhdistävänä tekijänä pidetään lisääntynyttä vapaiden radikaalien tuotantoa. Jos vapaiden radikaalien määrä soluissa kasvaa huomattavasti johtuen esimerkiksi kiihtyneestä metaboliasta, säteilystä tai hypoksiasta, eivätkä radikaaleja tuhoavat järjestelmät indusoidu riittävästi ja soluihin syntyy oksidatiivinen stressitilanne. **Ulla Puistola** oppilaineen on tutkimuksissaan havainnut, että oksidatiivisella stressillä on osoitettu olevan selkeä

Ovariotutkijat Iso-Syötteellä jälkikaronkassa. Keskellä vastaväittäjä Håkan Billig Göteborgista.

karsinogeeninen vaikutus, ja stressiä voidaan mitata erityisillä markkereilla. Esimerkiksi 8-hydroksideoksiguanosiinin ekspression on havaittu liittyvän huonompaan ennusteeseen

Ryhmän tutkimusten tarkoituksena on löytää uusia prognostisia syövän ennustekijöitä ja löytää ne preinvasiivista tautia sairastava potilaat, joilla on korkein syöpäriski ja jotka tarvisisivat intensiivisimpää seurantaa. Tutkimus antioksidatiivisten entsyymien vaikutuksesta karsinogeneesiin ja vaikutuksesta ennusteeseen voi avata uusia näkökulmia uudentyyppisten hoitojen kehittämiseen. Oksidatiivisen stressin osuutta PCOS:ssa ja endometrioosissa ja näiden tautien merkitystä syövän riskitekijänä tutkitaan parhaillaan.

GYNEKOLOGINEN KIRURGIA

● Ryhmän kliiniset projektit liittyvät kohdun limakalvon lämpöpallohoitoon runsaiden kuukautisten hoidossa sekä ponnistusinkontinenssin ja vaginaprolapsin uusiin operatiivisiin hoitomuotoihin. Termoablaatiotutkimuksessa selvitetään lämpöhopidon vaikutuksia myöhemmin tapahtuvaan kohdun limakalvon ja kohtuontelon diagnostiikkaan. Retrospektiivinen inkontinenssitutkímus perustuu vuosina 1996–2004 tehtyihin TVT -ja TOT-leikkauksiin, joiden pitkäaikaisvaikutuksia, muun muassa eroosiota ja muita komplikaatioita, kartoitetaan.

Kirurgisen ryhmän muissa projekteissa tutkitaan gynekologisten syöpien merkkiaineita. Mielenkiinto kohdistuu matrix metalloproteinaasien (MMP), niiden inhibiitoreiden (TIMP) sekä claudiinien ilmentymiseen syöpäkudoksessa. Claudiini-5 näyttää korreloivan aggressiiviseen käyttäytymiseen ovarion adenokarsinomassa ja TIMP-2 on hyvän ennusteen markkeri endometriumin adenokarsinomassa. Senioritutkijoina kirurgisessa ryhmässä ovat **Markku Santala** ja **Anne Talvensaari-Mattila**.

GENETIIKKA JA SIKIÖSEULONNAT

● Ensimmäisen trimesterin Down-seulonnan tutkimuksissa on selvitetty seulonnan toimivuutta eri ikäryhmissä. Kysymyksinä ovat olleet muun muassa, kuinka paljon tarvitaan myös invasiivisia toimenpiteitä, että yksi Down löytyy, ja mitkä tekijät johtavat väärän positiivisen seulontatuloksen syntymiseen. Voidaanko uusien merkkiaineiden avulla vähentää väärien positii-

visten tulosten määrää niin, että seulontatestin herkkyys säilyy ennallaan tai paranee. Lisäksi tutkitaan, paljastavatko Down seulonnan merkkiaineet myös vaikeita raskauskomplikaatioita. Tähän liittyen tutkitaan, mitkä uudet merkkiaineet istukan kasvutekijän (PlGF) lisäksi soveltuvat pre-eclampsian seulontaan 1. trimesterissä. Ideana on, että Down seulonta-näytteistä tutkitaan pre-eclampsian merkkiaineita ja riskinlaskentaohjelma laskee riskiluvun myös pre-eclampsialle. Muita tutkimuskohteita ovat pre-eclampsian alttiusgeenit ja kohdun myoomien genetiikka.

Tutkimuksen johtaja **Markku Ryynänen** korostaa, että ei sovi unohtaa myöskään "syväreiden" tekijöitä. Heistä aina joku innostuu jatkamaan tutkimusta. Tutkimukseen innoittajana toimii myös tutkimusprojektien esittely kandidaattien kurssivierailujen yhteydessä ulkomaisissa klinikoissa.

Oulun naistenklinikan tutkimusprojektit 2012		
	Johtaja	Klinikan ulkopuoliset yhteistyökumppanit
Ultraääni ja raskaus		
Sikiön sydämen toiminnan tutkiminen kokeellisessa lammasmallissa	Juha Räsänen	G. Acharya, Tromso; J. Huhta, Florida; L. Davis, A. Hohimer, Oregon; O. Vuolteenaho, OY; T. Erkinaro, OY
Sikion kasvunhidastuma: Kardiovaskulaarinen ja neurologinen pitkäaikaisennuste	Kaarin Mäkikallio	H. Huikuri OY; N. Hautala, OY; N. Stein, Toronto,
Sikion kasvunhidastuma ja lyhytaikaisennuste	Kaarin Mäkikallio	E. Jaeggi, Toronto; J. Kingdom, Toronto
Sikion kasvunhidastuma ja sytokiinit	Kaarin Mäkikallio	T. Kaukola, OY; M. Ojaniemi, OY; M. Hallman, OY
Aortan istmuksen verenvirtaus ja raskauden ennuste	Kaarin Mäkikallio	J.C. Fouron, Montreal; E. Jaeggi ja R. Windrim, Toronto
Alkuraskauden kulku IVF-hoidon ja spontaanin hedelmöittymisen jälkeen	Ilkka Järvelä	
FinnGeDi-tutkimus, kansallinen raskausdiabetestutkimus	Anneli Pouta	HUS, keskussairaalat: Etelä-Karjala, Satakunta,
	Marja Vääräsmäki	Kainuu, Etelä-Pohjanmaa
Metformiini raskausdiabeteksen hoidossa	Tytti Raudaskoski	
	Marja Vääräsmäki	
Lisääntymislääketiede		
Munasarjan geneettiset häiriömekanismit	Juha Tapanainen	K. Aittomäki, HY; A. Salumets, Tarto; L. Dunkel, Lontoo
Munasarjan apoptoosin säätely	Juha Tapanainen	J. Klefström, HY; J. Toppari, TY; M. Poutanen, TY; M. Heikinheimo, HY; A. Liakka, OY; A. Hsueh, Stanford
Alkiokuoren anomalioiden vaikutus hedelmällisyyteen	Juha Tapanainen	Väestöliitto, Oulu
PCOS-naisten ikääntymiseen liittyvät hormonaaliset ja metaboliset muutokset	Juha Tapanainen	A. Ruokonen, OY; K.-H. Herzig, OY
PCOS-naisten pitkäaikaiset terveysriskit ja niiden ehkäisy	Juha Tapanainen	M. Savolainen, OY
Hedelmöityshoitojen tuloksiin vaikuttavat tekijät	Hannu Martikainen	C. Tomas, AVA; A. Tiitinen, HY
Alkion pakastuksesta syntyneiden lasten seuranta	Anna-Liisa Hartikainen	A. Tiitinen, HY
Metformiinin vaikutus hedelmällisyyteen ja raskauden kulkuun PCOS-naisilla	Laure Morin-Papunen	Naistenklinikat, HY, TaY, TY, ISY
Testosteronieritys eri ikäkausina PCOS-naisilla	Laure Morin-Papunen	E. Steiner-Victorin, Göteborg; I. Sundström-Poromaa, Uppsala; E. Vanky, Trondheim; A. Ruokonen, OY
Ehkäisypillerin ja -laastarin vertailu PCOS-naisilla	Laure Morin-Papunen	A. Ruokonen, OY
Ovulaation induktioajankohdan merkitys inseminaatiohoidossa	Ilkka Järvelä	H. Evers, Maastricht
Alkiopakastuksesta syntyneiden lasten seuranta	Anna-Liisa Hartikainen Hannu Martikainen	A. Tiitinen, HY; Väestöliitto, Oulu ja Helsinki
Gynekologinen kirurgia	Markku Santala Anne Talvensaari-Mattila	
Kohdun limakalvon lämpöpallohoito runsaiden kuukautisten hoidossa		
Matrix metalloproteinaasit (MMP), niiden inhibiittorit (TIMP) ja claudiinit munasarjojen ja ulkosynnyttimien kasvaimissa sekä niiden ilmentyminen ja merkitys kohdun runko-osan syövässä		T. Turpeenniemi-Hujanen, OY; Y. Soini, ISY
Metalloproteinaasit ja niiden inhibiittorit poikkeavassa raskaudessa		
Naisen ponnistusinkontinenssin ja vaginaprolapsin uudet operatiiviset hoitomuodot		
Ensimmäisen ja toisen trimesterin raskauden keskeytyksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät		
Gynekologinen onkologia		
Oksidatiivinen stressi ja syöpä	Ulla Puistola	P.Karihtala, OY; S.Kauppila, OY
Oksidatiivinen stressi syövän täsmälääkkeiden prediktiivisenä tekijänä	Ulla Puistola	P.Karihtala, OY; A. Jukkola, OY
Munasarjakasvainten merkkiaineet ja niiden kliininen käyttö	Juha Tapanainen	Naistenklinikat, TY, HY, ISY
Genetiikka ja sikiöseulonnat	Markku Ryynänen	
Raskaudenaikaiset seulonnat		P. Nieminen, OY; P. Laitinen, HUS; L. Risteli, Naistenklinikat; ISY, HY; T. Honkasalo, Turku; C. Christiansen, Kööpenhamina
Pre-eclampsian molekyylibiologia		L. Risteli, OY; P. Nieminen, OY
Myoomien ja endometrioosin genetiikka		A. Palotie, Cambridge; L. Aaltonen, HY
Pohjois-Suomen syntymäkohorttitutkimukset		
Raskauden aikaisen verenpainetaudin vaikutus äidin ja syntyvän lapsen terveyteen	Anneli Pouta	E. Kajantie, THL
Raskaudenaikaisen sokerimetabolian häiriöiden vaikutus äidin ja lapsen terveyteen	Marja Vääräsmäki	E. Kajantie, THL
PCOS-oireisen naisen ja hänen lapsensa terveys	Laure Morin-Papunen	
Endometrioosin kehittymiseen vaikuttavat tekijät	Hannu Martikainen	
Raskaudenaikaisen kilpirauhasen toiminnan vaikutus raskauden kulkuun ja lapsen kehitykseen ja terveyteen	Eila Suvanto	
Raskaudenkeskeytyksen vaikutus naisen myöhempään lisääntymiseen	Maarit Niinimäki	O. Heikinheimo, HY

POHJOIS-SUOMEN SYNTYMÄ-KOHORTTI-TUTKI-MUKSET VUOSILTA 1966 JA 1986

Kohorttikokouksen osanottajia Levillä.

● Syntymäkohorttitutkimukset kuuluvat elämänkaaritutkimuksiin, joissa seurataan kliinis-epidemiologisin keinoin kohortin jäseniä kohdusta hautaan. Tutkimus on monitieteellistä ja eri lääketieteellisten alojen lisäksi mukana ovat ravitsemustiede, sosiologia, käyttäytymistieteet ja tilastotieteet. Yhteistyökumppaneita on lukuisia sekä kotimaisissa yliopistoissa että ulkomailla, etenkin Imperial Collegessa Lontoossa, missä kohortin johtaja **Marjo-Liisa Järvelin** toimii professorina. Genetiikka ja siihen liittyen kandidaattigeenien metsästys ovat lisänneet tutkimuskumppaneiden määrää merkittävästi. Kohortin perusti lastenlääkäri Paula Rantakallio, ja Anna-Liisa Hartikainen tuli tutkimusprojektiin mukaan 1968 obstetriseksi asiantuntijaksi. Anna-Liisan lisäksi **Anneli Pouta** on toiminut koordinaattorina ja linkkinä naistenklinikkaan. Vuoden 1966 kohorttiin kuului 12 000 ja vuoden 1986 kohorttiin 9 500 äitiä ja heidän lapsensa. Kohorttilaiset ovat olleet uskollisia ja osallistuneet tähän saakka kiitettävästi poikkileikkaustutkimuksiin, joita on tehty 1966-kohortille jäsenten täyttäessä 31 vuotta ja 1986-kohtortille 16-vuotiaina. Poikkileikkauksiin ovat kuuluneet haastattelut ja laajat kliiniset tutkimukset verinäytteineen. Vuonna 2012 alkava vanhemman kohortin poikkileikkaustutkimus on suurisuuntaisin kustannuksiltaan, yli 2 milj. euroa. Tässä poikkileikkauksessa obstetris-gynekologinen tutkimus on vahvasti mukana.

PCOS:n pitkäaikaisseuraamuksiakin tutkitaan

Yhtenä keskeisenä tutkimuksen kohteena kohorteissa on ollut PCOS. PCOS-oireiden vaikutuksia on selvitetty alkuraskauden keskenmenoihin, fertiliteettiin ja lapsilukuun 31-vuotiaana. Merkittävä havainto on ollut se, että keskenmenot eivät ole lisääntyneet PCOS-oireisilla naisilla. Randomoidussa metformiini-tutkimuksessa saadut tulokset ovat vahvistaneet löydöstä. 16-vuotiaana mitatun testosteronipitoisuuden ennustearvon merkitys myöhemmälle sairastavuudelle on yksi osaprojekteista. Vastaavanlainen tutkimus on menossa myös vanhemmassa kohortissa, missä selvitetään kohonneen testosteronin ja siihen liittyvien metabolisten häiriöiden vaikutuksia raskauskomplikaatioihin ja vastasyntyneen terveyteen.

Raskausdiabetes ennustaa myöhempää terveyttä

Kohortin puitteissa on tutkittu laajasti myös raskausdiabetesta. Tuoreessa väitöskirjatutkimuksessa todettiin, että metabolisten ongelmien kuten hypertension ja diabeteksen riski oli merkitsevästi lisääntynyt erityisesti ylipainoisilla raskausdiabeteksen sairastaneilla naisilla. Samassa aineistossa myös syntyneen lapsen ylipainon ja metabolisten ongelmien todettiin korreloivan erityisesti äidin raskauden aikaiseen ylipainoon. Vastikään on päättynyt THL:n kanssa yhteistyössä tehty kohorttiin pohjautuva ESTER-tutkimuksen kliininen vaihe: siinä yhtenä ryhmänä tutkittiin raskausdiabeetikoiden lapsia 23–25 vuoden iässä, ja ensimmäisiä tuloksia on odotettavissa vuoden kuluessa.

Kohortista tietoa myös kilpirauhasen toiminnasta

Syntymäkohortteja hyödyntää myös ”Thyroteam”, jonka tutkimusaiheet keskittyvät äidin raskaudenaikaisen kilpirauhasen toimintahäiriön vaikutuksiin raskauteen sekä syntyvän lapsen ja äidin terveyteen. Syntymäkohorttien lisäksi tutkimusaineistona on THL:n neuvolaserologian laboratorion seerumipankki, johon on jo 1980-luvulta lähtien lähetetty kaikki Suomen äitiysneuvoloiden alkuraskausseeruminäytteet. Suomi on erityisen hyvä alue tutkia kilpirauhastoiminnan vaikutuksia, sillä meillä ei ole jodinpuutetta, toisin kuin monilla alueilla ympäri maapallon. Tähän mennessä **Eila Suvannon** vetämä ryhmä on julkaissut suomalaiset alkuraskauden kilpirauhashormonien viitearvot huomioiden äidin BMI, ja niitä voi käyttää kliinisessä työssä. Tutkimusten perusteella äidin kilpirauhastoiminta vaikuttaa sikiön ja istukan painoon. Kilpirauhasvasta-ainepositiivisten äitien lapsilla todettiin enemmän perinataalikuolemia. Äidin kilpirauhasen toimintahäiriö ei näyttäisi aiheuttavan raskauskomplikaatioita, mutta äitien riski sairastua myöhemmin kilpirauhassairauksiin ja diabetekseen on kasvanut. ■

■ Teksti SUSANNA TIMONEN, AYDIN TEKAY ja NANNA SARVILINNA

Sikiön bradykardia?

Syklissä alkaa uusi sarja, jossa julkaistaan tuoreita, mielenkiintoisia ja opettavaisia KTG-STAN-tapauksia elävästä elämästä.

Tapaus 1/2012

Kyseessä on 35-vuotias normaalipainoinen perusterve G3P1, joka oli synnyttänyt ensimmäisen lapsensa ongelmitta alakautta. Nykyraskauden kulussa ei ollut poikkeavaa, ja neuvolakortin merkinnät olivat kunnossa.

Synnyttäjä saapui synnytysvastaanottoon raskausviikolla 39+1 klo 21.00 parin tunnin kuluttua lapsivedenmenosta (tulokäyrä, kuva 1). Lapsivesi oli tulovaiheessa kirkasta. Kohdunsuu oli sairaalaan tullessa auki 3 cm, ja kanavaa oli jäljellä 2 cm, ja supistukset olivat säännöllisiä. Klo 23.20 aloitettiin NaCl 0,9 % 1000 ml-infuusio, ja synnyttäjä sai lisäksi epiduraalipuudutuksen.

Ensimmäinen STAN-hälytys (kaksivaiheinen ST) tuli klo 23.01, toinen klo 23.05 ja kolmas klo 23.21 (T/QRS-peruslinjan nousut 0,14 ja 0,06, kuva 2). Tuolloin kohdunsuu oli edelleen auki 3 cm ja paksu reuna jäljellä. Neljäs STAN-hälytys T/QRS-peruslinjan nousun (0.16) vuoksi tuli klo 23.33.

Klo 23.56 sikiön sykkeen perustaso romahti ensimmäisen kerran tasolle 60–65/min (kuva 3). Bradykardiajaksoa kesti 5 minuutin ajan, ja samassa yhteydessä tuli viides STAN-hälytys kaksivaiheisen ST:n vuoksi. Bradykardian aikana mitattu äidin pulssi oli 90/min. Äiti siirtyi konttausasentoon ja sai lisähappea, ja KTG:n perustaso palasi normaaliksi.

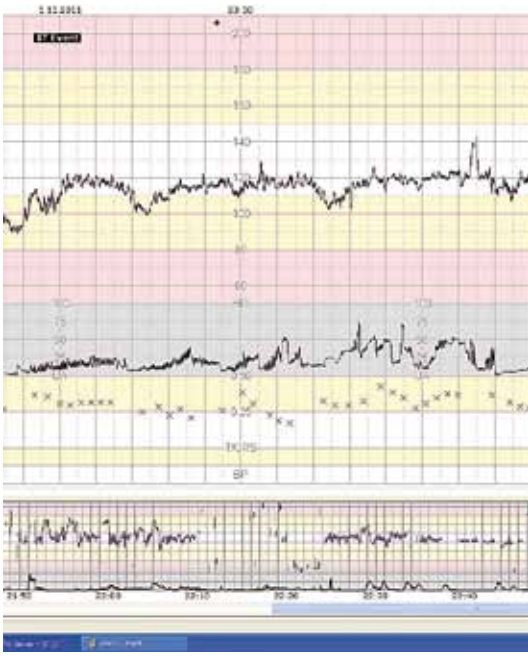
Klo 00.16 tuli kuudes STAN-hälytys (peruslinjan nousu 0,06), ja tästä minuutin kuluttua KTG:n perustaso romahti toistamiseen tasolle 65/min, jossa se pysyi toimenpiteistä huolimatta 5 minuutin ajan. Viimeinen STAN-hälytys peruslinjan nousun vuoksi (0,09) tuli klo 00.20 bradykardian aikana.

Kysymykset:

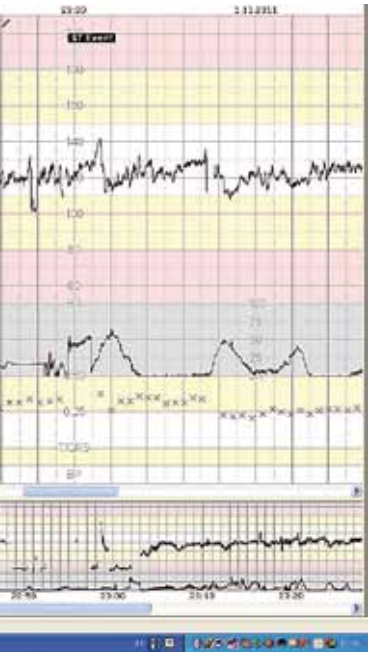
– Oliko käyrässä asfyksiaan viittaavaa?
– Jos oli, niin mikä siihen viittasi?
– Mitä sinä olisit tehnyt?

Kuva 1

Kuva 2



Lue tapauksen ratkaisu ja perinatologien kommentit seuraavalta sivulta. ▶



Kuva 3

Tapauksen ratkaisu:

Päivystäjä teki hätäsektiopäätöksen toisen bradykardiajakson kestettyä 5 minuuttia. Klo 00.28 syntyi virkeä poika kirkkaasta lapsivedestä. Apgar-pisteet olivat 9-10-10, napavaltimon pH 7,32 (BE 0,3) ja napalaskimon pH 7,33 (BE 1,7). Napanuora ei ollut poikkeavasti kiertyneenä, istukka syntyi täydellisenä, ja kokonaisverenvuoto oli 1300 ml.

Perinatologi I:n kommentti:

Kyseessä oli mitä ilmeisimmin rekisteröintiin liittyvä tekninen ongelma. Käyrässä esiintyneet merkittävät hidastumiset eivät mitenkään yhdy peruskäyrään (eivät alku- eivätkä loppupäästään). Ne ovat myös luonteiltaan täysin eri oloisia kuin peruskäyrä, joka on muuten – muutamaa komplisoitumatonta hidastumaa lukuun ottamatta – hyvä. Vaihtelu etenkin loppusuoralla on moitteeton.

Tulee vaikutelma, että KTG-kone ei jostain syystä pysty rekisteröimään käyrää normaaliin tapaan, vaan sikiön syke puolittuu ja paperille piirtyy matala syke. Bradykardiajakso on aika tasaista ja pulssi on täsmälleen puolet siitä mikä on sikiön sykkeen perustaso. Olisi melko yllättävää, että 4–5 minuuttia kestäneen bradykardian jälkeen käyrä heti olisi jälleen priimaa, jos kyseessä olisi sikiöasfyksia.

On mahdollista, että bradykardiajaksojen aikana sikiöllä oli ohimenevä rytmihäiriö (mm. re-entry-tyyppinen supravetrikulaarinen takykardia, bigemini, trigemini), jolloin laite ei pystynyt piirtämään pulssia normaalisti. Hyvät syntymä-pH:t ja Apgar-pisteet puoltavat ajatusta, että kyseessä ei ollut kyse sikiön hapeenpuutteesta.

Itse en olisi leikannut heti hätäsektiona, vaan olisin ottanut mikroverinäytteen ja mahdollisesti todennut sikiön rytmihäiriön bed-side ultraäänitutkimuksessa. Silti on hyvin mahdollista, että olisi päätetty sittenkin sektiosta, koska avautumisvaihe oli varsin alullaan ja sama ilmiö oli odotettavissa jatkossakin. Päällimmäisenä tavoitteena on aina välttää asfyksian mahdolliset seuraukset, joten tässä on toimittu oikein. Lisäksi jälkiviisaus on aina helpompaa kuin elävässä elämässä asioista päättäminen.

Event Log	Info	ECG Average
21:09		LVM 1.11 klo 18.30
21:09		ks 3cm, 2cm kanavaa
21:15 - 21:16		HR-signaali menetetty US2
21:30 - 21:38		HR-signaali menetetty US2
21:36 - 21:38		T/QRS:n peruslinjaa ei ole määritelty
21:40 - 21:41		HR-signaali menetetty US2
21:40		ks sama
21:46 - 21:50		HR-signaali menetetty US2
22:11 - 22:24		HR-signaali menetetty US2
22:25		virts. alaasteille +, ks 3 cm, cx 1 cm, korkealla takana
22:34 - 22:35		HR-signaali menetetty US2
22:38 - 22:40		HR-signaali menetetty US2
22:44 - 22:49		HR-signaali menetetty US2
22:51 - 22:58		HR-signaali menetetty US2
22:56 - 23:09		T/QRS:n peruslinjaa ei ole määritelty
23:01		**Kaksivaiheinen ST** ✓
23:03 - 23:04		HR-signaali menetetty FECG
23:05 - 23:06		**T/QRS:n hetkellinen nousu 0,14** ✓
23:09		T/QRS:n peruslinja määritetty
23:17		lpk.vater +, tippa+, o2+, ks 3 cm, pehmu reuna
23:21		**T/QRS-peruslinjan nousu 0,06** ✓
23:31 - 23:35		ST:n signaali menetetty
23:33 - 23:34		**T/QRS:n hetkellinen nousu 0,16** ✓
23:57 - 00:05		ST:n signaali menetetty
23:59		**Kaksivaiheinen ST** ✓
00:02		äidin pulssi 90
00:03		o2, kontitaussento
00:16 - 00:23		ST:n signaali menetetty
00:16		**T/QRS-peruslinjan nousu 0,06** ✓
00:20		**T/QRS-peruslinjan nousu 0,09** ✓
00:22		HR-signaali menetetty FECG (aktiivinen)

Perinatologi II:n kommentti:

Klo 21.10 alkavassa rekisteröinnissä on alkuun noin. 20 min jakso, jolloin akseleraatioita ei tule esiin, mutta perustaso on normaali ja merkittäviä hidastumisia ei ole. Avautumisvaiheessa tällainen KTG on normaali, mikäli kesto on alle 40 minuuttia. Klo 22 aikoihin KTG:ssä on hyvä perustaso (120–130), vaihtelevuus on hyvä ja akseleraatioita tulee esiin runsaasti merkkinä sikiön hyvästä happeutumisesta. Klo 23.21 nähdään T/QRS-suhteen peruslinjan nousu 0,06, mutta KTG on tuolloin normaali, joten toimenpiteitä ei tarvita. Vuorokauden vaihtuessa KTG:n perustaso rekisteröityy pariin otteeseen tasolle 60, mutta kyseessä on ilmeinen tekninen ongelma, sillä samaan aikaan menetetään ST-signaali (laite ilmoittaa signaalin menetyksen ja rasteja ei piirry). Tapahtumien välillä KTG on normaali kertoen sikiön voivan edelleen hyvin. Myös sykekäyrän muoto viittaa ongelmaan, sillä rekisteröidyn syketason pudotus varsinkin toistuvana näin hetkellisesti on erittäin harvinaista ja epätodennäköistä.

Tässä tilanteessa olisi voitu tarkistaa sikiön todellinen syketaso ultraäänellä. Mikäli syke olisi ollut normaali tai kyseessä olisi ollut rytmihäiriö, olisi tärkein toimenpide rekisteröinnin laadun parantaminen. Mikäli kyseessä olisi ollut puhtaasti tekninen, korjattavissa oleva ongelma, olisi synnytystä ja rekisteröintiä voitu jatkaa normaalisti. Rytmihäiriötilanteissa on mahdollista, että laite ei kykene keräämään riittävästi informaatiota analyysia varten ja ilmoittaa hälytyksiä (ST-Event), jolloin sikiön happeutumista voi arvioida esimerkiksi mikroverinäytteiden perusteella.

Synnytystä tulee kuitenkin hoitaa aina kokonaisuutena, jossa huomioidaan myös kohdunsuun tilanne, avautumisen eteneminen ja muut vaikuttavat tekijät. Mikäli sikiön vointia ei saada luotettavasti seurattua, on sektio luonnollisesti aina vaihtoehto. ■

■ Teksti SEIJA ALA-NISSILÄ ja PENTTI KIILHOLMA

Naisten virtsankarkailun Käypä hoito -suositus päivitetty

Käypä hoito -suosituksen kirjoittanut työryhmä
Pentti Kiilholma (pj)
Seija Ala-Nissilä (kokoava kirjoittaja)
Pauliina Aukee
Aarre Kivelä
Tomi Mikkola
Antti Valpas
Piia Vuorela (Käypä hoito- toimittaja)
Olavi Airaksinen, fysiatri
Heidi Alenius, lääkäri-toimittaja, terveyskeskuslääkäri
Ilkka Perttilä, urologi
Juhani Ruutiainen, neurologi
Maria Nuotio, geriatri
Pirjo Räsänen, erikoissairaanhoitaja, uroterapeutti
Minna Törnävä, fysioterapeutti

Vuonna 2006 julkaistu Naisten virtsankarkailun Käypä Hoito -suositus on nyt päivitetty ja se on luettavissa www.kaypahoito.fi -sivulla. Virtsankarkailua esiintyy 5–58 %:lla naisista. Suuri vaihtelevuus johtuu tutkimuksissa käytetyistä erilaisista haastatteluja kyselymenetelmistä sekä erilaisista virtsankarkailun määritelmistä.

Karkailulla voidaan tarkoittaa pienenkin määrän satunnaista lirahdusta tai päivittäistä ja objektiivisesti todettua karkailua. Merkittäväksi tai vaikeaksi karkailu määritellään silloin, kun se koetaan sosiaaliseti tai hygieenisesti haittaavaksi. Suomalaisnaisilla 25–60-vuotiailla esiintyvyys on 20 % ja yli 70-vuotiailla 59 %. Laitoshoidossa virtsankarkailua esiintyy jopa 50–80 %:lla. Vaivaansa apua hakeneiden osuus (3–60 %) ei näytä muuttuneen ajan kuluessa, vaikka tietoa virtsankarkailusta ja sen hoidoista on helposti saatavilla eikä vaivaa enää hävetä ja salata niin paljon kuin aiemmin.

Ikä, sairaudet ja ylipaino lisäävät virtsankarkailua

Ikä on merkittävin virtsankarkailun riskitekijä. Ponnistuskarkailua esiintyy eniten 50–59-vuotiailla kun taas vanhemmissa ikäryhmissä pakko- tai sekamuotoinen karkailu lisääntyy lineaarisesti iän myötä. Iäkkäillä aivojen kuvantamistutkimuksissa havaittavat aivojen syvien osien verenkierrolliset valkean aineen muutokset ovat yhteydessä pakkotyyppisiin virtsaamisvaivoihin ja pakkovirtsankarkailuun. Lisäksi iäkkäiden virtsankarkailu on yhteydessä heikentyneeseen toiminta- ja liikuntakykyyn sekä moniin kroonisiin sairauksiin ja joihinkin lääkkei-

siin, joista suosituksessa on taulukko. Iäkkäillä henkilöillä virtsankarkailu on usein laitoshoitoon joutumista lisäävä tekijä ja sen hoito aiheuttaa yhteiskunnalle suuria kustannuksia.

Raskaus ja synnytys lisäävät ponnistus- ja sekamuotoista virtsankarkailua hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Keisarileikkauksen jälkeen esiintyy vähemmän karkailua kuin alatiesynnytyksen jälkeen, mutta ero häviää vaihdevuosi-ikään mennessä. Synnytystapa tuleekin ratkaista synnytysopillisin perustein, sillä synnytystavasta riippumatta joka neljännellä naisella todetaan virtsankarkailua 20 vuotta ensimmäisen synnytyksen jälkeen. Kohdunpoiston vaikutuksesta myöhempään virtsankarkailun riskiin on ristiriitaisia tuloksia, mutta se näyttää kuitenkin lisäävän riskiä joutua virtsankarkailun takia leikkaukseen.

Virtsankarkailun jaottelu
Ponnistusvirtsankarkailu (stress urinary incontinence, SUI)
Pakkovirtsankarkailu (urgency urinary incontinence, UUI)
Sekamuotoinen virtsankarkailu (mixed urinary inconentinence, MUI)
Ylivuotovirtsankarkailu (overflow urinary incontinence), liittyy virtsarakon akuuttiin tai krooniseen tyhjenemishäiriöön eli retentioon.

Virtsan varastoimista ja rakon tyhjentämistä ohjaa monimutkainen neurologinen säätely, ja virtsankarkailua esiintyykin useiden neurologisten sairauksien yhteydessä. Muistisairauksissa, Parkinsonin ja MS-taudissa oireet lisääntyvät taudin edetessä. Nuorella naisella virtsankarkailu voikin olla MS-taudin ensimmäinen oire.

Diabetesta sairastavilla naisilla on suurentunut pakko- ja sekamuotoisen virtsankarkailun riski ja karkailu on usein vaikeampaa kuin diabetesta sairastamattomilla. Diabeteksen vaikutus virtsankarkailuun voi välittyä neuropaattisten tai mikrovaskulaaristen muutosten tai hyperglykemian indusoiman polyurian kautta. Myös selkäkipu ja virtsankarkailu saattavat olla yhteydessä toisiinsa.

Ylipaino on myös naisen virtsankarkailun merkittävä riskitekijä, ja riski kasvaa painoindeksin suurentuessa. Vaikeaksi koetun karkailun riski on lihavilla (BMI > 30) yli kolminkertainen normaalipainoisiin verrattuna. Jo 5–10 %:n laihdutus vähentää merkitsevästi virtsankarkailukertojen määrää ja parantaa elämänlaatua. Myös leikkauksella laihduttaminen auttaa.

Runsas tupakointi lisää sekamuotoista karkailua, virtsapakko-oireita ja tihentynyttä virtsaamistarvetta. Tupakoinnin vaikutus virtsankarkailuun voi välittyä osittain epäsuorasti hengitystieoireiden lisääntymisen kautta ja myös suoraan nikotiinireseptoreiden kautta.

Diagnoosi lähtee haastattelusta

Moniin elintapoihin liittyviin virtsankarkailun riskitekijöihin voidaan vaikuttaa painonhallinnalla, lihaskunnon ylläpidolla, tupakoinnin lopettamisella ja ummetuksen hoidolla.

Virtsankarkailun perustutkimukset ja konservatiivinen hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Virtsankarkailun diagnostiikan tavoitteena on määrittää sen tyyppi, syy, vaikeusaste ja vaikutus elämänlaatuun.

Potilaan haastattelu on diagnostiikan kulmakivi ja sen apuna käytetään erottelupiste- ja haitta-astelomakkeita sekä virtsaamispäiväkirjaa, jotka löytyvät suosituksesta. Gynekologisessa tutkimuksessa selvitetään limakalvojen ja lantionpohjan lihasten kunto ja laskeumat sekä alavatsan mahdolliset kasvaimet. Tarvittaessa mitataan jäännösvirtsan määrä kaikukuvauksella tai kertakatetroimalla. Laboratoriotutki- ▶

Naisten virtsankarkailun Käypä hoito -suositus päivitetty

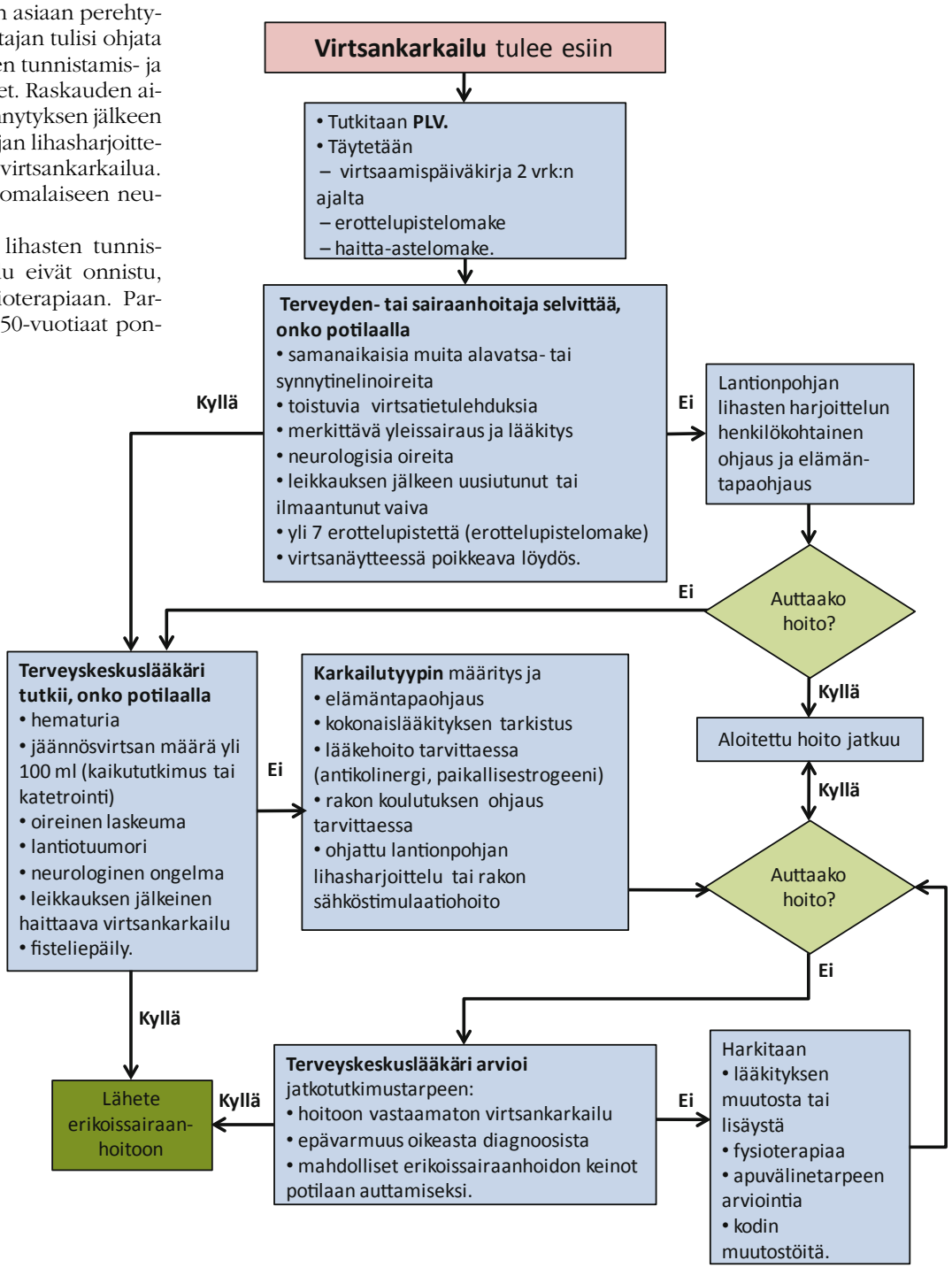
muksina riittävät virtsan kemiallinen seulonta ja tarvittaessa mikroskopia, bakteriologiset värjäykset ja viljely, jotta voidaan sulkea pois infektiot ja rakkosyöpä.

Hoito valitaan karkailutyypin ja vaikeusasteen mukaan

Omatoiminen lantionpohjan lihasharjoittelu ja tarvittaessa siihen yhdistetty rakon koulutus (potilasohje suosituksessa) on ensisijainen hoito ponnistusvirtsankarkailussa. Pelkästään kirjallinen ohje ei riitä, vaan asiaan perehtyneen lääkärin tai hoitajan tulisi ohjata lantionpohjan lihasten tunnistamis- ja supistamisharjoitukset. Raskauden aikana aloitetulla ja synnytyksen jälkeen jatketulla lantionpohjan lihasharjoittelulla voidaan estää virtsankarkailua. Tämä sopii hyvin suomalaiseen neuvolajärjestelmään.

Jos omatoiminen lihasten tunnistaminen ja harjoittelu eivät onnistu, potilas ohjataan fysioterapiaan. Parhaiten hyötyvät alle 50-vuotiaat ponnistuskarkailusta kärsivät naiset. Myös yli 70-vuotiailla erityisesti lihaskuntoharjoitteluun yhdistetty lantionpohjan lihasten harjoittelu vähentää virtsankarkailua. Kuten kaikessa lihasharjoittelussa, vaikutuksen ylläpitämiseksi omatoimista harjoittelua pitäisi jatkaa säännöllisesti vähintään kaksi kertaa viikossa. Emättimen kautta annetusta häpyhermon sähköstimulaatiohoidosta on hyötyä pakkovirtsankarkailun hoidossa. Säärihermon sähköstimulaatiohoidosta on myös apua. Näitä voidaan antaa kotihoitona.

Pakkovirtsankarkailun hoitoon käytetään antikolinergisia (eli antimuskariini-) lääkkeitä, joista Suomessa ovat saatavilla oksibutyniini, tolterodiini, trospiumkloridi, solifenasiini, darifenasiini ja fesoterodiini. Hoidossa tulee huomioida vasta-aiheet kuten virtsaumpi, ahdaskulmaglaukooma, my-



© Virtsankarkailu (naiset) Käypä hoito -työryhmä

astenia gravis ja vaikea paksusuolen tulehdus sekä haittavaikutukset, joista yleisimpiä ovat suun ja silmien kuivuminen ja ummetus. Ilta-annostelulla voidaan lisätä lääkkeen siedettävyyttä. Lääkkeen tehoa tulisi arvioida määräajoin, sillä pitkäaikaisista haittavaikutuksista ei juuri ole tutkittua tietoa.

Emättimeen annosteltava paikallinen estrogeenihoito saattaa helpottaa pakkokarkailun oireita ja subjektiivista apua voidaan saada myös ponnistuskarkailuun, vaikka tästä ei olekaan objektiivista näyttöä.

Ponnistuskarkailu leikataan, jos konservatiivinen hoito ei auta

Virtsankarkailuleikkauksia tehtiin Suomessa vuonna 2009 noin 2 000. Nykyisin vakiintuneita leikkausmenetelmiä ovat vähän kajoavat retropubisesti (TVT) tai obturator-kuopan kautta (TOT, TVT-O) tehtävät nauhaleikkaukset, jotka ovat syrjäyttäneet aiemmin käytössä olleet tekniikat. Näissä yleensä paikallispuudutuksessa tehtävissä leikkauksissa asetetaan sulamaton verkkonauha virtsaputken keskiosan alle. Ongelmitta sujuneen leikkauksen jälkeen ei tarvita jälkitarkastusta, mutta myöhemmin ilmenevät virtsaamis-, emätin- tai kipuoireet edellyttävät yhteydenottoa leikanneeseen yksikköön tai lähetettä erikoissairaanhoitoon.

Tension-free vaginal tape eli TVT-leikkaus, jonka 11 vuoden paranemistulokset ovat 84–90 %, on parhaiten tutkittu ja dokumentoitu nauhaleikkaus. Obturator-kuopan kautta tehtävien leikkausten 3–4 vuoden tulokset ovat samansuuntaisia, mutta pitkäaikaistulokset puuttuvat vielä. Ikä ei ole este leikkaushoidolle ja nauhaleikkaus voidaankin tehdä myös yli 70-vuotiaille, mutta heillä saattaa esiintyä virtsaamispakko-oireita ja retentiota toimenpiteen jälkeen useammin kuin nuoremmilla. Raskauksista ja synnytyksistä nauhaleikkausten jälkeen on vain vähän tietoa. Työryhmän kannanotto onkin, että virtsankarkailuleikkaus olisi suositeltavaa tehdä vasta sen jälkeen, kun lapsiluvun arvellaan olevan täysi.

Myös sekamuotoisessa virtsankarkailussa, jossa ponnistusvirtsankarkailu on vallitsevana, voidaan päätyä leikkaukseen, mutta tällöin leikkaushoidon tulokset ovat hieman huonommat kuin ponnistusvirtsankarkailun leikkaushoidossa. Pakkovirtsankarkailun lääkehoito ja ponnistuskarkailun leikkaushoito voidaan tarvittaessa myös yhdistää.

Ponnistusvirtsankarkailu ja laskeumat saattavat esiintyä samanaikaisesti. Nauha- ja laskeumaleikkauksen yhdistäminen naisilla, joilla on samanaikaisesti oireinen ponnistuskarkailu ja laskeuma, ei ilmeisesti heikennä nauhaleikkauksen tulosta, mutta noin kolmasosa saattaa parantua ponnistuskarkailusta pelkällä laskeumaleikkauksella. Antamalla riittävä potilasinformaatio voidaan korjata ensin laskeuma ja tehdä tarvittaessa myöhemmin vähän kajoava nauhaleikkaus. Jos leikkaukset tehdään samanaikaisesti, ilmenee enemmän rakon tyhjenemishäiriöitä.

Ns. mininauhoilla paranemistulokset ovat huonompia kuin edellä mainituilla retropubisilla tai obturator-kuopan kautta tehtävillä leikkauksilla, eikä komplikaatioiden esiintymisessäkään ole eroa. Täten näitä leikkauksia tulee toistaiseksi pitää kokeellisina. Virtsaputken ympärille ruiskutettava polyakrylamidihydrogeeli soveltuu ponnistus- ja sekatyyppisen virtsankarkailun hoitoon potilailla, joilla leikkausriski on suuri.

Vaikean pakkovirtsankarkailun hoidosta vastaavat urologit

Botuliini A:n ruiskutus rakkolihakseen on toistaiseksi kokeellista hoitoa, mutta sen on todettu palauttavan pidätyskyvyn pakkovirtsankarkailussa noin 50 %:lla hoidettavista potilaista jopa kuudeksi kuukaudeksi.

Sakraalisen hermojuuren neuromodulaatio vähentää kahdella kolmasosalla potilaista konservatiiviseen hoitoon reagoimatonta pakkovirtsankarkaamista. Häpyhermon neuromodulaation tulokset kahden vuoden seurannassa ovat verrattavissa sakraalisen neuromodulaatiohoidon tuloksiin.

Rakon suurennusleikkaus detubularisoitua suolisegmenttiä käyttäen (simpukkakystoplastia) on valtaosalla potilaista tehokas hoitomuoto, jos muilla hoidoilla ei ole saavutettu riittävää tulosta. Näillä potilailla on usein neurogeeninen rakkohäiriö. Virtsankarkailu loppuu tai lievittyy oleellisesti 69–100 %:lla potilaista. Toimenpiteen jälkeen kuitenkin suurin osa hoidetuista joutuu tyhjentämään rakkonsa toistokateroimalla. Virtsa-avanneleikkaus on syytä tehdä etenkin, jos neurogeenisen pakkovirtsankarkailun lisäksi korkeapaineinen rakko uhkaa vaurioittaa munuaisia eikä esimerkiksi suurennusleikkaus ole jostain syystä mahdollinen.

Ikäihmiset erityisryhmä

Iäkkäiden, hauraiden ja monisairaiden potilaiden tutkimuksissa ja hoidoissa on huomioitava kokonaisvaltainen lähestymistapa.

Tällä potilasryhmällä virtsankarkailun syyt voivat olla moninaiset ja siksi on tärkeää selvittää muun muassa perussairauksien hoito, kokonaislääkitys, mieliala, suolen toiminta, toiminta- ja liikuntakyky apuvälineineen ja kaatumisen vaaratekijät. Myös virtsarakon tyhjenemisvaikeudet ja ylivuotovirtsankarkailu ovat yleisempiä kuin muulla väestöllä. Äkillinen virtsatietulehdus voi olla uutena alkaneen virtsankarkailun taustalla, mutta oireetonta bakteerivirtsaisuutta ei tarvitse hoitaa.

Antikolinergisesti vaikuttavien lääkkeiden käytössä tulisi iäkkäillä noudattaa varovaisuutta niiden haittavaikutusten vuoksi. Vakavimpia niistä ovat kognitiiviset häiriöt ja sekavuus. Aloitusannoksen tulisi olla pieni ja hoitovastetta ja mahdollisia haittoja tulisi seurata tarkasti. Alzheimerin taudin hoitoon käytettävien asetyylikoliiniesteraasin estäjien ja antikolinergien yhteiskäyttöä tulisi välttää, sillä ne voivat heikentää toistensa tehoa.

Hoidon porrastus ja seuranta

Virtsankarkailun perustutkimukset ja hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa, jolloin saavutetaan 60–70 %:n hoitotyytyväisyys. Terveyden- tai sairaanhoitajan tekemä alkuhaastattelu tehostaa hoidon aloitusta. Virtsankarkailun hoitoon perehtyneen hoitajan antama konservatiivinen hoito saattaa olla yhtä tuloksellista mutta halvempaa kuin lääkärin ohjaamana annettava hoito.

Erikoissairaanhoidon konsultaatioon ohjataan, kun virtsankarkailun taustalla epäillään muuta sairautta tai perusterveydenhuollon hoidot ovat riittämättömiä. Täydentäviä tutkimuksia, kuten kystoskopiaa, urodynaamisia mittauksia ja kuvantamistutkimuksia, tarvitaan silloin, kun esiintyy epätyypillisiä tai äkillisesti alkaneita oireita, virtsankarkailun tyypin määrittäminen on hankalaa, vaste hoitoon on huono tai kyseessä on uusiutunut karkailu, tai jos epäillään neurologista tai virtsarakon sairautta, vatsan alueen kasvainta tai fisteliä. ■

■ Teksti ja kuvat PEKKA VENESMAA

Uusi vuosi – kestoherkut

Torilla kalakauppiaamme Jari Tainio suolaa kalapöytäämme dioksiinista huolimatta aina Itämeren lohta ja useimmiten myös villisiikaa, mutta kestosuosikkimme silakat ja lasimestarin sillin valmistan itse.

Silakoiden valmistukseen käytän laiskuuttani valmiita silakkafileitä. Niistä on helppo tehdä nahattomia fileitä, jolloin kaikki ruodot ja evät jäävät pois. Klassillisessa lasimestarin sillissä on sillin palasia ruotoineen, jotka sitten jäävät ruokailijan itse perattaviksi. Mielestäni kala-aterioissa ruotojen poisto ei ole ruokailijan tehtävä, vaan ne on poistettava jo ennen tarjoilua. Pienellä vaivannäöllä sillin palat saa jo valmistusvaiheessa ruodottomiksi, jolloin vältytään lautasen reunalle kertyvästä ruotokasasta. Sillipalasten nahattomuus parantaa mielestäni myös makunautintoa.

Jo antiikin aikoina käytettiin suolakuoressa kypsentämistä ruoan laitossa. Valmistustavan alkukotina pidetään Välimeren maita, joissa tuotetaan runsaasti merisuolaa ja se tunnettiin jo foinikialaisten aikana. Tämän alueen maissa menetelmää käytetään lähinnä kalan valmistamiseen, mutta sitä voidaan käyttää myös lintujen, lihan ja kasvisten valmistamiseen. Suolakuori säilyttää raaka-aineiden tuoreuden ja mehukkuuden. Tämä tietenkin edellyttää esimerkiksi kalan suhteen ehdotonta tuoreutta.

Mieliruokani Espanjan matkoillani on Lubina a la sal. Lubina on eräänlainen meriahven. Lisukkeina on useimmiten keitettyjä perunoita ja juureksia paprikan kera. Persilja-valkosipuli-oliiviöljy -kastike ja/tai majoneesikastike täydentävät annoksen.

Tämän ruoan valmistukseen soveltuu hyvin kuha, mutta varmasti myös suuret ahvenet sopivat.

Lanttulaatikko on oiva talvinen lisuke, joka reseptini mukaan valmistettuna on saanut suuren suosion lähisukulaisten parissa ja niinpä valmistankin sitä yleensä reilun annoksen muillekin jaettavaksi. Mielestäni se soveltuu varsin hyvin silakoiden ja sillin kanssa tarjottavaksi jopa kylmänä.

Syksyn marjastuksen jäljiltä pakastinta täyttää runsas karpalo- ja mustikkasaalis. Kinuskikastike ja karpalot ovat tietysti oiva jälkiruokayhdistelmä, mutta karpaloiden käyttö kastikkeiden raaka-aineena tuo aivan uusia ulottuvuuksia riista- ja linturuokiin. Muro-

Silakoita, silliä ja lanttulaatikkoa

Sillien viimeistelyä ruodottomiksi

Sillifileiden viipalointia

Lasimestarin sillin aineksia

pohjaan leivottu mustikkapiirakka on ollut keittiömme kestosuosikkina jo lähes 40 vuoden ajan.

Lasimestarin silli

2	*suolasilliä*
1–2	*punasipulia*
1	*pieni porkkana*
	pala piparjuurta
1–2	*valkosipulinkynttä*
2 tl	*kokonaisia mauste-pippureita*
1 tl	*kokonaisia valko-pippureita*
1 tl	*neilikoita*
2 tl	*sinapinsiemeniä*
3	*laakerinlehteä*
Liemi:	
1,5 dl	*vettä*
1 dl	*väkiviinaetikkaa*
1,5 dl	*sokeria*

1. Poista silleistä sisälmykset, huuhdo ja laita runsaaseen kylmään veteen likoamaan yön yli.
2. Sekoita liemen ainekset. Kiehauta ja jäähdytä liemi.
3. Huuhdo sillit, aukaise saksilla tai veitsellä selkäpuolelta selkäruotoon saakka. Poista sormin selkäruoto ja suurimmat ruodot. Poista nahka työntämällä peukalo selkäpuolelta nahan alle. Trimmaa saksien avulla vatsapuoli kauniiksi, poista samalla vatsaevät. ▶

Silakkafileiden kuorintaa

Silakkafileet etikkaliemessä

Aseta ruodottomat fileet vastakkain ja leikkaa niistä kauniit parin sentin levyiset viipaleet.
4. Leikkaa kuoritut sipulit ohuiksi renkaiksi, kuoritut porkkanat ohuiksi viipaleiksi ja piparjuuri ohuiksi lastuiksi. Halkaise kuoritut valkosipulinkynnet.
5. Lado ainekset kerroksittain tölkkiin, lisää mausteita väliin ja kaada jäähtynyt liemi päälle.
6. Anna sillin maustua jääkaapissa 1–2 vuorokautta.

Valkosipuli- ja sinappisilakat

Silakoiden valmistaminen marinadia varten:

1 kg silakkafileitä
1 l vettä
2 dl väkiviinaetikkaa
6 tl suolaa

Valmista liemi 2,5–3 litran kulhossa sekoittamalla vesi, etikka ja suola.

Poista silakkafileistä nahka. Aloita fileen pääpuolesta työntämällä peukalo fileen ja nahkan väliin ja vedä filee nahattomaksi pyrstöä kohti. Laita nahattomat fileet liemeen. Peitä kulho ja laita jääkaappiin tekeytymään vähintään viideksi tunniksi tai yön yli.

Valkosipulisilakat

Marinadi

1,5 dl vettä
0,5 dl väkiviinaetikkaa
4 rkl sokeria
2 tl suolaa
2 rkl öljyä
1–2 tl mustapippuria
3 keltasipulia
2 suurta valkosipulinkynttä

Valmista marinadi sekoittamalla vesi, etikka, sokeri, suola, öljy ja morttelissa murskatut mustapippurit. Kuori sipulit ja leikkaa ne hyvin ohuiksi renkaiksi. Leikkaa kuoritut valkosipulinkynnet hyvin ohuiksi siivuiksi. Lisää sipulit marinadiin.

Valuta puolet silakkafileistä hyvin lävikössä. Laita tölkkiin kerroksittain marinadia ja silakkafileitä. Kaada loppu marinadista fileiden päälle niin, että ne jäävät nesteen peittämiksi. Peitä tölkki ja laita jääkaappiin maustumaan vähintään vuorokaudeksi.

Sinappisilakat

Sinappikastike:

1 dl Dijonin sinappia
2 rkl sokeria
2 rkl hunajaa
1–2 tl valkopippuria
1 rkl samppanjaviinietikkaa
0,5 dl vettä
2 dl oliiviöljyä
1 dl hienoksi silputtua tilliä

Sekoita sinappi, sokeri, hunaja, valkopippuri, viinietikka ja vesi keskenään. Lisää lopuksi öljy ja tilli sekä sekoita huolellisesti.

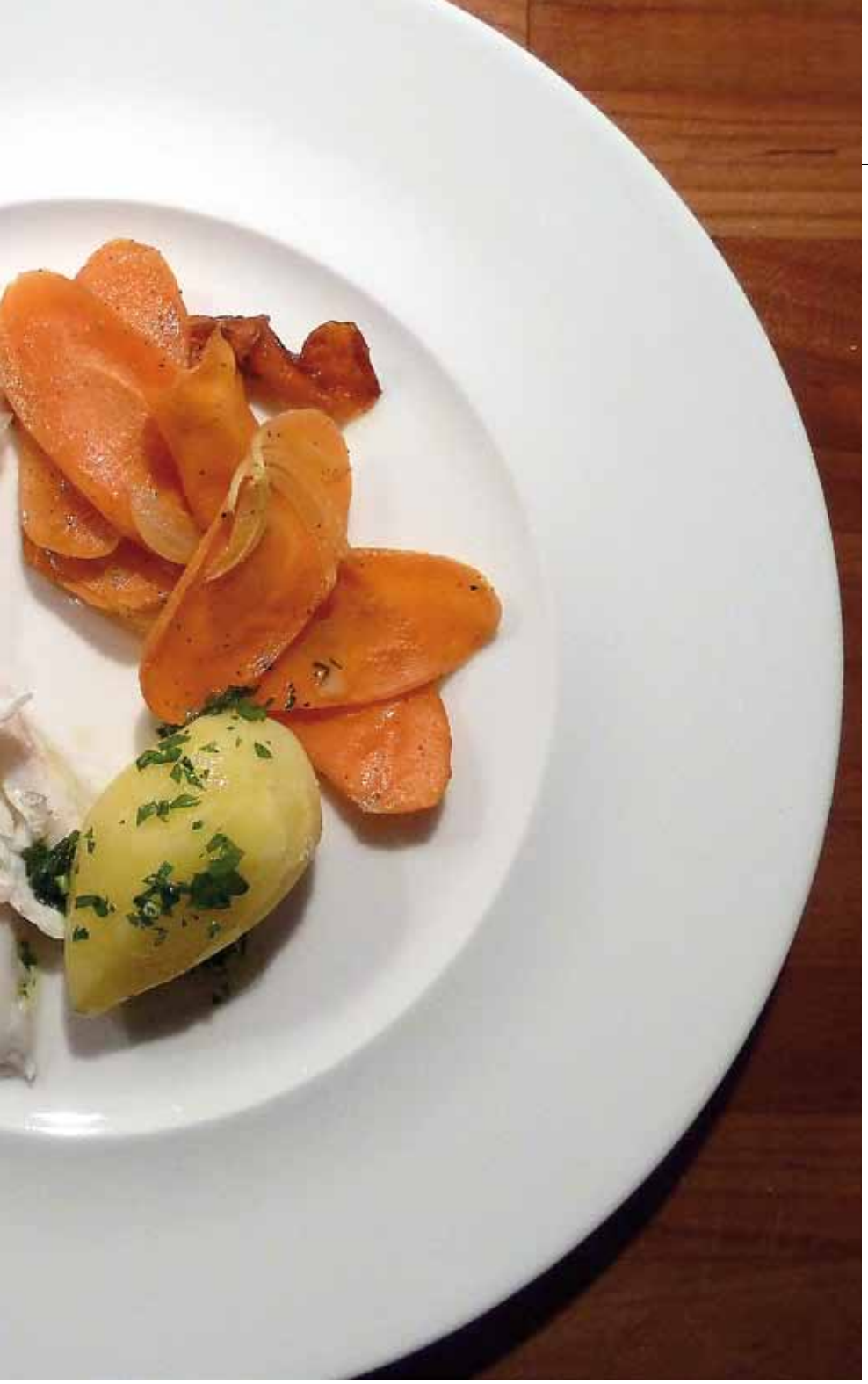
Valuta puolet silakkafileistä hyvin lävikössä. Lado sinappikastike ja silakkafileet kerroksittain tölkkiin. Peitä tölkki ja laita maustumaan jääkaappiin vähintään vuorokaudeksi. Silakat säilyvät jääkaapissa 1–2 viikkoa.

Kuha-annos

Kuha, sitruuna ja tilli

Kuha suolakuoressa

Persiljaa ja valkosipulia



Kuhaa suolakuoressa

Ainekset 4 annokseen

Reilun kilon painoinen kuha
2 kg karkeata merisuolaa
1–2 sitruunaa
nippu tilliä

Kastikkeeseen:
1 dl oliiviöljyä
pieni nippu lehtipersiljaa
1 valkosipulin kynsi

Poista kuhasta kidukset ja sisälmykset, mutta älä suomusta kalaa. Leikkaa pyrstö pois, niin se mahtuu paremmin vuokaan. Laita sopivan kokoisen uunivuoan pohjalle alumiinifolio, jotta vuoan puhdistaminen olisi helpompaa, kostuta suola vedellä. Laita pohjalle 1–1,5 cm:n kerros suolaa. Täytä kala sitruunalohkoilla ja tillillä. Laita kala suolapetille ja peitä se 1–1,5 cm:n suolakerroksella. Kostuta suola vedellä ja taputtele tiiviiksi peitoksi kalalle.

Laita vuoka 240–250 -asteiseen uuniin. 1000–1500 g painavan kalan paistoaika on 35–40 minuuttia. Kalan kypsyyden uunista poiston jälkeen voi tarkistaa niin, että työntää terävän veitsen kärjen suolakerroksen lävitse kalan puoliväliin. Jos veitsen kärki kielellä koittamalla on kuuma, niin kala on valmis. Uunista poistamisen jälkeen kala säilyy lämpimänä suolakuoressa 10–15 minuuttia. Suolakuori poistetaan levyinä kopauttamalla siihen halkeamia. Suola rapsutetaan mahdollisimman hyvin pois kalan pinnalta ja poistetaan sitten kalan nahka. Tämän jälkeen haarukan ja lusikan avulla otetaan kalasta ruodottomat fileepalat lautasille. Poistetaan selkäruoto ja tä- ▶

Persilja-valkosipulikastike

Valmis annosteltavaksi

Lanttulaatikoiden viimeistelyä

män jälkeen kalan alimmasta puoliskosta ruodottomat kalapalat lautaselle.

Annoksen lisukkeeksi sopivat hyvin keitetyt perunat ja kevyesti öljyssä paistetut porkkanasiivut.

Kastike valmistetaan silppuamalla hienoksi lehtipersiljan lehdet ja valkosipulin kynsi. Nämä sekoitetaan oliiviöljyn kera. Halutessa tähän kastikkeeseen voi lisätä ripauksen suolaa ja vastajauhettua mustapippuria. Kastiketta lusikoidaan sitten kalapalojen ja perunoiden päälle.

Lanttulaatikko

5 kg	*lanttuja (mieluiten Mustialan punakuorisia, ovat makeita)*
250 g	*voita*
2,5 dl	*siirappia*
2–3 dl	*korppujauhoja*
5–6	*kananmunaa*
5 dl	*kermaa*
	merisuolaa, vastajauhettua valkopippuria, vastaraastettua muskottipähkinää

Kuori lantut ja leikkaa ne 1–2 cm:n kuutioiksi. Laita kattilaan ja kaada päälle vettä niin, että kuutiot peittyvät. Mausta kevyesti suolalla ja keitä kuutiot pehmeiksi. Soseuta kuutiot lämpiminä voin ja keittoliemen kera. Lisää hivenen jäähtyneeseen seokseen kevyesti vatkatut munat, kerma, siirappi ja mausteet sekä korppujauhot. Sekoita seos tasaisen kuohkeaksi ja tarkista maku. Lisää tarvittaessa mausteita. Laita seos voideltuihin vuokiin. Pinnan voi koristella esim. tekemällä haarukalla uria ja ripottelemalla pinnalle korp-

Lantun kuorintaa

Lanttukuutioita

Poron sisäfileet ja kylmäsavupekoni

Porotournedos't ja karpalokastiketta

pujauhoja sekä muutaman voilastun. Paista aluksi pari tuntia 170-asteisessa uunissa ja madalla sen jälkeen lämpö 140–150 asteeseen ja jatka paistamista vielä 3–4 tuntia. Tarkkaile laatikoiden kuivamista ja poista tarvittaessa uunista aiemmin tai jätä hautumaan uunin jälkilämpöön. Pitkä paistoaika lisää laatikoiden maukkuutta.

Porotournedos ja karpalokastike

(4 annosta)

600 g poron sisäfileetä
4 siivua amerikanpekonia tai 8–12 siivua kylmäsavupekonia
hienoa merisuolaa ja vastajauhettua mustapippuria
kalastaja- tai elintarvikelankaa sitomiseen
voita tai ankanrasvaa paistamiseen

Poista fileistä kalvot ja leikkaa ne noin 3 cm:n mittaisiksi paloiksi. Mausta kevyesti suolalla ja pippurilla. Asettele 6–7 palaa (noin 150 g) pystyyn leikkuulaudalle ja kääri pekonisiivut niiden ympärille. Kiristä langalla pekoni niin, että paloista muodostuu tiivis tournedos. Paista tournedos't voissa rautapannulla nopeasti ja laita pannu 190-asteiseen uuniin viideksi minuutiksi loppukypsennystä varten. Ota uunista ja anna vetäytyä hetki ennen tarjoilua.

Tarjoile lisukkeena esimerkiksi voissa tai ankanrasvassa paistettuja puikulaperunoiden puolikkaita ja kevyesti öljyssä kypsennettyjä porkkanalastuja. ▶

Porotournedos't

Tournedos't paistuvat

Mustikkapiirakka

Karpalokastike

1	*salottisipuli*
1	*valkosipulinkynsi*
1 rkl	*voita*
2 dl	*punaviiniä*
1 dl	*vettä*
1 dl	*karpaloita*
2 rkl	*fariinisokeria*
1 tl	*riistafondia*
	merisuolaa ja vastajauhettua mustapippuria

Kuori ja hienonna sipulit. Kuullota ne voissa kasarissa. Lisää punaviini, vesi, karpalot, fariinisokeri, riistafondi ja mustapippuri. Keitä hiljalleen niin, että nestemäärä pienenee noin 2/3-osaan. Soseuta sauvasekoittimella tasaiseksi ja tarkista maku. Lisää tarvittaessa suolaa.

Mustikkapiirakka

5 dl	*vehnäjauhoja*
1 tl	*leivinpulveria*
150 g	*(suolatonta) voita*
½ dl	*hienosokeria*
1	*kananmuna*
½ l	*mustikoita*
½ dl	*hienosokeria*
2–3 tl	*vaniljasokeria*
2–3 tl	*perunajauhoja*

1. Sekoita jauhot ja leivinpulveri. Laita jääkaappikylmä voipala jauhojen sekaan ja vuole puukauhalla tai -lastalla suikaleita jauhojen joukkoon ja sekoita tasaiseksi. Lisää sokeri ja sekoita. Vatkaa muna kevyesti ja lisää se taikinaan.

2. Laita ¾ taikinasta 25–30 cm:n läpimittaiseen vuokaan ja tasoittele sormin pohjalle niin, että taikina nousee reunoille noin 2 cm.

3. Laita mustikat vuokaan. Sekoita sokerit ja perunajauhot keskenään ja sirottele mustikoiden päälle. Lisää päälle loput murotaikinasta.

4. Paista 200–225-asteisessa uunissa 30–35 minuuttia, kunnes pinta ruskistuu. Tarjoile vaniljajäätelön tai vaniljakastikkeen kera. ■

Heinäveden mustikoita

■ Teksti NANNELI PALLASMAA, TYKS Naistenklinikka
■ Kuvat KNUT HORDNES

Obstetriikan opissa Bergenissä

Nanneli Pallasmaa

Kuulin NFOG:n kongressissa bergeniläisen kollegan lyhyen esityksen stanin käytöstä heidän klinikassaan. Olin vaikuttunut, kun kuulin heillä sektiofrekvenssin olevan alle 11 % ja asfyktisinä syntyneitä vastasyntyneitä stan-menetelmällä seuratuilla oli vain 0.3 %. Oman väitöskirjatutkimukseni myötä olen pohtinut paljon synnytyskomplikaatioita ja optimaalista synnytystapaa. Niimpä kiinnostuin kovasti klinikasta, jossa hoitotulokset ovat näin hyvät ja toivoin pääseväni tutustumaan heidän tapaansa hoitaa synnytyksiä.

Omassa synnytysyksikössämme on korostettu samoja päämääriä kuin Bergenissä: obstetristen periaatteiden kunnioittamista, tarpeettomien sektioiden välttämistä turhien komplikaatioiden vähentämiseksi ja samalla pyrkimistä mahdollisimman pieneen asfyktisenä syntyneiden määrään. Kun oman klinikkamme tuloksissa havaittiin notkahdus huonompaan suuntaan, aktivoitui suunnitelmani mennä katsomaan miten Bergenin klinikassa hoidetaan asiat.

Otin yhteyttä Haukelands Universitetssykehusetin Kvinneklinikkenin obstetrisen puolen vastaavaan ylilääkäriin Susanne Albrechtseniin ja kerroin ajatuksistani. Minut toivotettiin tervetulleeksi vierailulle klinikkaan elo-syyskuun vaihteessa 2011. Vaasan keskussairaalassa työskentelevä kollega Päivi Kivelä oli sattumalta tulossa töihin Bergeniin samalla viikolla – hän on työskennellyt klinikassa vuoden ajan muutamaa vuotta aikaisemmin ja käy aika ajoin verestämässä obstetriikan taitojaan Bergenissä. Päiviltä sain paljon apua ja neuvoja käytännön järjestelyissä – ja paljon uutta intoa obstetristen arvojen ylläpitämiseen tuntikausia kestäneiden keskustelujen aikana.

Vierailija otettiin erittäin ystävällisesti vastaan, ja minua myös pyydettiin esittämään omia tutkimustuloksiani klinikan aamumeetingissä. Klinikassa oltiin selvästi mielissään, että muuallakin osattiin arvostaa heidän toimintaansa ja ponnistelujaan obstetrisen taidon ja tason ylläpitämisessä.

Meetingeissä terästetään hoitolinjoja

Klinikan päivä alkoi aina aamumeetingillä, johon kaikki lääkärit kokoontuvat. Puheenjohtajana toimii klinikan johtaja, kunnianarvoisa ja ankaran tuntuinen herra Boerdahl. Ensin käytiin läpi kaikki päivän suunnitellut leikkaukset ja niiden indikaatiot – senioriläkärit esittelevät itse potilaansa. Sen jälkeen päivystäjä kertoi päivys-

tysajan tapahtumista ja toimenpiteistä. Niistä synnytyksistä, joissa oli tehty toimenpiteitä tai muuta mainittavaa, käytiin KTG:t yhdessä läpi. Huomionarvoista on, että esittelyt ja raportoinnit hoiti enimmikseen seniorilääkärit. Aamumeeting toimii tärkeänä koulutuksellisena tapahtumana kaikille, ja sen avulla myös hoitolinjat pysyvät yhteneväisinä. Iltapäivällä kokoonnuttiin uudelleen, jolloin vuoroon saapuneille päivystäjille kerrottiin olennaiset tapahtumat ja ennakoitavissa olevat ongelmat. Hoitolinjat on kirjattu klinikan "Metodbokeniin", johon aina viitattiin. Ohjekirjaa ylläpidetään ja päivitetään aktiivisesti. Asioiden käsittely yhteisellä aamuraportilla pitää huolen siitä, että sooloilijat saavat välittömän palautteen.

Itse seurasin synnytyspuolen toimintaa ja pyrin olemaan enimmikseen synnytyssalissa. Harmillista kyllä juuri sillä viikolla oli melko rauhallista, mutta ehdimme sitäkin enemmän keskustella paikallisten kolleegoiden kanssa erilaisista hoitokäytännöistä, ja ylilääkäri Albrechtsen esitteli klinikkaa ja heidän toimintalukujaan.

Obstetrisiä taitoja arvostetaan ja ylläpidetään

Bergenin klinikka poikkeaa yleisestä keskimääräisestä norjalaisesta (ja pohjoismaisesta sekä länsimaisesta) käytännöstä matalan sektiofrekvenssin, korkean alatieoperaatioiden määrän, runsaan pihtisynnytysten määrän, totutusta poikkeavien obstetristen käytäntöjen (mm. perätilat ja geminisynnytykset) sekä myös matalan asfyksialuvun perusteella.

Sektiofrekvenssi oli 2011 elokuun loppuun mennessä 10.9 %. Asfyktisenä syntyneitä vastasyntyneitä on stanilla seuratuissa synnytyksissä 0.3 %, kaikki synnytykset mukaan lukien 1 %. Itse asiassa klinikassa on huomattu, että suurimmassa asfyksiariskissä ovat matalan riskin synnyttäjät – erityisesti ne, jotka synnyttävät klinikan erillisessä "luonnollisen synnytyksen" yksikössä Haikarassa, missä ei olla samalla tavalla orientoiduttu poikkeavuuden havaitsemiseen kuin siinä yksikössä, jossa riskisynnyttäjät synnyttävät. Elektiivisten sektioiden osuus on vain 2,5 % kaikista synnytyksistä. Yleisimpiä indikaatioita ovat synnytyspelko ja aiempi sektio. Operatiivisia alatiesynnytyksiä on paljon, 12 % kaikista synnytyksistä. Bergenin klinikan erikoisuutena on runsas pihtisynnytysten osuus, noin 2/3 kaikista alatieoperaatioista. Nuorimmatkin juniorit oppivat pihtiulosauton taidon heti klinikkaan tultuaan.

Obstetriikan opissa Bergenissä

Meillä totutuista obstetrisista käytännöistä klinikka poikkeaa myös muun muassa siinä, että perätilojen synnyttämiseen alakautta suhtaudutaan luonnollisen itsestään selvästi. Jos pään syntyminen ei tapahdu helposti, otetaan käyttöön perätila-pihdit, joilla pää autetaan ulos – tämä on aivan tavallista, eikä siihen liity mitään dramatiikkaa. Perätilasynnytyksiä seurataan aina stan-menetelmällä ja mikroverinäytteitäkin saatetaan ottaa. Päivystyssektioon mennään useammin kuin muissa synnytyksissä – noin 30 %:ssa kaikista perätilasynnytyksistä. Yleisin syy päivystyssektioon perätilasynnytyksissä on synnytyksen huono edistyminen. Jos äiti on yli 165 cm pitkä eikä lantiossa ole kliinisesti erityistä ja vauva arvioidaan alle 4,5-kiloiseksi, ei lantiota kuvata. Obstetrisen puolen ylilääkäri on väitellyt aikanaan perätilasynnytysten hoidosta, ja klinikassa on todellista asiantuntemusta näiden synnytysten hoidossa. Kaksossynnytysten hoito tapahtuu pääsääntöisesti alakautta a-sikiön tarjonnasta riippumatta.

Silti riskejä ei oteta, mikä näkyy hyvissä tuloksissa – tätä korostettiin painokkaasti. Tiivistetysti sanoen perinteisiä obstetriikan taitoja ylläpidetään, opetetaan ja arvostetaan.

Sfinkterruptuura – norjalainen erikoisuus?

Kuten Norjassa yleensäkin, Bergenissä on enemmän sfinkterruptuuroita kuin Suomessa – vaikkakin norjalaisittain keskimääräistä vähemmän. Asiaan on kiinnitetty huomiota ja se on yksi tämän hetken kehityskohteista. Yksi klinikan senioreista on nimetty ”sfinkter-vastuulääkäriksi”, ja hän seuraa ja raportoi tapahtuneet repeämät. Henkilökuntaa on koulutettu repeämien ehkäisyssä, toteamisessa ja korjaamisessa. Luvut on saatukin pienemmiksi; tämän vuoden puolella 2.5 %:iin, mistä 3a-luokan repeämiä 1 % – eli ero ei nykyisellään ole Suomeen verrattuna kovin suuri. Ponnistelu lukujen parantamiseksi jatkuu edelleen.

Erilaista, samanlaista…

Rakennus, jossa Kvinnekliniken sijaitsee, on vanha, kaunis, mutta myös sisätiloiltaan melko vanhanaikainen. Synnytyssali on moderni, mutta yllättäen keskusvalvomossa näkyy kerrallaan vain yhden synnyttäjän KTG ja näkymä pitää aina vaihtaa sen mukaan, mitä käyrää haluaa tarkastella. Toisaalta hoitava kätilö on suurimman osan aikaa potilaan luona kirjaten huoneessa synnytyksen kulkua ja tapahtumia päätteelle. Keskusvalvomossa on ”vastaava kätilö”, joka on vuoron kokeneimpia ja pitää langat käsissään ja organisoi toimintaa. Muut kätilöt raportoivat tapahtumista hänelle. Sähköinen sairaskertomus, josta tiedot menevät suoraan valtakunnalliseen rekisteriin, on melko aikaavievä ja kömpelö. Sen ongelmien puinti oli yleinen kahvipöytäkeskustelujen aihe kuten meilläkin. Lääkärit kirjaavat itse paljon tietoja koneelle poliklinikoilla ja välillä kirjoittavat jopa sairaskertomustekstejä, mikä vie paljon aikaa.

Työkulttuurissa arvostetaan jaksamista

Oikeastaan kaikkein olennaisin ero Norjan oloissa verrattuna meikäläisiin on työkulttuuri, jossa ei uuvuteta työntekijöitä liian suuren työtaakan ja vastuun alle. Päätökset tehdään tiimissä ja juniorit saavat ympäri vuorokauden seniorilääkärin opastusta hoitopäätöksien ja toimenpiteiden tekemisessä. Klinikassa on noin 5000 synnytystä vuodessa. Päivystäjiä on aina neljä, joista kolme on koko ajan talossa. Ensimmäinen päivystäjä on juniori, toinen kokenut juniori tai nuori seniori, kolmas kokenut seniori ja neljäs, joka on kotona puhelimen päässä, on erittäin kokenut vanhempi seniori. Kolme talossa päivystävää lääkäriä tulevat työvuoroon kolmelta iltapäivällä ja pääsevät aamulla kotiin. Tämä tekee sijoituslistojen tekemisen haasteelliseksi, sillä kolme kollegaa on aina poissa päiväpostista tulevan illan päivystyksen vuoksi ja kolme edellisen yön päivystyksen vuoksi, mutta loppujen lopuksi se on vain järjestelykysymys. Vain muutama kollega pitää vähäistä yksityisvastaanottoa, koska vapaa-aikaa arvostetaan suuresti. Toisaalta myös sairaalan palkat ovat sen verran paremmat kuin meillä, ettei sen vuoksi ole paineita pitää vastaanottoa. Erikoislääkärit saavat määräajoin palkallista tutkimusvapaata, ja juniorit palkallista ”lukulomaa”.

Kaikkiaan vierailu oli erittäin antoisa kokemus ja antoi paljon uutta intoa arkiseen työhön omassa klinikassa sekä paljon uusia ajatuksia mahdollisista kehityskohteista. Kiitän Suomen Gynekologiyhdistystä vierailun tukemisesta matka-apurahan muodossa, Susanne Albrechtsenia siitä, että hän kutsui minut vieraaksi klinikkaan ja järjesti mahdollisuuden päästä seuraamaan klinikan toimintaa sekä Päivi Kivelää avusta käytännön asioiden järjestelyssä sekä antoisista pitkistä keskusteluista matkan aikana! ■

■ VELI-MATTI ULANDER

Pohjolan kummajainen

On taas aika vetää yhteen ja arvioida kuluneen vuoden toimintalukuja yksiköissämme. Synnytyslääkärin näkökulmasta toimenpidesynnytysten yleisyys ja vastasyntyneen vointi ovat aina kiinnostavia tietoja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisi sopivasti joulun alla syntymärekisterin tilastoja. Mielenkiintoista on havaita, että toimenpidesynnytysten määrässä on ollut hienoista kohoavaa trendiä liittyen imukuppisynnytysten lisääntymiseen, kun taas keisarileikkausten yleisyys (16 %) on ollut Suomessa varsin tasaista viimeisen kymmenen vuoden ajan. Toimenpidesynnytysten määrissä Suomessakin näyttää edelleen olevan huomattavaa alueellista vaihtelua, joskin erot ovat vähenemään päin. Keisarileikkausten osuus on varsin poikkeavaa maailmalla yleisestä lähes epidemian tavoin leviävästä keisarileikkausvillityksestä.

Keisarileikkausten määrä on kasvanut globaalisti erityisesti latinalaisessa Amerikassa, Kiinassa, Länsi-Euroopassa ja jopa Afrikassa. Vuonna 2010 raportoitiin Yhdysvalloissa kaikkien aikojen korkeimmasta keisarileikkausfrekvenssistä: 32,9 % synnytyksistä hoidettiin leikkaamalla. Kehityksellä ei ole mitään tekemistä vastasyntyneiden tai äitien terveyden kanssa ja luvut ovat kaukana WHO:n suosittelemasta 15 %:sta. Ilmiölle on monenlaisia selityksiä. Hiljattain eräs toimittaja kysyi kommenttia ja taustatietoja hälyttävään kehitykseen Etelä-Afrikassa. Etelä-Afrikassa yli 90 % synnytyksistä hoidetaan sairaaloissa. Nykyisellään jopa kolmasosa synnytyksistä hoidetaan keisarileikkauksella. Äitikuolleisuus on Etelä-Afrikassa viimeisen 10 vuoden aikana peräti kolminkertaistunut. Vallalla oleva trendi, puutteellinen ammattitaito ja heikot olosuhteet ovat vaarantaneet äitien terveyden.

Keisarileikkauksesta ja potilaan valinnan mahdollisuudesta on ilmeisesti tullut jonkinlainen statussymboli eikä taloudellista näkökulmaakaan voida sivuuttaa. Keskustelin taannoin äitiyspoliklinikalla Lähi-idästä kotoisin olevan synnyttäjän kanssa, joka toivoi keisarileikkausta. Tiedustelin syytä toiveeseen, jolloin potilas vastasi: ”kotimaassani vain köyhät synnyttävät normaalisti”. Vastakysymykseeni ketkä potilaan kotimaassaan sitten olivat rikkaita, potilas vastasi lyhyen mietinnän jälkeen: ”lääkärit”. Merkittävä vaikutin ei-lääketieteellisistä syistä tehtäviin leikkauksiin on usein myös raha. Suunnitellussa keisarileikkauksessa potilaan tai lääkärin ei tarvitse odottaa synnytyksen käynnistymistä tai synnytyksen edistymistä. Suunniteltu keisarileikkaus on nopeampi ja vähemmän sitoutumista vaativa. Jos toimenpide tuottaa vielä enemmän tuloa sekä lääkärille että sairaalalle, on taloudellinen kokonaishyöty ilmeinen.

Suomalainen synnyttäjä on pohjolan kummajainen positiivisessa mielessä. Suomalaista synnyttäjää ei maailman muoti-ilmiö ole merkittävästi hetkauttanut. Synnyttäjien suhtautuminen synnytykseen luonnollisena päätöksenä raskaudelle perustuu varmasti luottamukseen hyvästä ja tasa-arvoisesta hoidosta. Niinpä synnytyslääkärin työ on haasteellista ja palkitsevaa. Voimme ylpeillä maailman parhailla tuloksilla, olipa kyse sitten äitien tai lasten terveydestä. Tähän erinomaiseen tilanteeseen on päästy tasa-arvoisen julkisen terveydenhuoltomme ansiosta ja sen toimintakyvystä on pidettävä kiinni myös tulevaisuudessa. Lääketieteelliset perusteet potilaan hoidossa pysykööt jatkossakin kunniassa. ■

■ ANNIKA TULENHEIMO-SILFVAST

Koulutuksen tarjoaminen on GP:nkin sydämen asia

Vuoden vaihtuessa ajatukset risteilevät sekä kuluneessa vuodessa ja sen tapahtumissa että siinä, mitä kaikkea uusi vuosi tuokaan tullessaan. Ilotulitteet ja innostunut tunnelma realiteeteista huolimatta näyttävät liittyvän Uuden Vuoden iltaan missä tahansa liikkuukin. Omalla kohdallani syvän vaikutuksen tekivät taivaalle kohoavat tuhannet onnen lyhdyt. Elävä tuli mustaa taivasta vasten on unohtumaton näky, siinä on yksinkertaisuudessaan syvällä istuvaa kauneutta.

Viime vuoden koulutuksia miettiessä on hyvä mieli; paljon positiivista palautetta on tullut. Koulutuksia Gynaecologi Practicin hallituksessa suunniteltaessa ajatus lähtee luentoaiheesta, mutta loppujen lopuksi hyvä luennoitsija käsitelleessään aihetta tekee siitä mielenkiintoisen – toinen taas saattaisi saada aikaan samasta aiheesta lähes tunnin kiemurtelun ja nuokahtamisia kuulijakunnassa. Paljon aiheita sekä vihjeitä hyvistä luennoitsijoista saamme aktiivisen jäsenistömme kautta. Siinä varmasti piilee yksi salaisuus yhdistyksemme kiitosta saaneen ja jäsenistömme ulkopuolistenkin huomiota kiinnittäneen koulutusohjelman taustalla.

Pelkkää kiitosta ei meidänkään hallitustyö saa. Syksyllä tosi huonoon saumaan – taisin olla affektissa yksityisasioiden kanssa – soitti Itä-Suomesta kollega, joka oli rauhoitellut omaa harmistumistaan jo puolisen vuotta kyetäkseen soittamaan. Hän halusi erota jäsenyydestämme kokiessaan toimintamme olevan liian Helsinki -keskeistä. Olen pohtinut puhelua kauan. Edelleenkään en pysty olemaan hänen kanssaan samaa mieltä.

Gynaecologi Practici on perustettu Tampereella. Hallituksessa on useimmiten ollut pääkaupunkiseudun ulkopuolella työskentelevä mukana. Pääkaupunkiseudulla työskentelevä-kään ei välttämättä koe olevansa varsinaisesti helsinkiläinen, sen verran vilkasta muuttoliike maassamme on ollut. Siinäkin hallituksessa, jossa kaikki olivat pääkaupunkiseudulla töissä, olivat kuitenkin kaikki yliopistot edustettuna, jos asianosaisten erikoistumiskoulutuspaikka huomioidaan.

On totta, että koulutustilaisuudet on vuosia järjestetty Helsingissä hiihtokokouksia lukuun ottamatta. Muualla Suomessa asuvien kun on helpompi tulla Helsinkiin kun johonkin toiseen kaupunkiin kokoukseen. Helsinkiläisenä kyllä matkustan helposti ja mielelläni muuallekin. Turussa järjestettyyn kokoukseen saapui vain 15 osanottajaa, mutta ei yhtään turkulaista. Eikä itäsuomalainen soittajakaan olisi ollut valmis osallistumaan Turun kokoukseen keskustelumme perusteella. Suomi on hankala maa liikenteellisesti.

GYNAECOLOGI PRACTICI RY

Hallitus on tietoisesti pyrkinyt huomioimaan kaikki yliopistosairaalapiirit luennoitsijavalinnoissaan. Viime syksynä kuulimme loistavan rintojen magneettikuvausta käsittelevän luennon Oulusta, lapsettomuuteen ja endometrioosiin meitä perehdytti turkulainen luennoitsija ja ruisleivän glukoosi- ja insuliinimetaboliaan johdatti kuopiolainen tutkija. Upeita luentoja kaikki.

Ensi kesän korvalla on tarjolla maamme lähipiirissä useita hyviä kouluttautumistilaisuuksia. Toukokuussa Tallinnan EBCOGin kokoukseen on suunnitteilla yhteislähtö. Menomatkalla laivalla on tarkoitus pitää GP:n oma kokous. Ennen juhannusta järjestetään NFOG kokous Bergenissä – suosittelen.

Pihalla jäniksen jäljet loppuvat keskelle pihaa – on jänö tainnut saada niin kutsutusti lentävän lähdön. Asun alle kymmenen minuutin matkan päässä Helsingin keskustasta. Suomi on pieni maa, meillä on varaa pitää yhtä. ■

Luonnollinen helpotus emättimen kuivuuteen

Ei ärsytystä.
Ei huolia.

Repadina Plus

Hormoni-, parabeeni- ja hajustevapaa, hyaluronihappoa sisältävä Repadina plus hoito emättimen ärsytystiloihin ja kuivuuteen.

- Repadina Plus 10 puikon pakkaus
- Repadina Plus 30 puikon pakkaus

Tilattavissa myös:
- FLAYER, A7 KOKO tuotetiedot: indikaatio, annostelu, sisältö
- ESITE tuotetiedot: indikaatio, annostelu, sisältö + tietoa kuivuudesta ja hyaluronihaposta

Azanta
Tilaukset: info.fi@azanta.com

www.repadina.fi

Kuvassa vasemmalta oikealle ovat kustos, professori Juha Tapanainen, väittelijä Mervi Haapsamo ja vastaväittäjä, professori Daniel Surbek Bernin yliopistosta Sveitsistä.

Matala-annoksinen aspiriini IVF- ja ICSI-potilailla

Mervi Haapsamo, Oulun yliopisto

Keinoalkuisilla hedelmöityshoidoilla alkaneissa raskauksissa äidin seerumista alkuraskauden aikana määritettyjen istukkaperäisten merkkiaineiden pitoisuuksissa on eroavaisuuksia verrattuna spontaanisti raskaaksi tulleiden naisten seerumipitoisuuksiin. Syy on tuntematon. Pre-eklampsian eli raskausmyrkytyksen riski on myös lisääntynyt. Syyksi arvellaan istukan verisuonipuuston poikkeavaa kehitystä. Pre-eklampsiaan liitetään prostasykliinin ja tromboksaanin epätasapaino, joka johtaa verihiutaleiden takertumistaipumuksen lisääntymiseen ja verisuonten supistumiseen ja istukan vähentyneeseen verenvirtaukseen. Matala-annoksinen asetyylisalisyylihappo (ASA) vähentää tromboksaanituotantoa ja korjaa tromboksaani- ja prostasykliinituotannon epätasapainoa, mutta sen ei ole todettu merkittävästi vähentävän pre-eklampsian esiintyvyyttä edes riskiryhmillä, kun lääkitys on aloitettu toisen raskauskolmanneksen aikana. Keinoalkuisten hedelmöityshoitojen seurauksena keskimäärin reilu kolmannes naisista tulee raskaaksi hoitokertaa kohti. Hoidot eivät ole myöskään riskittömiä. Onkin tärkeää pyrkiä löytämään tekijöitä, jotka maksimoivat hedelmöityshoitojen hoitotuloksen ja parantavat istukan verisuonipuuston kehittymistä.

Tämän satunnaistetun ja lumelääkekontrolloidun kaksoissokkotutkimuksen tavoitteena oli selvittää keinoalkuisia hedelmöityshoitoja saavilla naisilla matala-annoksisen ASA-hoidon (100 mg/vrk) merkitystä munasarjojen hormonivasteeseen, alkion kiinnittymiseen, istukan kehittymiseen sekä lääkehoidon vaikutusta kohdun ja istukan verenkiertoon, kun lääkitys aloitettiin munasarjojen stimulaatiohoidon alkaessa. Lisätavoitteena oli selvittää, onko lapsettomuushoitoja saavien naisten raskauksissa todettavissa spesifinen istukkaproteomiikkalöydös (istukan tuottamat valkuaisaineet) verrattuna spontaanisti raskaaksi tulleisiin naisiin ja voidaanko siihen vaikuttaa ASA-hoidolla. Toisena lisätavoitteena oli selvittää ASA-hoidon vaikutus pre-eklampsian esiintyvyyteen loppuraskaudessa.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että matala-annoksinen ASA-hoito ei paranna keinoalkuisten hedelmöityshoitojen hoitotuloksia. ASA-hoitoa käyttäneiden potilaiden ryhmässä todettiin merkitsevästi vähemmän naisia, joilla oli huonoa hoitotulosta keinoalkuisissa hedelmöityshoidoissa ennakoiva korkea molemminpuolinen kohtuvaltimoiden verenvirtausvastus alkion siirtopäivänä verrattuna lumelääkeryhmään. Raskaaksi tulleilla naisilla, jotka käyttivät ASA-hoitoa, todettiin kohdun verenvirtausvastus matalammaksi alku- ja keskiraskaudessa verrattuna lumelääkeryhmän naisiin. Istukkaproteomiikkatutkimusten mukaan varhaisistukan proteiinituotanto on erilainen keinoalkuisissa raskauksissa verrattuna spontaanisti alkaneisiin raskauksiin ja siihen voidaan vaikuttaa ASA-hoidolla. Pre-eklampsian esiintyvyydessä ei ryhmien välillä todettu eroa.

Matala-annoksinen ASA-hoito aloitettuna munasarjojen stimulaatiohoidon alkaessa ei paranna munasarjojen vastetta lapsettomuushoidoissa käytettäville hormonihoidoille eikä raskauslukuja. Hoidon todettiin kuitenkin vaikuttavan varhaisistukan kehittymiseen sekä parantavan kohdun verenkiertoa alku- ja keskiraskaudessa viitaten istukan verisuonipuuston parempaan kehittymiseen. Matala-annoksinen ASA-hoito ei vähentänyt pre-eklampsian esiintymistä. ■

Vasemmalta oikealle ovat kustos, professori Seppo Heinonen, väittelijä Kati Pentti ja vastaväittäjä, professori Jorma Heikkinen.

Hormonihoidon ja kalsiumlisävalmisteiden vaikutus postmenopausaalisten naisten sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen

Kati Pentti, Itä-Suomen Yliopisto

Maailman yleisimpiä kroonisia sairauksia ovat sepelvaltimotauti ja sokeritauti. Etenkin ikääntyvillä ihmisillä sepelvaltimotaudista ja sokeritaudista on enenevässä määrin muodostunut kriittinen terveysongelma. Hormonihoitoa määrätään helpottamaan kroonisia vaihdevuosioireita, parantamaan elämänlaatua ja ehkäisemään osteoporoosia perimenopaussivuosien aikana ja niiden jälkeen. Hormonihoidon riskien ja hyötyjen ymmärtäminen on erityisen tärkeää kliiniselle päätöksenteolle vaihdevuosien aikana ja jälkeen.

Tämä laaja väestöpohjainen kohorttitutkimus selvitti hormonihoidon vaikutusta kuolleisuuteen ja sokeritautisairastuvuuteen sekä tutki kalsium- tai kalsium + D-vitamiinilisän vaikutusta sepelvaltimotautisairastuvuuteen ikääntyvillä naisilla. Lisäksi suoritettiin yhtäpitävyysanalyysi varmistamaan itseraportoidun estrogeenin käytön yhtäpitävyyden suhde KELA:n reseptitiedostoon. Validiteettianalyysi vahvisti, että postikysely on luotettava menetelmä kerätä tietoa pitkäaikaisesta hormonin käytöstä.

Tutkimus on osa laajaa Kuopion Osteoporoosin Vaaratekijät ja Ehkäisy (OSTPRE) -tutkimusta, joka on väestöpohjainen prospektiivinen kohorttitutkimus. Tutkimusjoukko muodostui 11 667 itäsuomalaisesta naisesta, joista 9 345 oli ohittanut vaihdevuodet. Tutkimusjoukko vastasi vuosien 1989 ja 1994 postikyselyihin, joiden avulla pystyttiin selvittämään hormonihoidon ja kalsium- tai kalsium + D-vitamiinilisän käyttö. Vaihdevuodet ohittaneen ja sokeritautia sairastamattoman 8 384 naisen osalta seurantatutkimus jatkui vuodesta 1994 vuoteen 1999, jolloin toteutettiin kolmas postikysely. Tämän tutkimusjoukon osalta selvitettiin hormonihoidon vaikutusta sokeritautisairastuvuuteen.

Tulokset osoittavat, ettei hormonihoidon käyttöhistorialla ole vaikutusta naisten kokonais- tai sepelvaltimotautikuolleisuuteen. Kokonaiskuolleisuuden vakioitu vaarasuhde (HR) vaihdevuodet ohittaneilla naisilla, jotka käyttivät hormonihoitoa enintään 5 vuotta, oli 1.07 (95 % CI 0.79–1.46). Naisilla, jotka käyttivät hormonihoitoa yli 5 vuotta, vaarasuhde oli 0.99 (95 % CI 0.71–1.39) verrattuna naisiin, jotka eivät käyttäneet hormonihoitoa. Sepelvaltimotautikuoleman vakioitu vaarasuhde vaihdevuodet ohittaneilla naisilla, jotka käyttivät hormonihoitoa enintään 5 vuotta, oli 0.84 (95 % CI 0.32–2.17). Yli 5 vuotta hormonihoitoa käyttäneillä vaarasuhde oli 1.97 (95 % CI 0.80–4.86) verrattuna hormonihoitoa käyttämättömiin vaihdevuodet ohittaneisiin naisiin.

Yli 5 vuoden hormonihoidon käyttö näytti omaavan vaikutusta rintasyöpäkuolleisuuteen (HR 2.62, 95 % CI 0.98–7.00) koko seurantajoukossa. Vaihdevuodet ohittaneiden naisten hormonihoidon käytöllä ei ollut vaikutusta rintasyöpäkuolleisuuteen (yli 5 v hormonihoidon käyttö, HR 1.89, 95 % CI 0.65–5.53).

Tutkimuksen tulokset osoittavat myös, että hormonihoito laskee sokeritaudin ilmaantuvuutta vaihdevuodet ohittaneilla naisilla. Verrattuna ei koskaan hormonihoitoa käyttäneisiin naisiin vakioitu vaarasuhde sokeritaudille vain aiemmin hormonihoitoa käyttäneillä oli 0.81 (95 % CI 0.57–1.16) eli hormonihoidon käyttäjille ilmaantui sokeritautia 19 % vähemmän kuin käyttämättömille. Alle 2,5 vuoden hormonihoidon käyttö suojasi sokeritaudilta 47 % ja 2.5–5.0 vuoden yhtäjaksoinen käyttö 69 %.

Kalsium- tai kalsium + D-vitamiinilisä näyttäisi lisäävän sepelvaltimotautiriskiä 52–68 -vuotiailla naisilla. Vaihdevuodet ohittaneilla naisilla, jotka käyttivät näitä lisävalmisteita, sepelvaltimotauti riski lisääntyi 26 %.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hormonihoidolla on hyödyllinen sokeritautia ennaltaehkäisevä vaikutus. Toisaalta hormonihoidolla ei ole vaikutusta kokonaiskuolleisuuteen tai sepelvaltimotautikuolleisuuteen. Yli 5 vuotta kestänyt hormonihoidon käyttö saattaa lisätä rintasyövän kuolemanriskiä. Kalsium- tai kalsium + D-vitamiinilisän käyttö näyttää lisäävän sepelvaltimotautiriskiä 52–68 -vuotiailla naisilla. ■

The NFOG FUND, Call for applications, 4th round. The next deadline is March 1st 2012

The NFOG General Assembly at the the 37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology in June 2010 in Copenhagen decided to establish the **NFOG Fund** which replaces the NFOG Visitor and Collaborative Programs and provides support for a wider range of activities.

Purpose:
The purpose of the NFOG Fund is to support further development of professional skills, research, and clinical and scientific collaboration in the fields of obstetrics and gynecology within the Nordic countries.

Who can apply:
Members of the national societies of NFOG who are specialists in obstetrics and gynecology or trainees who have completed two years of specialist training (at the time of application deadline) .

The following fields within obstetrics and gynecology can be covered:
1: Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise.
2: Voluntary or project work in developing countries.
3: Courses outside the applicant´s country of residence.
4: Collaborative clinical or scientific projects between members of the national societies of NFOG.
5: Each national society can apply once per year for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at one annual meeting arranged by the society.

In case the number of applications exceed the funding, applications regarding activities within the Nordic countries will have the highest priority. In general, support is given for one year at a time and for no longer than three years with a new updated application for each year.

The grants will cover:
- Course fee.
- Traveling expenses: Public transport, air fare on economy class, only one return ticket.
- Modest accommodation. For longer visits hotels are not accepted. Accommodation will only be covered for the duration of the stay and no longer than one month.
- Meeting expenses for collaborative projects (point 4 above)
- Modest expenses required in order to work in developing countries (point 2 above)
- Only expenses of NFOG members will be covered by the grants. This rule does not apply for lecturers at societies annual meetings (point 5).

Grants will not be given for:
- Congresses, symposias, pre and post congress courses.
- Courses arranged by NFOG.
- Salaries or daily allowances
- Training of other professions than gynecologists/ obstetricians.
- Only future activities will be considered for support i.e. must take place after the deadline of application. Retrospective applications will not be taken into consideration.

Application must include:
- The NFOG Fund application form which can be found at www.nfog.org, including applicant's motivations and reasons for applying.
- Short Curriculum Vitae (no more than two pages). In collaborative projects, short CV from the principal investigator of each participating Nordic country
- Detailed budget.
- Copy of course announcement
- In collaborative projects, short description of the research / clinical project, including information on appropriate approvals. Total length up to five pages.
- In case of course or clinical visit: letter of recommendation from head of department.
- In case of clinical visit or voluntary work: acceptance letter from head of department at the clinic where the visit is to take place or the organization which is responsible for the program.
- Information on whether or not the applicant has applied for or received other grants for the same purpose, and how much.

A short written report to the NFOG Board must be send to the NFOG Treasurer (lousen@dadlnet.dk) and the Scientific Committee (nfogfund@nfog.org) within 3 months after the activity. The report may be published on the Website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report. Claim form can be found at www.nfog.org.

Deadline for applications
Application deadlines are March 1st and October 1st each year. Applicants will be notified within two months of the application dates. **The next deadline is March 1st 2012:**

Applications must be submitted as a single file, with file named with applicant´s name to nfogfund@nfog.org.

Further information can be obtained from members of the NFOG Scientific Committee and Alexander Kr Smárason, Chairman of the Scientific Committee, e-mail: alexanders@fsa.is.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat

Säätiön tarkoituksena on tukea synnytys- ja naistentautiopin tutkimusta. Säätiön apurahat on tarkoitettu väitöskirja- ja postdoc-tutkijoille.

Vuoden 2012 apurahahakemus on jätettävä **viimeistään maanantaihin 12.3.2012 klo 16.00 mennessä**, jolloin myös postitettujen hakemusten on oltava perillä Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön sihteerillä. Myöhästyneitä hakemuksia ei käsitellä.

Hakulomake löytyy Suomen Gynekologiyhdistyksen verkkosivuilta: **www.gynekologiyhdistys.fi** kohdasta apurahat, palkinnot.

Säätiön sääntöjen mukaisesti apuraha myönnetään vain kerran samalle hakijalle.

Hakemuspohja on täytettävä ja tulostettava allekirjoitusta varten. Hakemus osoitetaan Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitukselle ja lähetetään kymmenenä kappaleena säätiön sihteerille opetushoitaja Leena Vaaralle (os.: HUS, Naistenklinikka, Haartmanink. 2, PL 140, 00029 HUS), jolta saa lisäohjeita (e-mail: leena.vaara@hus.fi tai puh. 050 427 1353).

Apurahat jaetaan SGY:n kevätkokouksessa Helsingissä 19.4.2012.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahat

Hakuaika: Vuosittain Suomen Gynekologiyhdistys r.y. jakaa erikoistuville lääkäreille 5 matka-apurahaa (á 1000 €). Apurahat jaetaan yhdistyksen vuosi- ja kevätkokouksen yhteydessä. Apurahat ovat jatkuvasti haettavissa.

Jakoperusteet: Apuraha voidaan myöntää hakemuksesta erikoistuvalle lääkärille kongressimatkaa varten, kuitenkin korkeintaan 2 kertaa samalle henkilölle. Apurahan saajat valitsee SGY:n hallitus. Apurahan saamisen edellytyksenä on hyväksytty esitys (suullinen tai posteri) kyseisessä kongressissa ja kongressin jälkeen jäsenlehti Sykliin laadittava matkaraportti, joka pyydetään kirjoittamaan heti matkan jälkeen.

Hakemus: Yhdistyksen sihteerille osoitettuun vapaamuotoiseen hakemukseen tulee liittää hakijan lyhyt ansioluettelo, kongressiohjelma, arvio matkakustannuksista sekä tieto abstraktin hyväksymisestä. Puutteellisia hakemuksia ei käsitellä.
Hakemus pyydetään toimittamaan yhdistyksen sihteerille siten, että yksi allekirjoitettu kappale lähetetään postissa ja lisäksi hakemus kaikkine liitteineen sähköpostilla.

SGY:n sihteeri
Kristina Veskimäe
TAYS/Naistenklinikka
PL 2000
33521 Tampere
s-posti: kristinaveskimae@yahoo.co.uk

Suomen Menopaussitutkimusseura ry:n matka-apurahat

Suomen Menopaussitutkimusseura julistaa haettavaksi matka-apurahat (enintään 3 á 1000 €) vaihdevuosia käsitteleviin kongresseihin. Etusijalla ovat seuran jäsenet, nuoret tutkijat ja matka-apurahan saamisen edellytyksenä on kongressiin lähetettävä abstrakti.

Abstrakti ja julkaisuluettelo kuutena kappaleena pyydetään lähettämään 2.3.2012 mennessä Suomen Menopaussitutkimusseuran sihteerille; Jarna Moilanen, Väestöliiton klinikat OY, Helsingin klinikka, Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki.

Eila Suvanto
Suomen Menopaussitutkimusseuran puheenjohtaja

46% HALVEMPI
kuin Nova-T *

Silverline kuparikierukka

SILVERLINE, 1 KPL (tuotenumero: 2020063)
39 euroa (alv 0%**)

SILVERLINE, 10 KPL (tuotenumero: 2062636)
370 euroa (alv 0%**)

* Silverline kuparikierukka on kopio Nova-T kuparikierukasta. Nova-T:n hinta on 71,94 (alv 0%), joten Silverline on 46% halvempi kuin Nova-T, olettaen ettei Nova-T:n hintaan ole tullut muutoksia. Hintatiedot tarkistettu 15.12.2011.

Flexi-T kuparikierukka

FLEXI-T 300, 1 KPL (tuotenumero: 2013761)
39 euroa (alv 0%**)

FLEXI-T 300, 10 KPL (tuotenumero: 2050219)
364 euroa (alv 0%**)

FLEXI-T +380, 1 KPL (tuotenumero: 2014066)
41 euroa (alv 0%**)

FLEXI-T +380, 10 KPL (tuotenumero: 2050367)
389 euroa (alv 0% **)

www.flexi-t.fi

** normaali tukkuhinta

Tilaukset: Tamro

Azanta
info.fi@azanta.com

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät Helsinki 19.–20.4.2012

Torstai 19.4.2012 Biomedicum

Tietoisku:

9.00 Kehitysyhteistyöpienryhmästä
Dos. Pekka Lähteenmäki
10.00 Koulutuspäivien avaus
SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Teema: Nainen ja neurologiset sairaudet
Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

10.10 Epilepsian vaikutus naisen lisääntymisterveyteen
Dos. Laure Morin-Papunen, OYS
10.45 Epilepsiapotilaan raskaus
LT Reina Roivainen, HYKS
11.25 MS-potilaan raskaus Dos. Laura Airas, TYKS

12.00 Lounas

Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

13.00 Nainen, hormonit ja migreeni
LT Marja-Liisa Sumelahti, TAYS
13.45 Nainen ja dementia Dos. Anne Remes, OYS
14.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu
Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

15.30 Neurologisiin sairauksiin liittyvät urogynekologiset ongelmat
Dos. Juhani Ruutiainen, Maskun neurologinen kuntoutuskeskus
16.15 Neurostimulaatiohoito lantion pohjan ongelmien hoidossa LT Martti Aho, TAYS

17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaosaston vuosikokous
19.30 Iltajuhla, hotelli Crowne Plaza

Perjantai 20.4.2012 Biomedicum

Teema: Kuvantaminen
Pj. Tytti Raudaskoski ja Johanna Mäenpää

8.30 MRI-pelvimetria – tarvitaanko sitä?
LT Kati Ojala, OYS
9.00 Poikkeavan plasentaation kuvantaminen
LT Minna Tikkanen, HYKS
9.30 Fetal MRI: State of the art and new developments
Prof. Daniela Prayer, Wien

10.15 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

11.00 SGY tutkii 3 x 15 min
SGY:n varapj. Juha Räsänen

11.45 PET-CT gynekologisessa onkologiassa
Dos. Marko Seppänen, TYKS

12.30 Lounas

Teema: jatkuu

13.30 UÄ-tutkimuksessa todettu sektioarven avautuminen uutta raskautta suunniteltaessa
Dos. Aydin Tekay, OYS
14.00 MRI gynekologisissa sairauksissa
Dos. Petri Sipola, KYS
14.30 MRI rintojen kuvantamisessa
LT Anna-Leena Lääperi, TAYS

15.00 Päivien päätös
SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Kevätkoulutuspäivät järjestetään tällä kertaa keväisessä Helsingissä. Kokouspaikkana toimii Biomedicum, missä pidetään päivien luennot ja lääketieteellinen näyttely.
LeoPharma järjestää keskiviikkona 18.4.2012 iltasymposiumin, johon jäsenet saavat erillisen kutsun ja ohjelmatiedot.
Ilmoittautuminen tapahtuu SGY ry:n kotisivujen kautta: www.gynekologiyhdistys.fi

Ilmoittautumislomakkeessa ovat pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 2.4.2012 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri Hanna.Turunen@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, sillä halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla – siihen vastaaminen on todistuksen edellytys.

Osallistumismaksu on maksettava 2.4.2012 mennessä. Erikoislääkärit 160 €/ yksi päivä ja 260 €/ kaksi päivää. Erikoistuvat 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää. Maksut maksetaan SGY ry:n tilille 217238-2380. Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan nimi. Eräpäivän jälkeen on maksettava 15 € kirjaamismaksu. Eräpäivän jälkeen tehtävissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta.

Perinteinen illallisjuhla on Hotelli Crowne Plazassa. Avecin iltajuhlamaksu on 80 €.

Majoituskapasiteettia on varattu jäsenille majoituskiintiöllä hotellista.
CROWNE PLAZA HELSINKI
Mannerheimintie 50, 00260 Helsinki, Finland
Tel. +358 (0)9 2521 0000, Fax +358 (0)9 2521 3999
email: helsinki.cph@restel.fi
www.crowneplaza-helsinki.fi

Kiintiöt ovat SGY -tunnuksella varattavissa 19.3.2012 saakka, jonka jälkeen huoneet vapautetaan yleiseen myyntiin.

Tervetuloa!

Suomen Gynekologiyhdistyksen syyskoulutuspäivät 15.–16.11. 2012 Oulun kaupunginteatteri, Oulu

Torstai 15.11.2012

9.00-10.00 Edunvalvontasymposium
SLL, Suomen gynekologit-alaosasto

10.00 Koulutuspäivien avaus
SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Teema: Gastroenterologiaa gynekologeille
Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

10.10 Tulehdukselliset suolistosairaudet; gastroenterologin näkökulma
LT Ritva Koskela, OYS

10.45 Tulehdukselliset suolistosairaudet; obstetrikon näkökulma
LT Marja Vääräsmäki, OYS

11.20 Dyspepsia – happosalpaajaako kaikille?
EL Timo Blomster, OYS

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: jatkuu
Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

13.00 Milloin on syytä epäillä keliakiaa?
Dos. Katri Kaukinen, TAYS

13.30 Keliakia ja naisen lisääntymisterveys
Dos. Helena Tinkanen, TAYS

14.00 Proktologiaa gynekologille
LT Pirita Varpe, TYKS

14.30 Kahvitauko ja näyttely

15.20 Seth Wichmann-luento

Teema: jatkuu
Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

15.50 Nainen ja kohonneet maksa-arvot
Prof. Martti Färkkilä, HYKS

16.25 Mahasuolikanavan maligniteettien gynekologisia näkökohtia
LT Marja Hyöty, TAYS

17.00 SGY:n vuosikokous

19.30 Iltajuhla

Perjantai 16.11.2012

8.30 Hot topics

9.30–10.00 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Hoidon rajalla
Pj: Tytti Raudaskoski ja Annika Tulenheimo-Silfvast

10.00 Avaus pj. Tytti Raudaskoski

10.10 Kuinka pieni on liian pieni?
Prof. Mikko Hallman, OYS

10.40 Kuinka iso on liian iso?
-anestesiologisesti Luennoitsija avoin
-operatiivisesti LT Anna-Mari Heikkinen, KYS

11.20 Kuinka laaja on liian laaja?
Lantion alueen stripping -leikkaukset
Luennoitsija avoin

11.40 Miten ikä ja kunto vaikuttavat hoitopäätökseen?
Luennoitsija avoin

12.00-13.00 Lounas ja näyttely

Teema: jatkuu
Pj: Annika Tulenheimo-Silfvast ja Tytti Raudaskoski

13.00 Onko lapsettomuuden hoidolla rajoja?
LKT Johanna Aaltonen, Ovumia

13.30 Sectio on demand: onko naisella oikeus päättää synnytystavastaan?
Dos. Aydin Tekay, OYS

14.00 Milloin on hoidon lopettamisen aika?
Dos. Päivi Hietanen, SLL

14.30 Hoidon maantieteelliset rajat
Johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, STM

15.00 Päivien päätös
SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Suomen Perinatologisen Seuran kevät- ja vuosikokous Tampere 29.–30.3.2012

Torstai 29.3.2012

8.30– 9.30	Ilmoittautuminen
9.30–12.35	**Raskautta ja lapsia tuplaten – geminiraskaus-sessio Pj. Markku Ryynänen**
9.30– 9.35	Koulutuspäivien avaus, SPS:n hallituksen puheenjohtaja Marjut Salonvaara
9.35– 9.50	Kaksosuuden epidemiologiaa, Mika Gissler, THL
9.50–10.10	Raskausseurannan periaatteet kaksosuudessa, LT Outi Palomäki, TAYS
10.10–10.30	Kaksossynnytyksen hoito, Dos. Jukka Uotila, TAYS
10.30–11.00	Aamupäiväkahvi
11.00–12.15	Complications in monochorionic twins, Prof. Kurt Hecher, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
12.15–12.35	Monikkoraskaudesta syntyneiden lasten hoito ja pitkäaikaisennuste, LT Viena Tommiska, HUS
12.35–12.40	Session päätös
12.40–14.10	Lounas ja tutustuminen näyttelyyn
14.10–16.15	**Kohti muuttuvaa äiti-lapsihoitoa – vanhemmat mukaan hoitotiimiin Pj. Päivi Korhonen**
14.10–14.15	Session avaus
14.15–14.35	Perhehuoneet vastasyntyneiden teho-osastoilla – Onko näyttöä hyödyistä? Dos. Päivi Luukkainen, HYKS
14.35–15.15	Couplet care: Äidin hoito vastasyntyneiden osastolla, sh. + klö, Karolinska institutet, Tukholma
15.15–15.45	Onnistunut transitio perinteisestä vastasyntyneiden tehohoidosta perhehuonemalliin, Dos. Liisa Lehtonen, TYKS
15.45–16.25	Paneelikeskustelu: Miten henkilökunnan työolosuhteet muuttuvat?
16.25–16.30	Session päätös
16.30–	**Vuosikokoukset; Suomen Perinatologinen Seura ja Suomen Neonatologit**
19.00	**Iltajuhla, ravintola Ziberia**

Perjantai 30.3.2012

9.00–12.30	**Synnytyspelko ja päihteiden käyttö komplisoimassa raskautta ja synnytystä Pj. Ansa Aitokallio-Tallberg**
9.00– 9.05	Session avaus
9.05– 9.35	Synnytyspelko psyykkisenä ongelmana, Psykiatri
9.35– 9.55	Synnytyspelon hoidon vaikuttavuus, LL Hanna Rouhe
9.55–10.15	Synnytystä pelkäävän äidin synnytys, Klö Pia Laitio, TYKS
10.15–10.45	Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn
10.45–11.05	Tupakan raskausvaikutukset, LT Minna Tikkanen, HUS
11.05–11.25	Alkoholi ja raskaus, Prof. Ilona Autti-Rämö, Kela
11.25–11.45	Huumeiden käyttö raskauden aikana, LT Hanna Kahila, HUS
11.45–12.05	Päihteiden käyttäjän lapsen pitkäaikaisennuste, LT Taisto Sarkola, HUS
12.05–12.25	Haastavat vauvat ja perheet hoitotyön arjessa, Sh. ja vauvaperhetyöntekijä Kaisa Haapakorva, OYS
12.25–12.30	Session päätös
12.30–14.00	Lounas ja tutustuminen näyttelyyn
14.00–16.00	**Hot topics & tapausselostuksia koulutuspäivien aiheista Pj. Outi Palomäki**
14.00–14.30	Hot topics
14.30–15.30	Tapausselostukset / kaksosraskauteen, päihdeäidin raskauteen ja synnytyspelkoon liittyviä tapausselostuksia
15.30–16.00	Keskustelu ja päivien päätössanat

Lisätietoja ja ilmoittautuminen Seuran verkkosivuilla:
www.terveysportti.fi/perinatologinenseura

Suomen Perinatologinen Seura ry.
Perinatologiska Sällskapet i Finland
The Finnish Society of Perinatology

Suomen Menopaussitutkimusseuran kevätkokous 16.–17.3.2012 Scandic Hotel Oulu, Saaristonkatu 4

”Syöpä ja kipu menopausaalisella naisella”

Perjantai 16.3.2012

13.00–14.00	Ilmoittautuminen, lounas ja tutustuminen näyttelyyn
14.00–14.05	Koulutuspäivien avaus Suomen Menopaussitutkimusseuran puheenjohtaja Eila Suvanto
14.05–14.30	Syöpä menopaussissa Luennoitsija vahvistetaan myöhemmin
14.35–15.00	Tahdonvoima syövän hoitona Arto Leminen
15.05–15.30	Uudet biologiset syövän hoitomenetelmät Ulla Puistola
15.35–16.00	Astellas Pharman puheenvuoro
16.00–16.45	Tutustuminen näyttelyyn ja kahvitarjoilu
16.45–17.10	Milloin mittaan merkkiaineita? Johanna Mäenpää
17.20–17.45	Pre/postmenopausaalisen rintasyövän hoito Arja Jukkola-Vuorinen
19.30	Illallinen

Lauantai 17.3.2012

09.00–	Aamunavaus Suomen Menopaussitutkimusseuran varapuheenjohtaja Risto Tuimala
09.05–10.00	Haastava kipu Voitto Järvimäki
10.05–10.30	Kroonisen kivun psyykkinen olemus Sami Räsänen
10.35–11.00	Virvoke- ja kahvitarjoilu
11.00–11.30	Suomen Menopaussitutkimusseuran kokous
11.30–11.55	Fibromyalgia – mitä se on? Ritva Markkula
12.00–12.25	Kivun hoito Tarja Heiskanen
12.30	Päivien päätös

Osallistumismaksu 80 € maksetaan Suomen Menopaussitutkimusseuran tilille: Tampereen seudun osuuspankki FI29 5732 5720 014649. **Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomukseksi Menopaussitutkimusseuralle.** Menopaussitutkimusseuran jäsenmaksu 15 € / vuosi peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta. Koulutus anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 7 tunnin ajalta naistentautien ja synnytysten, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoisaloille (Helsingin yliopisto).

ILMOITTAUTUMINEN:
Ilmoittauduthan tilaisuuteen osoitteessa www.registerforevent.net ke 29.2.2012 mennessä

Event name: Menopaussikevat12
Password: KevatkokousOulu

Kerrothan ilmoittautumisen yhteydessä, tarvitsetko majoitusta, osallistutko illalliselle sekä mahdollisen erityisruokavalion. Sivulla kysytään myös sähköpostiosoitetta, toimipaikkaa sekä matkapuhelinnumeroa.

Astellas Pharma maksaa majoituskulut. Matkajärjestelyistä ja -kustannuksista vastaa osallistuja itse.

Ohjeet myös Menopaussitutkimusseuran nettiosoitteessa www.menopaussiseura.net.
Tiedustelut: Näyttelyasiat ja osallistumismaksut rahastonhoitaja Heli Lyytinen, e-mail: heli.lyytinen (at) hus.fi. Muut tiedustelut ja jäsenasiat sihteeri Jarna Moilanen, e-mail: jarna.moilanen (at) vaestoliitto.fi, puh 09-616 221.

Kutsu Suomen Menopaussitutkimusseuran kevätkokoukseen

Suomen Menopaussitutkimusseura ry:n kevätkokous pidetään kevätkoulutuspäivän yhteydessä Scandic Hotel Oulussa, lauantaina 17.3.2012 klo 11.00 alkaen.
Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.

Tervetuloa
Hallitus

II Dan Apter-symposium

Slangy

22.3.2012 klo 12.15–16.45

ja Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologisen yhdistyksen vuosikokous klo 16.45

Niilo Hallman-sali, Lasten ja nuortensairaala, Stenbäckinkatu 11, Helsinki

"Tutustu poikaan nimeltä Päivi", nuorten sukupuolisuuden kirjo

22.3.2012

11.30 Ilmoittautuminen

12.15 Symposiumin avaus.
Slangyn puheenjohtaja Minna Joki-Erkkilä

12.20 Katsaus lasten ja nuorten seksuaalisuuteen: historia, kulttuurit ja nykypäivän haasteet.
Erikoislääkäri Pirkko Brusila, Väestöliitto

13.00 Aikuistumisen endokrinologiaa.
Dosentti Tiina Laine, Lasten ja nuorten sairaala, HUS

13.30 Seksuaalisuuden suloa ja seksin säpinää.
Seksuaalinen kehittyminen nuoruusiässä.
Seksologian johtava asiantuntija Tarja Sandberg, Väestöliitto

14.00 Kahvitauko

Puheenjohtaja dosentti Tiina Laine

14.30 Lasten ja nuorten seksuaalisuuden moninaisuus – miten voimme tukea ja auttaa?
Toiminnanjohtaja Jussi Nissinen, SEXPO

15.00 Sukupuoli-identiteetin häiriöt lapsuus- ja nuoruusiässä.
Nuorisopsykiatrian professori Riittakerttu Kaltiala-Heino, TAYS

15.40 Lasten ja nuorten transsukupuolisuus. Tutkiminen ja hoito.
Apulaisylilääkäri Veronica Pimenoff, Sukupuoli-identiteetin tutkimusklinikka, HYKS

16.20 Transsukupuolisuuden hoito.
Dosentti Dan Apter, Väestöliitto

16.40 Päätössanat

16.45 Slangyn vuosikokous

Koulutus on tarkoitettu yhdistyksen jäsenille. Ilmoittautumisen yhteydessä voi anoa jäsenyyttä. Slangyn jäsenmaksu 10 €/v peritään keskitetysti Suomen Lääkäriliiton kautta. Yhdistykseen voivat kuulua myös muut kuin lääkärit. Kts. yhdistyksen kotisivut www.terveysportti.fi/slangy. Koulutusta anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi naistentautien ja synnytysten, lastentautien, yleislääketieteen, psykiatrian sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisaloille (HY). **Ilmoittautuminen sähköpostitse 12.3.2012** mennessä maarit.mentula@hus.fi. Vanhat jäsenet, ilmoittakaa samalla mahdolliset katu- ja sähköpostiosoitteen muutokset. Jäsenyyttä hakevat, ilmoittakaa ammattinne, toimipaikkanne ja katu- ja sähköpostiosoitteenne jäsenrekisteriä varten.
Ilmoittautumisen yhteydessä pyydämme tiedon erityisruokavalioista!
Osallistumismaksu **50 €** (sisältää luennot ja ohjelmaan sisältyvän tarjoilun) maksetaan **12.3.2012 mennessä** Slangyn tilille **Nordea 111230-379567, viitenro 1009**.
Koulutukseen voidaan ottaa 100 ensinnä ilmoittautunutta.
Tiedustelut Slangyn sihteeri sirpa.vilska@fimnet.fi

TERVETULOA!

WWW.NFOG2012.NO

WELCOME TO

38TH NORDIC CONGRESS
OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

17–19 JUNE 2012, BERGEN, NORWAY

38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

■ MARJA KOMULAINEN

Tuorein versio kalenteristä löytyy SGY:n nettisivuilta www.gynekologiyhdistys.fi kohdasta Koulutus

2012

MAALISKUU

- 8.-11.3. 15th World Congress of Gynecological Endocrinology, Firenze, Italia. www.gynecologicalendorinology.org
- 16.-17.3. Suomen Menopaussitutkimusseuran kevätkokous, Oulu. www.menopaussiseura.net
- 22.3. II Dan Apter-symposium ja SLANGY:n vuosikokous, Helsinki. www.terveysportti.fi/slangy
- 28.-31.3. 9th European Congress on Menopause and Andropause, Ateena, Kreikka. www.kenes-group.com
- 29.-30.3. Suomen Perinatologisen Seuran kevät- ja vuosikokous, Tampere. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura

HUHTIKUU

- 13.-14.4. 2012 Annual European Gynecologic Oncology Congress Barcelona, Espanja. www.primeoncology.org/gynco-ngress2012
- 19.-20.4. SGY:n Kevätkokous Biomedicum, Helsinki. www.gynekologiyhdistys.fi
- 22.-24.4. European Congress for Ultrasound in Medicine and Biology, EUROSON 2012, Madrid. www.euroson2012.com
- 26.-27.4. NSGO Annual Meeting 2012 Tampere. www.nsgo.org
- 26.-27.4. Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura ry: Oulu. www.ultraaaniseura.fi
- 26.-28.4. 3rd International Video Workshop on Radical Surgery in Gyneacological Oncology Praha. www.ivw2012.cz

TOUKOKUU

- 5.-9.5. 15th International Congress of Endocrinology jointly with the 14th European Congress of Endocrinology, Florence, Italia. www.euro-endo.org
- 9.-12.5. 22nd European Congress of Obstetrics and Gynaecology, EBCOG 2012, Tallinna, Viro. www.ebcog2012.com
- 13.-15.6. 4th European Meeting on Robotic Gynaecological Surgery, SERGS, Marseille, Ranska www.sergs.org
- 17.-20.5. International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy, Berliini, Saksa www.cppcomgress.com
- 24.-25.5. EGO koulutuspäivät, Oulu. www.gynekologiyhdistys.fi

KESÄKUU

- 1.-5.6. 48th ASCO Annual Meeting Chicago, Illinois, USA. www.asco.org
- 16.-19. 38th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Bergen, Norja. www.mednet.no/nfog2012

HEINÄKUU

- 1.-4.7. 28th Annual Meeting - ESHRE 2012, Istanbul, Turkki.
- 19.-22.7. The 16th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) Singapore, China.

Edullinen

Trospium Verman 20 mg

YLIAKTIIVISEN RAKON HOITOON

- Nopea teho[1]
- Ei keskushermosto-sivuvaikutuksia
- Ei metabolisia interaktioita muiden lääkeaineiden kanssa

Pakkaus 60 tablettia. Vmh 1.1.2012: 25,54 €.
Peruskorvattuna potilaalle: 15,64 €.
Annostelu: yksi tabletti aamuin illoin.

1) Madersbacher et al. Allegemeinmedizin 1997: 73, 378-383
Lisätiedot: Pharmaca Fennica

VERMAN

VALMISTEYHTEENVETOLYHENNELMÄ (lyhennelmä perustuu 15.10.2010 päivättyyn valmisteyhteenvetoon)
Trospium Verman 20 mg kalvopäällysteinen tabletti, trospiumkloridi. **Käyttöaiheet:** Pakkoinkontinenssin ja/tai tiheävirtsaisuuden ja virtsaamispakon oireenmukaiseen hoitoon potilailla, joilla on yliaktiivinen virtsarakko. **Annostus ja antotapa:** yksi tabletti kahdesti päivässä kokonaisena veden kera tyhjään vatsaan ennen ateriaa. **Vasta-aiheet:** virtsaumpi, vakava gastrointestinaalinen toimintahäiriö (esim. toksinen megakoolon ja vakava haavainen koliitti), myastenia gravis, ahdaskulmaglaukooma ja takykardia. Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineelle. **Varoitukset:** Tulee käyttää varoen potilailla, joilla gastrointestinaalikanavan obstruktiivisia häiriöitä (kuten mahaportin ahtauma), joilla virtsantulo estynyt, autonominen neuropatia, hiatushernia, refluksiesofagiitti, sydämen lyöntitiheys ei saisi lisääntyä (esim. hypertyreoosi, koronaarisuonisairauksia tai kongestiivista sydämen vajaatoimintaa), lievä tai kohtalainen maksan vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta. **Yhteisvaikutukset:** Farmakodynaamiset ja farmakodynaamiset yhteisvaikutukset: kts. SPC. Metaboliset interaktiot eivät ole todennäköisiä. Metabolisia interaktioita P 450-entsyymeillä ei ole havaittu. **Raskaus ja imetys:** Varovaisuutta on noudatettava määrättäessä valmistetta raskaana oleville tai imettäville. **Vaikutus ajokykyyn:** Akkomodaatiohäiriöt voivat heikentää huomiokykyä liikenteessä ja koneita käytettäessä. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset: suun kuivuminen. Yleiset: silmien kuivuminen, dyspepsia, ummetus, vatsakipu, vatsan turpoaminen, pahoinvointi, nenän kuivuminen. **Muut haittavaikutukset:** kts. SPC. **Muut tiedot:** Oy Verman Ab. **Hinnat ja korvattavuus:** 60 kalvopäällysteistä tablettia 25,54 € (vmh+alv 1.1.2012). SV-peruskorvattava. **Myyntiluvan haltija ja markkinoija:** Oy Verman Ab, Kerava. www.verman.fi.

ELOKUU

- 6.-8.8. XII Nordic Fertility Society Meeting Helsinki. www.nfs2012.fi
- 11.-15.8. 45th Annual Meeting of the Society for the Study of Reproduction Tentatively, the Penn State University State College Pennsylvania, USA. www.ssr.org/meetings
- 30.8. 4th Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction (ASPIRE 2012)

SYYSKUU

- 4.-8.9. 2012 Annual Meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Brispane Australia, www.iuga.org
- 9.-13.9. 22nd World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Kööpenhamina, Tanska. www.isuog.org
- 19.-21.9. 16th Congress of the European Society of Surgical Oncology (ESSO) Valencia, Espanja. www.ecco.org.eu
- 27.-28.9. Gynekologisen kirurgian seura & koulutuspäivät, Helsinki
- 28.9.-2.10. 37th ESMO Congress Wien Itävalta. www.esmo.org

LOKAKUU

- 3.-6.10. NAMS, 23rd Annual Meeting, Orlando, Florida, USA.
- 4.-5.10. Endopäivät – yhteiskokous Scandinavian Physiological Societyn kanssa
- 4.-5.10. Suomen Perinatologisen Seuran syyskoulutuspäivät, Helsinki. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
- 7.-12.10. XX FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Rooma, Italia. www.figo.org
- 12.-15.10. 42nd Annual Meeting of the International Continence Society (ICS) Peking. www.kenew-group.com
- 13.-16.10. 14th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS) Vancouver Canada. www. www.kenes.com/igcs
- 15.-19.10. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Beijing, China. www.icsoffice.org
- 20.-24.10. American Society for Reproductive Medicine 68th Annual Meeting, San Diego, CA, USA. www.asrm.org

MARRASKUU

- 15.-16.11. SGY:n syyskokous, Oulu. www.gynekologiyhdistys.fi
- 30.11.-6.12. 28th International Papillomavirus Conference & Clinical and Public Health Workshops, San Juan, Puerto Rico. www.hpv2012pr.org

2013

ELOKUU

- 26.-.30.8. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Barcelona Espanja. www.icsoffice.org

SYYSKUU

- 19.-23.9. 10th Congress of the European Society of Gynaecology, Brysseli, Belgia. www.seg2013.com

Toviaz 4 mg depottabletti ja Toviaz 8 mg depottabletti. **Vaikuttava aine:** Fesoterodiini. **Käyttöaiheet:** Yliaktiivisen rakon oireiden (tihentynyt virtsaamistarve ja/tai virtsaamispakko ja/tai pakkoinkontinenssi) hoito. **Annostus ja antotapa:** Suositeltu aloitusannos on 4 mg kerran vuorokaudessa. Annos voidaan suurentaa 8 mg:aan kerran vuorokaudessa. Hoidon vaikutusta olisi arvioitava uudelleen 8 hoitoviikon jälkeen. Toviazia ei suositella lapsille ja alle 18-vuotiaille nuorille. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle, apuaineille, maapähkinälle tai soijalle; virtsaumpi; ventrikkeliretentio; kontrolloimaton ahdaskulmaglaukooma; myasthenia gravis; vaikea maksan vajaatoiminta (Child-Pugh C); samanaikainen vahvojen CYP3A4:n estäjien käyttö potilailla, joilla on kohtalainen tai vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta; vaikea haavainen paksusuolitulehdus; toksinen paksusuolen laajentuma. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Noudatettava varovaisuutta hoidettaessa potilaita, joilla on merkittävä rakon ulosvirtauseste ja virtsaummen vaara; ruoansulatuskanavaa ahtauttavia häiriöitä (esim. mahaportin ahtauma); gastroesofageaalinen refluksi ja/tai sellainen samanaikainen lääkitys, joka voi aiheuttaa ruokatorvitulehduksen tai pahentaa sitä; ruoansulatuskanavan vähentynyt motiliteetti; autonominen neuropatia; ahdaskulmaglaukooma, joka on hallinnassa; maksan tai munuaisten vajaatoiminta; samanaikainen lääkitys vahvoilla tai kohtalaisen vahvoilla CYP3A4:n estäjillä tai vahvalla CYP2D6:n estäjällä. Elimelliset syyt on poissuljettava ennen hoitoa. Varovaisuutta on noudatettava fesoterodiinin käytössä potilaille, joilla on QT-tajan pidentymisen riski ja entuudestaan jokin merkityksellinen sydänsairaus. Fesoterodiinilla on raportoitu angioedeemaa, jota on joissakin tapauksissa esiintynyt ensimmäisen annoksen jälkeen. Jos angioedeemaa esiintyy, fesoterodiinin anto on lopetettava ja tarpeellinen lääkehoito on aloitettava heti. **Yhteisvaikutukset:** Fesoterodiinia tulee käyttää varoen muiden sellaisten lääkevalmisteiden kanssa, joilla on antimuskariinisia tai antikolinergisia ominaisuuksia. Fesoterodiini voi vähentää ruoansulatuskanavan motiliteettia stimuloivien lääkevalmisteiden vaikutusta. Samanaikaista käyttöä CYP3A4:n indusoijien kanssa ei suositella. **Raskaus ja imetys:** Fesoterodiinihoitoa ei suositella raskauden tai imetyksen aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Varovaisuutta tulee noudattaa autoa ajettaessa tai koneita käytettäessä haittavaikutusten, kuten näkökyvyn hämärtymisen, heitehuimauksen ja uneliaisuuden mahdollisen ilmenemisen takia. Haittavaikutukset: Suun kuivuminen on hyvin yleinen haittavaikutus. Heitehuimaus, päänsärky, silmien kuivuminen, kurkun kuivuminen, vatsakipu, ripuli, dyspepsia, ummetus, pahoinvointi, dysuria, unettomuus ovat yleisiä haittavaikutuksia. **Pakkaukset ja VMH-hinnat sisältäen ALV:n/(vrk-hinnat potilaalle, ilman toimitusmaksua):** Toviaz 4 mg 28 depottablettia, läpipainopakkaus 53,48 € (1,11 €), Toviaz 4 mg 84 depottablettia, läpipainopakkaus 138,36 € (0,96 €), Toviaz 4 mg 90 depottablettia, purkki 147,77 € (0,95 €), Toviaz 8 mg 28 depottablettia, läpipainopakkaus 58,09 € (1,20 €), Toviaz 8 mg 84 depottablettia, läpipainopakkaus 150,50 € (1,04 €). **Korvattavuus:** Toviaz 4 mg ja 8 mg ovat sv-peruskorvattavia. RESEPTILÄÄKE. **Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto ja **Pfizer Oy, Tietokuja 4, 00330 Helsinki, puh. (09) 430 040, www.pfizer.fi**

Viitteet: 1. Shah S, et al. Rev Urol. 2009;11:196-202. **2.** Dmochowski RR, et al. Urology. 2010;75:62-8. **3.** Herschorn S, et al. BJU Int. 2010;105:58-66. **4.** Kaplan SA, et al. BJU Int. 2011;107:1432-40.

Koulutuskalenteri SGY

LOKAKUU

- 5.-8.10. 18th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Ateena, Kreikka. www.esgo.org/esgo18
- 9.-12.10. Euroson 2013 – Stuttgart. www.efsumb.org/euroson-con
- 9.-12.10. NAMS, 24th Annual Meeting, Dallas, Texas, USA.
- 12.-27.10. 69th Annual Meeting of the ASRM (American Society for Reproductive Medicine) and 21st World Congress on Fertility and Sterility, Boston, USA. www.asrm.org
- 17.-18.10. Endopäivät

2014

SYYSKUU

- 3.-6.9. 12th World Congress on Endometriosis, Sao Paulo, Brasilia

LOKAKUU

- 27.-.31.10. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Rio de Janeiro, Brasilia. www.icsoffice.org

2015

- FIGO, Vancouver, Kanada

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
2012		
2. Huhtikuu	16.3.	20.4.
3. Kesäkuu	18.5.	21.6.
4. Syyskuu	17.8.	14.9.
5. Lokakuu	21.9.	26.10.
6. Joulukuu	9.11.	14.12.

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

Puheenjohtaja
Johanna Mäenpää
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
p. (03) 311 65046, 040 553 3097
fax (03) 311 64360
johanna.maenpaa@pshp.fi

Varapuheenjohtaja
Juha Räsänen
KYS Naistenklinikka
PL 1777, 70211 Kuopio
juha.rasanen@kuh.fi

Sihteeri Kristina Veskimäe
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
kristinaveskimae@yahoo.co.uk

Varainhoitaja Pauli Wirta
Kartanontie 5 A 4, 00330 Helsinki
p. 0400 423 348
pauli.wirta@pp.fimnet.fi

Klubimestari Veli-Matti Ulander
HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 1536 tai 050 414 3303
veli-matti.ulander@hus.fi

Jäsenet
Oskari Heikinheimo
HUS Kätilöopiston sairaala
PL 610, 00029 HUS
oskari.heikinheimo@hus.fi

Marja-Liisa Mäntymaa
Kymenlaakson KS / Naistentaudit
Kotkantie 41, 48210 Kotka
p. 044 223 1418
marja-liisa.mantymaa@carea.fi

Virpi Rantanen
TYKS Naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 0239 fax (02) 313 2340
virpi.rantanen@tyks.fi

Tytti Raudaskoski
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 2011 fax (08) 315 4310
tytti.raudaskoski@ppshp.fi

Annika Tulenheimo-Silfvast
Fertinova
Unioninkatu 13, 00130 Helsinki
p. 050 350 7991 fax (09) 622 03220
annika.tulenheimo-silfvast@fimnet.fi

Outi Uimari
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90020 OYS
outi.uimari@ppshp.fi

■ MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Viikonloppu vailla sähköä

Asumme pikkukaupungin keskustassa kerrostalossa. Kaikki arkena tarvitsemamme on alle puolen kilometrin etäisyydellä. Sykli – ja moni muukin työ – valmistuu kotimme työhuoneessa. Kun olemme kotona, olemme aina töissä. Päästäksemme pois työpaikalta ajamme viikonlopuiksi ja lomilla maalle, vanhaan maalaistaloon.

Joulun aikaan olimme onnekkaita, sähköt olivat poissa vain pari tuntia. Nuuttina onni ei enää suosinut, talo oli sähköittä kaksi ja puoli vuorokautta. Lunta oli tullut kolmessa päivässä neljäkymmentä senttiä ja kaikki jäätyi puiden oksille. Puut katkeilivat ja kallistuivat sähkölinjoille.

Meillä ei ollut hätää. Talo lämpenee myös puilla, puuhellalla on helppo laittaa ruokaa. Juomavettä ostimme mennessä kaupasta ja pesuvettä haimme läheisestä purosta. Ruuat pysyivät tuoreina kylmässä eteisessä, arkkupakastin ei ehtinyt sulaa. Puuttui vain valo, televisio – ja netti.

Kynttilänvalossa oli tunnelmallista, öljylampun haju saunassa toi mieleen mummolan saunan lapsuudesta. Yö oli pitkä ja pimeä – nukuimme kymmentuntisia öitä. Vapaus netistä esti tehokkaasti työasioiden hoitelua ja tuntui ihmeellisen vapauttavalta.

Sähköyhtiömme aloitti kilpailijoidensa kokemuksista oppineena heti tehotoimet. Armeijan telaketjuajoneuvo ”Nasu” ajoi saunamme takana sähkölinjalla iltapimeässä ja miehet kaatoivat puita moottorisahalla. Sitä oli pakko käydä ihmettelemässä. Sähköt palasivat seuraavana yönä kello kolme. Valot räpsähtivät päälle ja televisio aukesi. Mitä teimme me? Suljimme telkkarin ja latasimme nopeasti digisanomalehden koneelle. Jatkoimme unia.

Taun©

Mitä opimme? Netitön ja televisioton viikonloppu voisi olla kokeilemisen arvoinen jatkossakin, silloin tällöin. Valo on tärkeää, sillä etenkin talvella lukeminen on keskeinen hupi. Otsalamppu painaa ja hiostaa ikävästi.

Viime vuosina olemme törmänneet lukuisiin säiden ääri-ilmiöihin. On ollut poikkeuksellisia hellekesiä, runsaslumisia talvia, kaatosateita ja rajumyrskyjä. Harvassa taitavat olla enää ne ilmastonmuutosskeptikot, jotka uskovat säiden normaalivaihtelun selittävän ilmiön. Ihmisten toiminnalla alkaa olla jokaisen havaittavia vaikutuksia ilmastoomme. Vaikka tiedemiehet kuinka laskisivat erilaisia skenaarioita maapallon tulevaisuudesta, monet isot ja pienet asiat tapahtuvat vastoin ennustuksia. Pallorukkamme pelastamiseksi tarvittaisiin isoja päätöksiä ja tekoja, mutta myös jokaisen kansalaisen omia valintoja.

Oma elämäntapamme kaksine koteineen ei ole erityisen ekologinen. Tähän emme taida löytää nopeaa ratkaisua, mutta silti jokainen voi kohdallaan miettiä arjen valintoja. Voisiko liikkumiseen käyttää jalkoja tai julkisia kulkuvälineitä oman auton sijasta? Voisimmeko vähentää lihan kulutusta ja suosia kasviksia – sehän olisi terveydenkin kannalta suotavaa? Suuri energiasyöppö ja saastuttaja on lentomatkustaminen. Kongressit ovat hyödyllisiä opin ja kokemusten jakamisen kannalta – lisäksi ne ovat isoa liiketoimintaa. Olisiko tulevaisuudessa mahdollista korvata ainakin osa näistä kokoontumisista nykyaikaisen tietotekniikan mahdollistamilla keinoilla ilman, että tuhansien ihmisten on matkustettava kauas kotoa sanakuuluon?

Tässäpä jokaiselle pohdittavaa omiin arkisiin valintoihin – alkavan vuoden kynnyksellä. ■