

Sykli

Oulun klinikka
obstetrisen
ultraäänen ja
synnytyskivun
hoidon
edelläkävijänä
s. 12

Artikkelisarja
erikoistumisesta
eri
vuosikymmenillä
alkaa
s. 20

Organon Cerazette



SISÄLTÖ

Sykli

Pääkirjoitus 5
50–50 -sääntö johtaa erikoistujien eriarvoisuuteen, *Juha Tapanainen*

Arkkiatri Johan Agapetus Törngren 6
– *Ervo Vesterinen* paljastaa Törngrenin Lönnrotin kirjoitusten taustavaikuttajaksi.

Turun Akatemian lääketieteen oppituolin ensimmäinen virantäyttö 10
– *Pauli Kajanoja* kertoo epäonnistusta valinnasta.

Obstetrinen ultraäänitutkimuksen alkuvaiheet ja kehitys 12
– *Pentti Jouppila* muistelee sikiö-UÄ:n alkuvaiheita.

Synnytyskivun hoidon lyhyt historia Suomessa 16
– *Riitta Jouppila* kertoo, mistä kaikki alkoi.

Jouppilat – Oulun voimakaksikko 18
– Ilman Penttiä ja Riittaa Oulun klinikka olisi toisenlainen.

Erikoislääkäriksi -sarja alkaa 20

Erikoistuminen ennen ja nyt
– ennen päivistettiin viikko, tulevaisuudessa kenties puoli vuorokautta?

Erikoistumista TYKS:ssä 70-luvulla 24
– *Risto Erkkolan* kokemana.

Mitä jäi mieleen Hämeenlinnasta? 28
– tunnelmia ja tuokiokuvia SGY:n kevätkokouksesta

Miesgynekologit vähissä 30
– *Nanna Sarvilinna* kysyi kevätkokoukseen osallistuneilta miehiltä reseptiä mieskadon välttämiseksi

Kevätkokouksen tieteellistä antia 32
– luentolyhennelmät

Keittiötaitetta arkeen 46
– *Pekka Venesmaan* keittiössä syödään hyvin myös arkena

Kollega tutuksi -sarja alkaa 50
– *Eija Tomás* Nanna Sarvilinnan esittelyssä

Apurahat 53

Maailmalta 54
– Milano ei ole pelkkää muotia
– ENTOG -vaihto Lissabonissa

Hallituskolumnissa erikoistuvien kuulumisia 58
– *Riikka Tähtinen* muistuttaa oman koulutuksen tärkeydestä

Privaatista 60
– Sikiöseulontojen laadusta ei saa tinkiä, vaatii *Eero Varila* GP:stä

Käypä hoito -suosituksia päivitetään säännöllisesti
– nyt vuorossa kohdun ulkoinen raskaus 62
– päivitysprosessista ja päivittäjistä kertovat *Juha Mäkinen* ja *Pia Vuorela*

Hallituksen pöydältä 66

Ajassa 67

Koulutusta 68

Koulutuskalenteri 74

Päätoimittajalta 78

Salassapidettävää vai julkista?
Merja Metsä-Heikkilä

Sykli

Julkaisija ja kustantaja:
Suomen Gynekologiyhdistys ry –
Finlands Gynekologförening rf

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

Toimitusneuvosto:
Tarja Olkinuora
Maija-Riitta Ordén
Aila Tiitinen
Riikka Tähtinen
Antti Valpas

SGY:n tiedotussihteeri:

Maija-Riitta Ordén
KYS / Naistenklinikka
PL 1777, 70211 Kuopio
puh. 044 717 2700,
040 594 4999
s-posti:
maijs-riitta.orden@kuh.fi

Ilmoitusmyynti:

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

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

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Osoitteenmuutokset:

SGY:n sihteeri *Kati Ojala*
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OULU
s-posti: kati.ojala@oulu.fi

Seuraava Sykli 4/2008
ilmestyy 12.9.2008,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 15.8.2008

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

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

Kannessa
Bulevardi 14, Helsinki.
Suunnittelija *Waldemar*
Aspelin, valmistunut
1897.

Novo Active!le

50–50 -sääntö rajoittaa yksilönvapautta ja asettaa erikoistuvat lääkärit eriarvoiseen asemaan



”viime syksynä aloimme järjestellä muuttoa Oulusta Rovaniemelle 210 kilometrin päähän. Kaksilapsisen perheen paikkakunnan vaihdos tarkoittaa hyvissä ajoin aloitettua suunnittelua (perhettä ei muuteta parissa kuukaudessa!), puolison työpaikan vaihtamista tai uudelleen järjestelyjä, asunnon löytämistä, päätöksiä ja ratkaisuja nykyisen asunnon suhteen sekä lasten päivähoitopaikkojen löytämistä. Kunta on velvollinen tarjoamaan hoitopaikkaa ei-kiireellisessä tapauksessa vasta neljän kuukauden kuluessa. Isoimpana asiana on varmasti ollut puolison työasioiden järjestäminen. Meidän kohdallamme asia ratkesi niin, että puolisoni työnantaja oli halukas tekemään erityisjärjestelyjä, jotta työsuhte säilyy ja työnteke jatkuu etätöinä kotikonttorista käsin. Tämä taas toi lisähaasteita asuntoasiaan. Perheellemme täytyi löytyä tarpeeksi iso koti, jossa on tilaa kahden pienen lapsen temmeltää sekä tilaa kotikonttorille. Vuokralla asumisessakin on omat riskinsä, puhumattakaan oman asunnon ostamisesta! Ammatillisesti ratkaisu on hyvä siinä mielessä, että saan hyvän alkuopin ja pohjan pienessä sairaalassa ennen yliopistosairaalaan tuloa, mutta väitöskirjatutkimukseni etenemistä paikkakunnan vaihdos tuskin edistää...”

Tässä tositarina elävästä elämästä. Esimerkkiperheen asiat sujuivat kohtuullisen jouhevasti, mutta miten kaikki olisi ollut mahdollista, jos mies olisi joutunut sanomaan itsensä irti tai äiti lapsineen olisi muuttanut Rovaniemelle ja mies olisi jäänyt Ouluun? Kuka olisi huolehtinut lapsista äidin päivystäessä, ja miten perhe olisi pärjännyt kahden asunnon loukussa? Parin vuoden päästä perheen elämä menee uusiksi toisen kerran, kun edessä on muutto takaisin yliopistopaikkakunnalle.

Vuonna 2002 annetun asetuksen mukaan erikoislääkärin tutkintoon johtavasta koulutuksesta vähintään puolet tulee suorittaa yliopistosairaalan ulkopuolella ja koko koulutusajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveyskeskuksessa. Asetuksen peruslähdekohta oli lääkäreiden saatavuuden turvaaminen sekä koulutuksen hajauttaminen yliopistosairaalan ulkopuolelle. Sinänsä asetuksen tarkoitus oli kannatettava, mutta tasa-arvoisuuden ja yksilönvapauden näkökulmasta katsoen lopputulos on kyseenalainen. Liikutaan vähintäänkin harmaalla alueella. Mitähän Strasbourgin virkamiehet sanoisivat?

Esimerkkiperheen tapahtumat ovat uskoakseni jokseenkin harvinaisia esimerkiksi Helsingissä erikoistuville. He voivat hoitaa koko erikoistumisen asumalla samalla paikkakunnalla, samassa asunnossa, puoliso voi jatkaa entisessä työpaikassa ja lapset samassa tarhassa tai koulussa niin halutessaan. Sama mahdollisuus pitäisi olla kaikilla tasapuolisesti. Erikoisalamme on asetuksen suhteen erityisasemassa, koska yli 90 % erikoistujista on naisia, ja suuri osa heistä pienten lasten äitejä.

Asetusta muutettiin vuona 2006 siten, että yliopisto Avoi terveyskeskuksessa suoritettavaa palvelua luukuun ottamatta myöntää poikkeuksia yliopistosairaalan ulkopuolella suoritettavasta koulutusajasta, mikäli alueellinen neuvottelukunta perustellusta syystä puoltaa poikkeuksen myöntämistä. Asetuksen perustelumuistion mukaan perustellulla syyllä tarkoitetaan sitä, että keskussairaalat tai muut sairaalat eivät kykene kohtuullisessa ajassa osoittamaan koulutuspaikkaa ottaen huomioon erikoisalojen erilaisuuden. Asetuksessa ei oteta kantaa siihen, mikä on kohtuullinen aika ja kuinka pitkäksi ajaksi koulutuspaikka on turvattava. Asetus ei myöskään ota kantaa erikoistuvan henkilökohtaisiin ongelmiin järjestää koulutustaan.

Asetuksella pyritään turvaamaan keskus- ja aluesairaaloiden työvoiman saanti. Tämä on tärkeä asia. Kuitenkin kategorinen asetusta on yksilön kannalta liian rajoittava ja saattaa tuottaa erikoistuvalla lääkärille kohtuuttomia käytännön ongelmia ja taloudellisia haasteita. En usko, että työvoimatilanne yliopistosairaaloiden ulkopuolella olisi oleellisesti erilainen, vaikka asetusta ei olisi. Suurin osa haluaa joka tapauksessa aloittaa erikoistumisensa pienemmissä yksiköissä ja hankkia perusvalmiudet paikoissa, joissa pääsee alusta lähtien hoitamaan synnytyksiä ja leikkaamaan.

Hyvää tarkoittava asetusta johtaa epätasa-arvoon ja voi vaikeuttaa nuoren erikoistuvan lääkärin elämää kohtuuttomasti. Siksi sen purkamista tuli harkita vakavasti.

Oulu 23.5.2008
JT



■ Teksti ERVO VESTERINEN
■ Kuvat Ervo Vesterisen arkisto, Suomalaisen kirjallisuuden Seuran kuva-arkisto

Suomalaisia gynekologeja lääketieteen historiassa

Arkkiatri Johan Agapetus Törngren Elias Lönnrotin tukena ja taustavaikuttajana

Vaikka Elias Lönnrotin (1802–1884) elämäntyön merkittävimmät saavutukset liittyvät suomen kielen kehittämiseen, kansanrunojen keruuseen ja Kalevalaan, olivat hänen ansionsa lääkärinäkin merkittävät. Jatkuvaa kamppailua hän kävikin näiden kahden työn, kansanperinteen tallentajan ja lääkärin toimen välillä. ”Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäriä” (1839) pidetään yleisesti merkittävimpänä Lönnrotin yleistajuisista lääketieteellisistä kirjoituksista. Kirurgian ja synnytysopin professori, arkkiatri J. A. Törngrenillä, Lönnrotin ystävällä ja tukijalla oli ratkaiseva osuus kirjan synnyssä ja sen lääketieteellisessä sisällössä.



Elias Lönnrot (1802–1884). Lääkäri, Kalevalan sekä Kantelettaren kokoaja, kielentutkija. Laati useita terveydenhoito-oppaita, joista tunnetuin on Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri (1. painos 1839). G. Budkowskin kivipiirros vuodelta 1845, valokuva SKS KRA.



Johan Agapetus Törngren (1772–1859). Arkkiatri. Kirurgian ja synnytysopin professori 1816–33. Collegium Medicum puheenjohtaja 1826–33. Lääkintä-Ylihallituksen ensimmäinen päätirehtööri 1829–33. Aateloitiin 1826. Omisti Laukon kartanon, jossa Elias Lönnrot toimi kotiopettajana. J. A. Törngren ja hänen vaimonsa Eva Agatha olivat Elias Lönnrotin tukijoita ja ystäviä.

Johan Erik Lindhin maalaus noin vuodelta 1832. Kuva: Helsingin yliopistomuseo.

Lönnrot valmistui lääketieteen lisensiaatiksi toukokuussa 1832 ja väitteli lääketieteen tohtoriksi saman vuoden kesäkuussa. Hänen väitöskirjansa *Om Finnarnes Magiska Medicin* on ensimmäinen kansanlääkintää käsittelevä tutkimus maassamme. Vielä 1800-luvun alkupuolella oli lääketiede sidoksissa hippokraattisiin kirjoituksiin. Sairastupien tuuletusohjeet kertovat puolestaan syvälle juurtuneesta miasma-opista, jonka mukaan myr-

kyllinen kaasumainen aine oli synnyttänyt lapsivuodekuumeeseen, joka näytti tuhoisaa satoaan sairastuvissa. Käsiä pesu suoritettiin vasta tutkimuksen jälkeen, ei ennen sitä, ja synnytysalueitakin puhdistettaessa saatettiin käyttää samaa sientä kaikkia synnyttäjiä pestäessä.

Suomenkielisiä terveydenhoito-oppaita

Lönnrot laati ja suomensi terveydenhoito-oppaita ja kansantajuisia ohjekir-

jasia pikkulasten hoidosta, sukupuolitautilien torjunnasta, rokotusten hyödyllisyydestä ja hätäravinnoksi kelpaavista kasveista. Hänen lääkintätaitoa käsittelevistä kirjoituksistaan parhaiten tunnettu lienee Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri (1 p. 1839), jonka monet termit ovat pysyvästi juurtuneet lääketieteelliseen sanastoomme. Laukon kartanon isännällä, kirurgian ja synnytysopin professori, arkkiatri Johan Agapetus Törngrenillä (1772–1859) oli ratkaiseva merkitys Lönnrotin lääkirintoinnille ja kyseisen kirjan synnylle ja kehitykselle. Törngrenin vaimo Eva Agatha, jonka varallisuudella Törngrenien kotitila Laukon kartano ostettiin Kurki -suvulta, oli puolestaan Suomen itsenäisyyshistorian tärkeimpiin kuuluvia vaikuttajia. Opiskeluaikanaan Lönnrot toimi Laukon kartanossa kotiopettajana saaden myös ”äidillisestä ystävystä” elinikäisen ymmärtäjän ja tukijan, jolle lähetti kauneimmat matkakirjeensä ja Kalevalan (1849), jonka esipuheen hän päiväsi Eva Agathan syntymäpäivänä 17. huhtikuuta.

Johan Henrik Keckmanin ja Elias Lönnrotin tekstit vertailukohteina

Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri on käännös, joka perustuu ruotsalaisen Carl Nordbladin lääkärikirjan *Sundhets-Lärobok för Menige Man* painokseen vuodelta 1827. Kaksi vuotta ennen Lönnrotin kirjan ilmestymistä ehti Messukylän kappalainen Johan Henrik Keckman kuitenkin julkaista Nordbladin kirjan käännöksen Terweyden Opetus-Kirja yhteiselle kansalle. Koska Keckman ei ollut lääkäri, oli hänen välttämättä saatava lääketieteellistä apua käännöstyölleen. Myös Lönnrot joutui turvautumaan kollegoiden asiantuntemukseen. Avustajiaan ei Lönnrot nimeltä mainitse, vaan esipuheessaan toteaa: ”ja niin aloitimme työmme, sitä milloin suomentaen, milloin mukaellen, milloin lisäten, milloin muka parannellen...”

Työn taustavaikuttajaksi on sittemmin paljastunut arkkiatri Johan Agapetus Törngren, jonka aloitteesta käänn-

nöstyöhön myös ryhdyttiin. Tämä ilmenee Lönnrotin Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran sihteeri Carl Niklas Keckmanille vuonna 1835 lähettämästä kirjeestä. Törngren pääosin myös vastasi kirjan lääketieteellisestä sisällöstä tekemällä Nordbladin tekstiin runsaasti korjauksia ja lisäyksiä. Nämä "annotationit" aikoinaan tunnettiin, ja mm. Keisarillisen Aleksanterin-Yliopiston synnytys- ja lastentautiopin professori Gustaf Heinrichius (1853–1915) mainitsee ne kirjassaan *Obstetricens och Gynäkologiens historia i Finland* (1903). Sittemmin asia unohtui, ja monia Törngrenin lisäyksiä alettiin pitää Lönnrotin omina kannanottoina ja muutoksina. Vuonna 1989 Lönnrotin kopioimat lisäykset "Tillägg till Nordblads Sundhets-Lärobok för Menige Man af Törngren" kuitenkin löytyivät ja saatettiin tukijain käyttöön. Mikäli vertailukohteeksi otetaan Lönnrotin ja Keckmanin kirjat, asian tekee mielenkiintoiseksi se äskettäin havaitsemani seikka, että myös Keckman oli saanut Törngrenin lisäykset käyttöönsä. Törngrenin lisäykset löytyvät Keckmanin kirjasta alaviitteinä, Lönnrot puolestaan liitti ne suoraan tai mukaillen virkkeisiinsä. Kun kirjoja lääketieteen kannalta arvioi, ei suuria eroja luonnollisestikaan löydy. Mutta perehtykäämme "Kotilääkäri"-kirjan teksteihin ja poimikaamme niistä oppialaamme liittyviä kappaleita, jotka osuvat kertovat lääketieteen kehityskulusta ja monista menneiden aikojen gynekologisista haasteista.

Pyrkimyksiä hoitomenetelmien järjeistämiseksi

Piirilääkärin raporteissaan Lönnrot kiinnitti huomiota elinolosuhteisiin ja sairaanhoidon järjeistämiseen, mutta käytännön työssään hän turvautui mm. juotikkaisiin, kuppaukseen ja oksettaviin aineisiin. Verenvuodatusmenetelmien tehoa oli kuitenkin alettu epäillä. Niinpä Lönnrot toteaaakin: "jos olisi niin kutsuttua pahaa verta, sitä ei saada pois erotetuksi ilman paremmanki veren myötä seuraamista". Erityisesti hän neuvoo välttämään verenvuodatusmenetelmien käyttämistä nuoriin, vanhoihin sekä heikkokuntoisiin. Tässä hän seuraa Galenoksen (n. 130 – n. 200) oppeja ja kaihtaa astrologiaan liittyviä hoidollisia näkökohtia, vaikka niillekin löytyi vielä omat kannattajansa.

Apteekkialan koulutusta saaneena Lönnrot tiesi yrttien tehon. Myöhemmin kasviston julkaisseena (1860) hän tunsikin kasvimaaailmasta peräisin olevia lääkeaineita ja antoi järkeviä neuvoja lääkkeiden otosta: "toimitettuja lääkkeitä pitää lääkärin määräämistä, vaan ei sairaan mielen mukaan nautittavan. Moni luulee pikemmin paranevansa jos ottaa enemmän lääkettä sisälle, kun määrättiinkään, vaan tämä luulo on tuhma ja vaarallista".

"Saamisen ajasta ja raskaitten erinäisistä vaivoista"

Oppialamme kannalta mielenkiintoisia ovat mm. seuraavat raskauteen liittyvät huomautukset ja lisäykset. "Liike on raskaille hyvä, ei kuitenkaan rasittavainen liikunto". Kolmanteen painokseen Lönnrot lisäsi lauseen "varsinkin neljänä ensimmäisenä kuukautena", mikä toteamus on Nordbladin ja löytyy jo Johan Keckmanin kirjasta. Mutta miksi Lönnrot jätti tämän toteamuksen pois kahdesta ensimmäisestä painoksesta? Kokemuksestahan toki tiedettiin, että keskenmenot tapahtuvat raskauden alkuvaiheessa, vaikkei syitä keskenmenoihin luonnollisestikaan tunnettu.

"Ilman lääkärin erityistä määräämistä ei pidä raskaan väkevämpiä lääkkeitä nauttiman, eikä suonta avattaman, ahtaat ja likistävät vaatteet ovat ainaki ja erittäin kantamisen ajalla vahingolliset", huomauttaa Lönnrot tekstissään. Seuraava lause, tuttu jo C. D. von Haartmanin luennoilta, on hyvin kestänyt ajan kulun. "Jalkain pöho eli ajetus. Ei ole peljättävä eikä vaarallinen asia vähä eellä synnyttämisen aikaa. Siltä vaivatut raskaat seisokoot ja käykööt vähemmin elköötä muuten rasittako jalkojansa, vaan pitäkööt niitä tasakorkialla istuntasianki kanssa". Keckman on kääntänyt vastaavan kohdan seuraavaan tapaan. "Ajetus jaloisa autetaan vasta lapsen saamisessa täydellisesti...warokoot itseänsä aiwan paljon seisomisesta ja kulkemisesta." Sekä Keckman että Lönnrot neuvovat välttämään vähäpätöisten vaivojen hoitoa raskauden aikana. Tällaisia ovat Lönnrotin mukaan hammastauti, ahdashenkisyys, peräjuoksu, sivuhelitys ja suoniveto.

Avioliiton ulkopuolella esiintyviin raskauksiin tuli suhtautua ymmärtäväisesti. "Eikä pitäisi kenenkään toisen

häntä surulliseksi saattaa, kivottaa eli säikähtyttää, ei soimata ja herjailia naimointia raskasta, eikä muuten kovasti oletella" (Lönnrot 1. painos 1839). Myös Keckman käytti sanaa naimointia tässä yhteydessä. Myöhemmissä painoksissa Lönnrot muutti sanan muotoon "naimatointakaan".

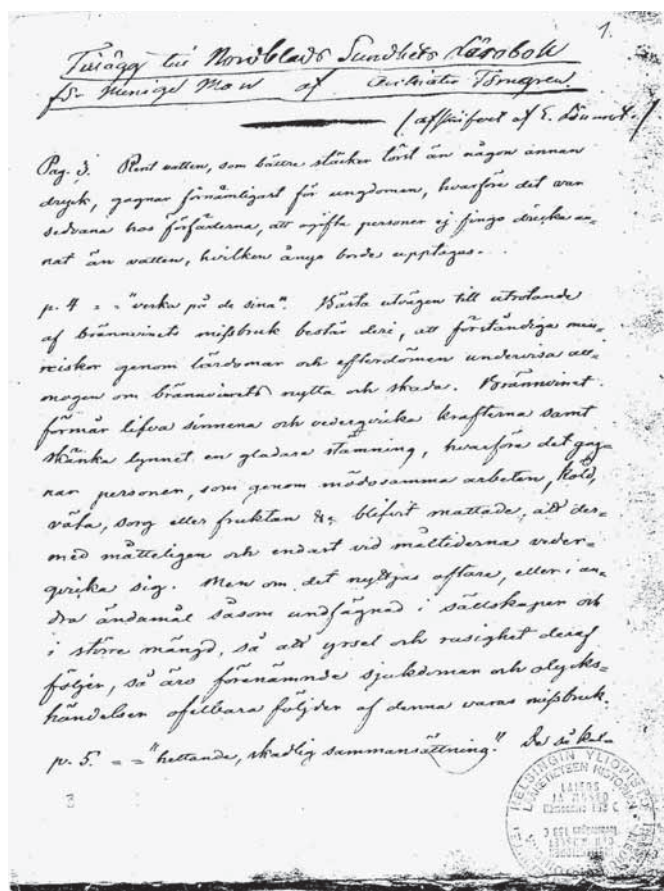
"Kotilääkäri"-kirja neuvoo synnytyksen yhteydessä käyttämään siistiä ja raikasta huonetta ja kaikissa ongelmatapauksissa turvautumaan kätilöön. "Ei pitäisi kenenkään laiminlyödä koulussa käynyt ja hyväksi tutkittua kätilöntä synnyttämiseen kutsua". Vastaavasti myös Keckman, alkupe-
räistekstiä mukaillen, neuvoo pyytämään apua koulutetuilta kätilöiltä ja varoittaa kouluja käymättömistä "lasten ämmistä".

"Erinäisistä kohtauksista"

Raskauskomplikaatioiden edessä oltiin luonnollisestikin avuttomia. Eteisistukka, sikiön tarjonnan poikkeavuudet ja toksemia johtivatkin usein menehtymisiin. "Jos synnyttäjä alkaa puistella eli vavahdella, niin pitää hetimiten lääkäri noudettaa. Pistettäköön puinen puikko eli lusikka eli palanen paksua nahkaa hammasten väliin. Kaikkea ryttyä, ääntä ja pauhua pitää vältettämän", neuvoi Törngren. Näitä ohjeita ei löydy Nordbladin kirjasta, mutta sekä Keckman että Lönnrot liittivät neuvot kirjoihinsa, Keckman alaviitteiksi, Lönnrot suoraan teksteihinsä sulauttaen. Lönnrot puhuu myös hurmikosta eli verijuoksusta, jonka syyt hän asianmukaisesti luettelee. "Kohtukänsä on osiksi sisään jäänyt, osiksi irtautunut eli väkisin otettu pois". Hoitokeinoksi Törngren ehdottaa seuraavanlaisia menetelmiä. "Putkeen työnnetään etikalla kastettu yhteen kiedottu pitkä riepukko taikka ruiskutetaan sinne siltään kylmää vettä ja etikkaa." Suoneniskuakin hän suositteli "vahvoille, terveille vaimoille, korttelin tai kahden verran". (huom. kortteli = 0,33 l.)

Lopuksi

Suomen kielen kehittäjänä ja taitajana Lönnrot osasi antaa selkeitä hoito-ohjeita talonpojille aikana, jolloin virkamiehistö oli ruotsinkielinen. Mutta Nordbladin kirjan suomennosten tulkinta ei ole kuitenkaan helppoa tai yksiselitteistä. Otetaanpa esimerkiksi vaikkapa "moderpassion". Nordblad tarkoittaa sanalla hysteriaa, joka vielä



Johan Agapetus Törngrenin Carl Norbladın kirjaan tekemät korjaukset ja lisäykset "annotationii" käsittävät kaikkiaan 40 sivua. Huomautukset koskevat yli sataa kirjan kohtaa. Käsikirjoitus joutui Finska Läkaresällskapetin arkistosta Helsingin yliopiston anatomian laitokselle ja sieltä Helsingin yliopiston Lääketieteen Historian Laitokselle, josta se vuonna 1989 uudelleen löydettiin. Arpeanum, Helsingin yliopistomuseo.



Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri (1. p. 1839, 2. uudistettu p. 1856, 3. p. 1867, näköispainos 1981).

1800-luvun alkupuolella liitettiin naistentauteihin kuuluvaksi oireyhtymäksi. Hippokraattisten kirjoitusten mukaan hysteerinen kohtaus johtui poikkeavasti käyttäytyvästä kohdusta, joka saattoi nousta aina vatsaontelon yläosiin saakka. "Kovemmissa kohtauksissa virvotettakkoon naista sillä, että kylmää vettä vaillellaan kasvoille, väkevää etikkaa tahi poltettua höyhen-tä pidetään nenän alla", neuvoi Törngren. Moderpassionin Johan Keckman suomensi sanoilla kynsellinen, rewäisin ja sydämen tauti, Lönnrotin käyttäessä sanoja kohtutauti, passiuuni ja hysteria. Sanoilla rewäisin, sydäntauti, irrallinen ja sydäntalun vaiva viittasi Lönnrot lähinnä suolistosairauksiin oireisiin.

Lääkintätaidon synteesi

Lönnrot sulatteli kirjansa tekstejä pitkään, aika ajoin pahoin turhautuen-

kin. Kirjeessä Carl Keckmanille 9. 3. 1835 Lönnrot luettelee Kalevalasta päästyään tekeillä olevia töitään, joista lääkärikirja odottelee viidentenä. Lönnrot purki tunteitaan seuraavasti. "Ett satans arbete har själva läkare boken givit mig med terminologi." Terminologia olikin Lönnrotin, mutta tekstin lääketieteelliset kannanotot Törngrenin, minkä "Tillägget till Nordblads Sundhets-Lärobok för Menige Man af Törngren" osoittaa vastaansanomattomasti. Lönnrot oli kopioinut lisäykset arvatenkin Törngrenin välilehditetystä teoskappaleesta itseään varten. Ja monet mm. Aarne Anttilan, Lönnrotin elämäkerran (1935) kirjoittajan, viittaukset Lönnrotin omaperäisiin laajennuksiin löytyvät Törngrenin lisäyksistä. Niiden sisäistäminen, käsittäen kaikkiaan 40 sivua korjauksia yli sataan Nordbladın kirjan kohtaan, näyttää sujuneen Lönnrotilta luonte-

vasti. Vuosien kuluessa teksti hioutuikin suomenkieliseksi lääkintätaidon synteeksiksi, joka aikanaan tarjosi talonpojille monia hyödyllisiä hoitokeinoja. ■

KIRJALLISUUTTA

Keckman, J. H. Terweyden Opetus-Kirja yhteiselle kansalle. Kaarlo Norbladilta. Frenckellin kirjapainossa Turun kaupungissa. 1837.

Lönnrot, E. Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri. G. O. Wasenius. Helsinki. 1839. (2. uudistettu p. 1856, 3. p. 1867, näköispainos 1981).

Nordblad, C. Sundhets-Lärobok för Menige Man. Ecksteinska Boktryckeri, Stockholm. 1827.

Vesterinen, E. Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri. Lönnrotin hengessä 2002. Kalevalaseuran vuosikirja 81: 206 -216, 2002.



■ Teksti PAULI KAJANOJA
■ Kuva JUHA MÄKINEN

Turun Akatemian lääketieteen oppituolin ensimmäinen virantäyttö

Lääketieteen kehittyminen tieteeksi on ollut maassamme hidasta, etten sanoisi tuskaista. Tiedot sairauksien synnystä ja parantamisesta ennen 1800-lukua olivat niin epämääräisiä uskonasioita, etteivät tieteelliseen, objektiiviseen ajatteluun suuntautuneet oppineet olleet alasta kiinnostuneita. Anatomia herätti mielenkiintoa, mutta anatomikot pitivät alaa enemmän luonnontieteenä kuin lääketieteenä. Lääkäreitä pidettiin huijareina, ja he joutuivat ivailun kohteeksi, eikä ihme, koska heidän hoidoistaan oli harvoin hyötyä, joskus jopa haittaa.



C.L.Engelin suunnittelema klininen instituutti valmistui Turun Akatemian käyttöön Suomen Ensimmäiseksi opetussairaalaksi vain kaksi viikkoa ennen Turun suurpaloa 1827, mutta ei koskaan toiminut tässä tehtävässä, vaan vuosikymmenet venäläisen sotaväen kasarmina.

Maamme ensimmäinen tieteellinen opinahjo oli Kristiina kuningattaren 1640 Turkuun perustama yliopisto eli Turun Akademia, johon määrättiin perustettavaksi neljä tiedekuntaa: teologinen, juridinen, filosofinen ja lääketieteellinen, ja niihin yhteensä 11 oppituolia. Viimeksi mainittuun tiedekuntaan vain yksi, lääketieteen ja anatomian oppituoli, ja siihenkin viranhaltijan löytäminen tuotti vaikeuksia. Turussa oli tuolloin yksi lääkäri, Upsalassa opin saanut Olof Bure, joka oli toiminut jopa Kustaa II Adolfin henkilölääkärinä. Häntä alkoi kiinnostaa enemmän oikeustiede, ja hänestä tulikin ajan mittaan Turun hovioikeuden presidentti, joten omasta ta-

kaa virkaan sopivaa henkilöä ei ollut. Myös emämaa Ruotsin ainoan yliopiston Upsalan oli vaikea löytää vuonna 1695 perustettuun professorin virkaan henkilöä, joka pitäisi luentoja lääketieteestä, sillä viranhaltijat ja mahdolliset ehdokkaat olivat enemmän kiinnostuneita filologiasta, luonnontieteistä, orientalistiikasta. Turun professorin virkaan valittiin Upsalassa opiskellut Olof Regelius, joka oli ennen valintaa lähtenyt Hollantiin syventämään lääketieteellisiä opintojaan ja jäikin sille tielle.

Epäonnistuneen valinnan jälkeen lähetti yliopiston konsistori kanslerilleen kreivi Pehr Brahelle kirjeen, jossa kerrottiin Turkuun saapuneen oppineen ja taitavan, niin ikään Upsa-

lassa opin saaneen henkilön nimeltä Eric Danielis Achrelius, jonka valintaan toivottiin Hänen Armonsaa kreivin suostumusta. Achrelius oli opiskellut aluksi latinaa ja kaunopuheisuutta ja valmistunut filosofian maisteriksi. Sen jälkeen 1629 hän suoritti myös tutkinnon lääketieteessä, mutta häntä ei promovoitu tohtoriksi. Kristiina kuningatar nimittikin Pehr Brahena suosituksesta 1641 Eric Achreliuksen lääketieteen ja anatomian professorin virkaan kuninkaallisin valtuuksin. Viranhoidto alkoi lupaavasti, Achrelius hoiti kahteen otteeseen jopa kiertävää yliopiston rehtorin virkaa. Hän avioitui 1643 piispa Isak Rothoviuksen tyttären Margarethan kanssa.

Pian Achrelius näyttää turhautu-



Rakennusta alettiin kutsua Kivikasarmiksi. Kasarmikäytön jälkeen rakennus kuitenkin toimi sairaalana vuodet 1856–1881. Rakennus on nykyään Turun kaupungin tilalaitoksen käytössä, mutta sen ulkoasua on muutettu alkuperäisestä.

neen lääketieteen opettajan tehtävään. Vuonna 1645 hän valitti konsistorille, että oppilaiden määrä on vähentynyt ja että opiskelijoille ei myönnetä stipendejä. Väitöskirjatöitä on valmiina, mutta niitä ei voi julkaista opiskelijoiden varattomuuden takia. Achrelius suunnitteli akateemisesta virastaan luopumista ja siirtymistä juristin uralle, koska haki Turun hovioikeuden asessorin virkaa 1654, mutta jäi ensimmäiselle varamieheksijälle.

Vähitellen professori alkoi laiminlyödä virkatehtäviään siinä määrin, että tiedekunnan dekaani ja rehtori sekä piispa kävivät häntä nuhtelemassa. Koska muutosta viranhoidossa ei tapahtunut, lähetti piispa Tersius 1661 kansleri Pehr Brahelle kirjeen. Siinä

hän valittaa, ettei Achrelius ole 20 vuoteen pitänyt luentoja, ei järjestänyt väitöstilaisuuksia, ei osallistu kutsusta huolimatta konsistorin kokouksiin, käy harvoin kirkossa eikä silloinkaan ole muiden professorien joukossa. Tämä oli herättänyt monissa suuttumusta. Kreivi Brahe vastaa: ”Kunnianarvoisan piispan kirjeessä kertoma lääketieteen professorin käyttäytyminen, opetustehtävien ja kirkon laiminlyönti herättivät minussa vastentahtoisuutta suuttumusta”. Kansleri neuvo Akatemian ”senaattia” vielä kerran varoittamaan Achreliusta ja kehottamaan parantamaan tapansa. Jos parannusta ei tietyn ajan kuluessa tapahdu, tulee Hänen Kunnianarvoisuutensa erottaa professori virasta. Achreliukselle väli-

tettiin kanslerin terveiset, ja hän lupasi sen jälkeen kun päivät tulevat lämpöisemmiksi antaa opetusta ja käydä kirkossa. Tällä varoituksella olikin suotuista vaikutus. Piispa Tersius saattoi kolmen kuukauden kuluttua lähettää Brahelle ilmoituksen, että ”heti kohta Achrelius alkoi luennoida ja asettua kirkossa professorien penkkiin, jota hän ei 16 vuoteen ollut tehnyt”. Kuitenkin jo seuraavana vuonna konsistori pyysi saada palkata ylimääräisen viranhoidajan (extraordinarie medicus) vanhan ja sairaalloisen Achreliuksen avuksi hoitamaan akateemisia toimia ja käytännön lääkärin tehtäviä sekä kaupungissa että maalla. Tätä toivoivat myös eräät ylhäiset säätyhenkilöt ja kruunun virkamiehet. Tämän lisäksi kaupungin asukkaat ovat luvanneet avustusta palkanmaksussa. Sama anomus lähetettiin 1665 uudelleen kuninkaallisen hovioikeuden, konsistorien ja maistraatin nimissä, ja lisäksi anottiin Achreliukselle eläkettä. Mutta turhaan. Professori Achrelius pysyi virassaan aina kuolemaansa 17. huhtikuuta 1670 asti.

Aikakirjoihin tehdyistä merkinnöistä ei löydy mainintaa, että Eric Achrelius olisi ollut mukana yhdessäkään väitöskirjassa. Jo vuonna 1645 hän vastaa konsistorin tiedusteluun, että hänellä on jo kauan ollut valmiina useita väitöskirjoja, mutta lääketieteen opiskelijoiden varattomuuden takia niitä ei ole saatu julkaistuksi. Jos Eric Achreliuksen professorin viranhoidossa oli toivomisen varaa, niin hänen poikansa Daniel Achrelius (1644–1692) hoiti ansiokkaasti Akatemian kaunopuheisuuden professorin virkaa vuodesta 1679 ja toimi rehtorina 1687–88. Hän oli tuottelias kirjailija ja runoilija ja tunnettu puhetaidostaan latinan kielellä. ■

KIRJALLISUUTTA:

Fagerlund, L.W., Tigerstedt, Robert. Åbo Univeristets lärdomshistoria. 1. Medisinen. Skrifter utgivna af Svenska Literaturssällskapet i Finland XXI. Helsingfors 1890.

Kallinen, M. Achrelius, Ericus (1604-1670). Lääketieteen professori. Suomen kansallisbibliografia 1. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Hämeenlinna 2003.



■ PENTTI JOUPPILA, professori (emer.) Oulu

Obstetrisen ultraäänitutkimuksen alkuvaiheet ja kehityksen pääpiirteet Suomessa

Obstetrinen aktiviteetti oli 1960-luvun loppupuolelle saakka meillä kuten muuallakin lähes täysin keskittynyt raskaana olevan ja synnyttävän äidin tutkimiseen ja hoitoon. Sikiöstä saatu informatio oli heiveröistä. Ratkaisut esimerkiksi synnytyksen aikaisten toimenpiteiden ajoituksesta tehtiin pääasiassa äidin indikatioilla, ja sikiön tutkimiseen ei ollut tarjolla muuta kuin henkilökunnan koulutuksella ja kokemuksella hankkima käsien, silmien ja ajattelun taito. Synnytyksen kulun seuranta, kohdun palpointi, kohdunsuun ja sikiön tarjoutuvan osan tunnustelu, lapsiveden värin tarkkailu ja stetoskoopin avulla tapahtunut sikiön sydänäänten kuuntelu olivat ainoita keinoja obstetrisessa tilanteen arvioinnissa. Toisaalta suomalainen äitiysneuvola-järjestelmä toimi ammattitaitoisten kättilöiden voimin kiitosta ansaitsevalla tavalla. Siihen saakka suomalaisista synnytyksistä huomattava osa tapahtui vielä yleislääkärijohtoisissa pienissä sairaaloissa. Perinataalikuolleisuus oli noihin aikoihin maassamme 2 %:n luokkaa.

1960-luvun lopulla tapahtui obstetrisella rintamalla lähes samanaikaisesti metodisia läpimurtoja, jotka nopeassa tahdissa johtivat suuriin muutoksiin. Näitä uusia menetelmiä olivat kardiotokografia, amnioskopia, sikiön tarjoutuvasta osasta otettavat mikroverinäytteet, sikiön ja istukan kuntoa mittaavat biokemialliset määritysmenetelmät sekä ultraäänitutkimus. Nämä kaikki levisivät muuta-

massa vuodessa ja viimeistään 1970-luvun loppuun mennessä kaikkiin suomalaisiin synnytyssairaaloihin. Tätä edesauttoi synnytysten samanaikainen keskittäminen erikoislääkärijohtoisin yksiköihin sekä tehokas koulutus-systeemi mm. SGY:n piirissä. Näiden menetelmien avulla saatiin aikaisempaan nähden jopa vallankumouksellisesti tavalla tietoa sikiöstä ja voitiin perustaa klinisiä ratkaisuja enenevässä määrin sikiöindikatioihin.

Oulun naistenklinikka ultraäänien pioneerina

Oulun Yliopiston Synnytys- ja naisten tautien klinikan ensimmäinen professori, "stadin kundi" Pentti A. Järvinen astui virkaansa vuonna 1965. Hän oli idearikas ja innostava esimies ja lähti käynnistämään pohjoiseen klinikkaan kaikenlaisia uusia toimintamalleja. Tähän saumaan osui ultraäänitutkimus. Apulaisylilääkäriksi Ouluun tuli Järvisen perässä Paavo Pystynen, myöhempi Tampereen professori. Hän oli nähnyt silmälääkäreiden tutkivan silmän sisäosia ja pohjaa ultraäänitekniikalla, ryhtyi perehtymään alan kirjallisuuteen ja totesi, että tällä menetelmällä oli tehty ensimmäisiä havaintoja myös lapsivedessä kelluvasta sikiöstä.

Pystynen aloitteesta Ouluun hankittiin yksidimensionaaliseen metodiin perustuva itävaltalaisen Kretzin valmistama ns. A-laite 1966 (kuva 1). Pystynen innostamana läksimme me



Kuva 1. Oulun Naistenklinikan ensimmäinen yksidimensionaalinen ns. A-ultraäänilaite v. 1966.

Kuva 2. Tutkimusta tehdään yksi- ja kaksidimensionaalisen ultraäänimenetelmän yhdistelmälaiteella v. 1970.



silloiset apulaislääkärit Pekka Ylöstalo ja allekirjoittanut tutkimaan ultraäänien obstetrisia sovelluksia. Tästä täysin neitseellisestä tilanteesta käynnistyi obstetrinen ultraäänitutkimus maassamme. Varsin nopeassa tahdissa havaittiin, että sillä voitiin loppuraskauden aikana selvittää kohdussa sikiön asento, sikiöiden lukumäärä ja elossa olo, arvioida lapsiveden määrää ja mitata sikiön pään lakimukuran leveys, biparietaalimitta. Nämä kaikki kohteet otettiin saman tien jokapäiväiseen kliniseen käyttöön. 1960-luvun lopussa tuli käyttöön jo kaksidimensionaalinen ultraäänimetelmä, ns. B-kuvalaite (kuva 2), jolloin varsien päässä olevalla liikuteltavalla anturilla saatiin äidin vatsanpeitteiden läpi piirretyksi kuvaputkelle läpileikkaus kohdun sisällä olevista kohteista ja samanaikaisen A-menetelmän avulla tehdyt mittaukset tarkentuivat (kuva 3). Tällöin pystyttiin jo saamaan esille myös

ensimmäisiä havaintoja sikiön rakennepoikkeavuuksista. Helsingin Naistenklinikalla radiologi Kaarina Aantaa totesi B-menetelmällä tehdyn istukan paikan määrittelyn (kuva 4) olevan selvästi paremman kuin siihen asti käytetyn natiiviröntgentutkimuksen tai isotooppimenetelmän.

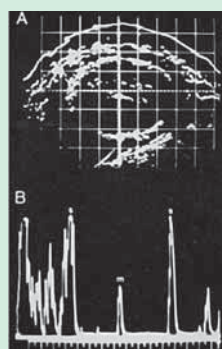
Obstetriikasta alkuraskauden ongelmiin

Eräs uusi diagnostinen aluevaltaus oli ultraäänitutkimuksen soveltaminen uhkaavan keskenmenon tutkimukseen (kuva 5). Siihen mennessä ei alkuraskauden verenvuodoissa saatu luotettavaa tietoa raskauden ennusteesta eikä seurantaa ja hoitoa voitu kunnolla suunnitella. Omassa väitöskirjatutkimuksessani vuonna 1971 totesin, että sikiön elonmerkit saatiin esille 7. viikosta alkaen joko vaginaalisella A- tai Dopplermenetelmällä (kuva 6) ja että raskaus päättyi synnytykseen

90 %:ssa verenvuodosta huolimatta, jos sikiön elonmerkit todettiin. Obstetrisen ultraäänien pioneereihin liittyi 1970-luvun alussa Turun Naistenklinikalla Olli Piironen, jonka mielenkiinto kohdistui myöskin alkuraskauden, mutta erityisesti sikiön biometrisiin tutkimuksiin.

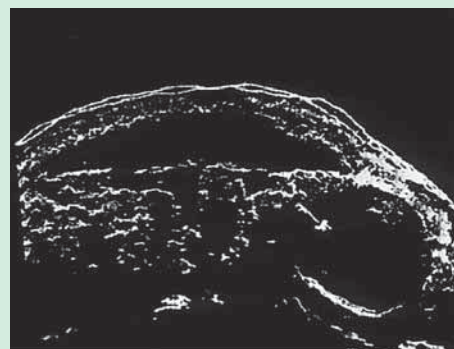
Ultraäänestä obstetrikon käden jatke

Ultraäänitutkimuksen levittäytyessä nopeasti kaikkiin synnytysairaaloihin oli suuri onni, että se vakiintui obstetrikkojen itsensä käyttämäksi menetelmäksi. Tällöin saatiin nopeasti ilman läheteitä ja välikäsiä tietoa ajankohtaisista ongelmista. Tosin myös monet radiologit varsinkin Helsingin Naistenklinikalla ja Kätilöopistolla hankkivat hyvät taidot näihin tutkimuksiin ja tekivät niitä lähes päätyönään. Merkille pantavaa oli se, että ultraäänitutkimus vakiintui esim. vatsan alueen radiolo-



Kuva 3. Näkymä sikiön pään biparietaalimittauksesta ensimmäisellä A-B -yhdistelmälaitteella. Pään paikallistamisen (ylempi kuva, B-menetelmä) jälkeen mittaus tapahtuu A-laitteen kuvan kaikupiikeistä (alempi).

Kuva 4. Istukan paikallistaminen ensimmäisellä B-laitteella. Kiekomainen etuseinäistukka näkyy kaiuttomana, sikiön pää oikealla.



gian työkaluksi paljon myöhemmin kuin obstetriikkaan. Yleisin käytäntö 1970-luvun lopulla oli se, että ainakin suuremmissa sairaaloissa 1–2 obstetrikkoa teki ultraäänitutkimuksia. Tässä yhteydessä on lisäksi muistettava, että monet kättilöt ja hoitajat perehtyivät perusteellisesti tähän uuteen menetelmään ja huolehtivat päivittäisistä rutiiniultraäänitutkimuksista.

Menetelmien ja käytäntöjen kehitystä

1970-luvun puolivälissä tuli käyttöön ns. harmaa skaala -menetelmä. Tällöin sikiön eri kudosten kaikuominaisuudet tulivat esille aikaisempaa selvemmin, jolloin rakennetutkimukset tarkentuivat. Samoihin aikoihin tulivat markkinoille ensimmäiset ns. reaaliaikalaiteet, joilla voitiin seurata nimensä mukaisesti esim. sikiön liikehdintää ja sydämen toimintaa. Näiden menetelmien yhdistämisellä voitiin luopua aikaa vaativasta kohteen ”piirtämisestä” kuvaputkelle ja tämä merkitsikin ensimmäistä pitkää askelta ultraäänitutkimuksen vähittäiselle vakiintumiselle kaikkien obstetrikkojen käyttämäksi menetelmäksi. Kohteista, esimerkiksi sikiöstä saadut löydökset kuvaputkella olivat niin selkeitä ja havainnollisia, että tulkintaongelmat vähenivät huomattavasti. Tosin varsin pian havaittiin, että todella vaativa sikiön anomalioiden diagnostiikka vaatii rautaista kokemusta ja keskittämistarve diagnostisten ongelmien osalta huomattiin jo varhain.

Vaginaalisten reaaliaikanyhtöön perustuvien anturien kehittäminen laajensi 1980-luvun lopulla jälleen ultraäänitutkimuksen käyttöalueita. Alkuraskaudessa havainnot alkion sijainnista, elossaolosta ja lukumäärästä saatiin useita viikkoja aikaisemmin kuin abdominaalisen anturin käytöllä. Täl-

löin erityisesti ektooppisen raskauden diagnostiikka täsmentyi. Loppuraskaudessa kohdun kaulan pituuden ja sisäsuun avautumisen tutkiminen on tästä alkaen tullut rutiiniksi uhkaavassa ennenaikaisessa synnytyksessä (kuva 7). Vaginaalista menetelmää käyttävä ultraäänitutkimus alkoi myös enenevässä määrin tulla gynekologisen tutkimuksen täydentäjäksi. Karkeaa kysta/solidi tuumoridiagnostiikkaa oli jo tehty aikaisemminkin, mutta nyt saatiin yksityiskohtaisempia havaintoja tuumorien rakenteista, kun antureissa voitiin käyttää korkeampifrekventtisiä taajuuksia ja sektorinäyttöä. Erityisen tärkeä hyödynnetty alue oli IVF-toiminnassa ovarioiden follikkelikehityksen seuranta sekä munasolujen punktoiminen vaginan kautta ultraääniohjauksessa. Ilman vaginaalista ultraäänitutkimusta infertilitetioiden nykytaso ei olisi ollut saavutettavissa. Invasiivisen tutkimuksen ja joissakin tapauksissa hoidon aluevaltaus oli istukkaan, napasuoniin (kuva 8) tai sikiön eri osiin tehtävät punktiot ja näytteen otot, joita alettiin tehdä ultraääniohjauksessa.

Veren virtauskin näkyväksi

1980-luvulla alkoivat myös Doppler-tutkimukset sikiön ja kohdun hemodynamiikan selvittämiseksi. Varsin pian kävi yhdessä Pertti Kirkisen (nykyään Tampereen professori) kanssa tekemissämme tutkimuksissa selväksi, että varsinkin napavaltimon virtausprofiilin muutoksista on saatavissa välitöntä tietoa sikiön voinnista ja tämä menetelmä havaittiin kliinisesti käyttökelpoiseksi sikiöasfyksian toteamisessa ja ratkaisujen teossa. Myöhemmin, erityisesti 90-luvulla, kun käyttöön saatiin ns. väri-Doppler-metodi, tuli sikiön ja kohdun pientenkin suonten paikallistaminen mahdolliseksi. Tämä on joh-

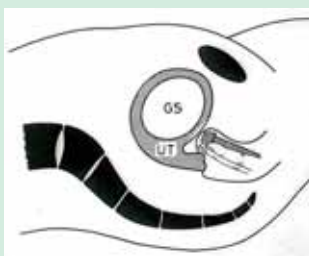
tanut siihen, että erityisesti varhaisessa sikiöasfyksiassa kliiniset johtopäätökset voidaan perustaa useiden kohdesuonien (a.umbilicalis, a.cerebri media, ductus venosus, vena cava, aortan kaari) virtausprofiilien tutkimiseen (kuva 9). Tavoitteeksi on tällöin tullut synnytyksen mahdollisimman oikea-aikainen yksilöllinen ajoittaminen. Eri ultraäänitutkimusmenetelmien yhdistäminen on tehnyt mahdolliseksi myös sikiön sydämen ja sentraalisen verenkierron tutkimisen. Tällöin erilaisten sydänanomalioiden tutkimus on jatkuvasti tarkentunut, mikäli tutkija omaa taitoa ja kokemusta.

Ultraääni seulontaan

Suurta jokapäiväistä ultraäänitutkimuksen aluevaltausta edustavat raskauden ajan seulonta-ultraäänitutkimukset. On mielenkiintoista todeta, että ensimmäisiä seulontatutkimusten käynnistäjiä ovat olleet yliopistoklinikoiden ulkopuoliset sairaalat (erityisesti Jorvi, Hämeenlinna, Joensuu, Lahti). Vaikka toiminta on näihin saakka ollut eri kunnista riippuvaisista ja kirjavaa, on suurimmalle osalle suomalaisista gravidoista ollut jo vuosien ajan tarjolla kaksivaiheinen ultraääniseulonta. Ensimmäinen tutkimus 10–11 viikolla keskittyy sikiön olemassa- ja elossaolon sekä monisikiöisen raskauden toteamiseen, sikiöiän määrittämiseen, niskaturvotuksen mittaamiseen sekä karkeiden rakennepoikkeavuuksien toteamiseen. Toinen tutkimus 20–22 viikoilla tähtää erityisesti sikiön rakenteiden ja istukan sijainnin selvittämiseen. Nämä tulokset ovat tietenkin riippuvaisia tutkijoiden kokeemuksesta ja laitteiden tasosta. Parhaisissa materiaaleissa sikiöepämuodostumat löytyvät 80–90 %:n herkkyydellä. Heikoimmin paljastuvat sydänanomalit (20–40 %). Sosiaali- ja terveysmi-



Kuva 5. B-kuvalöydös raskauden 8. viikolla (löydös vuodelta 1970). Sikiöpussissa näkyy alkion aiheuttama kaikutiivistymä.



Kuva 6. Kaavio alkuraskauden tutkimuksesta vaginaalisella Doppler-laitteella 1970-luvun alussa. Ut= uterus, GS= sikiöpussi.

Kuva 7. Pitkittäinen leikkaus kohdunkaulan (CX) tilanteesta uhkaavassa ennenaikaisessa synnytyksessä vaginaalisella konveksityyppisellä reaaliaikaisen anturilla v. 1994. Kohdun sisäsuu (os int) avautunut.



nisteriön vuonna 2006 antaman ase-
tuksen mukaan kaikille suomalaisille
gravidoille on oltava tarjolla vuoden
2010 loppuun mennessä kaksivaihei-
nen ultraääniseulonta yksiköissä, jois-
sa on riittävä taso ja tutkimusten vuo-
sittainen määrä.

Mihin on päästy ja mitkä ovat haasteet?

Monien ”kunnon” obstetrikkojen mie-
lestä 1960-luvun ultraäänitutkimukset
edustivat salatiedettä tai tähtitaivaan
kuvien tulkintaa eivätkä ne tuli-
si koskaan johtamaan kliinisesti hyö-
dyllisiin tuloksiin. Minullekin sanottiin
useaan kertaan, että lopeta hyvä mies
tuollainen ajanhaaskaus. Muutos 40
vuodessa on siis ollut melkoinen sekä
tulosten että mielipiteiden osalta. Täl-
lä hetkellä käytännössä jokainen syn-
nytysten ja naistentautien alalla toimi-
va lääkäri on vähintäänkin selvillä ult-
raäänitutkimuksen käyttöalueista. Lä-
hes kaikki sairaaloissa toimivat kolle-
gat käyttävät näitä laitteita, useimmat
päivittäin. Kaikki erikoistuvat lääkärit
ovat jo ainakin 15 vuoden ajan kou-
luttautuneet eri tavoin ultraäänitutki-
muksen käyttöön erikoisalallamme.
Sairaaloissa ja yksityisvastaanotoilla
on enemmän sääntö kuin poikkeus,
että tutkimuspöydän vieressä on ny-
kyaikainen ultraäänilaitte. Tästä me-
netelmästä on kiistatta tullut tärkein
kliinistä tutkimusta palveleva ja täy-
dentävä diagnostinen menetelmä eri-
tyisesti obstetriikassa, mutta nykyään
myös gynekologiassa. Ultraäänilaitteen
anturia voidaankin hyvällä syyllä pi-
tää käsiemme, silmiemme ja aivotoi-
mintamme jatkeena ja palvelijana jo-
kapäiväisessä työssämme.

Kun tietoa on tullut, on tuskakin li-
sääntynyt. Koulutus ja auditointi eivät
ole oman alamme ultraäänitoiminnas-
sa lähelläkään ideaalista. Tuskin yh-

dessäkään Suomen yliopistoklinikassa
voidaan puhua tämän alueen kunnol-
lisesta koulutuksesta. Tähän vaikuttaa
erityisesti nykyajan kustannuspaineet
ja opettajalääkärivirkojen niukkuus,
jolloin kädestä pitäen tapahtuva ko-
keneen kollegan ohjaus on enemmän
kaukainen haave kuin tämän päivän
realismia. Koulutus perustuu valitet-
tavasti edelleen paljolti siihen, että
nuori lääkäri alkaa tehdä ultraäänituti-
kimuksia, hakee kokeneemman var-
mistamaan löydöksiä ja oppii vähitel-
len yritysten ja erehdysten kautta. Toki
kouluttautuminen alkaa jo perusope-
tuksen aikana ja heti erikoistumisen
alussa pienemmissä sairaaloissa. Tie-
tenkin asiaa parantavat esim. SGY:n
jatkokoulutukset ja pienryhmäkurssit.
Tutkijoiden tason säilyttäminen ja seu-
ranta auditointijärjestelmän avulla ot-
taa vasta ensiaskeleitaan. Käytännös-
sä hyvä tapa on hakeutua 1–2 viikko-
si kerrallaan seuraamaan jokapäiväi-
stä ultraäänitutkimustoimintaa hyväta-
soiseen klinikkaan kotimaassa tai ul-
komailla. Tämä on hyödyllistä silloin,
kun kokemusta ja kysyttäviä asioita
on jo olemassa.

Uusin metodinen kehitys 2000-lu-
vulla on ollut 3- ja 4-D-laitteiden käy-
ttöönnotto. On selvää, että 3-D-tutki-
mus on päässyt lapsenkengistään ja
on tullut jäädäkseen. 4-D-tekniikka-
han tarkoittaa kolmidimensionaalista
tutkimusta reaaliajassa. Näyttää siltä,
että tällä menetelmällä on kokeneen
tutkijan käsissä saatavissa lisäarvoa
varsinkin tapauksissa, joissa tavalli-
sella 2-D-tekniikalla on havaittu tai
epäillä sikiöanomaliaa erityisesti

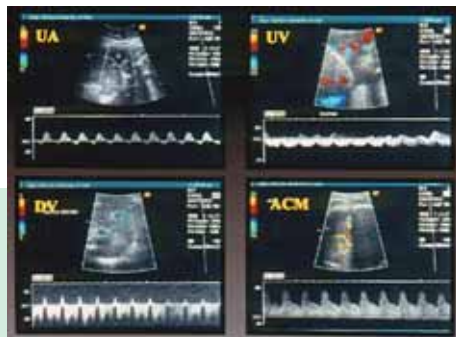
luuston, raajojen, spinaalikanavan, sy-
dämen ja kasvojen (kuva10) alueella.
Eettisiä pohdiskeluita ja ongelmia on
maailmalla ja Suomessakin syntynyt
menetelmän käytöstä ilman lääketie-
teellisiä indikatioita, pelkästään van-
hempien uteliaisuuden tyydyttämiseen
sikiön kasvoprofiilien ja liikehännän
videoimisella.

Aivan perustavaa laatua olevia diag-
nostisia ongelmia on jäänyt jäljelle ult-
raäänitutkimuksen kehityksestä huol-
limatta. Eräs esimerkki on ultraäänituti-
kimuksen kyvyttömyys riittävän
hyvään sikiön painon määrittämiseen.
Mitään metodista läpimurtoa ei ole
toistaiseksi tapahtunut, vaikka sikiön
pään, vartalon ja raajojen dimensioiden
yhdistäminen antaakin tarkem-
paa tietoa painosta kuin pelkkä klii-
ninen tutkimus.

Obstetrinen ultraäänitutkimus on 40
vuodessa edennyt sysäyksittäin siten,
että keskimäärin kerran 5–8 vuodessa
on tapahtunut merkitsevää uutta meto-
dista kehitystä. Näin tulee epäilemättä
tapahtumaan tulevaisuudessakin. Eräs
tärkeä taustatekijä on jatkuvasti säily-
nyt ja korostunut: diagnostiikassa käy-
tettävällä ultraäänellä ei ole havaittu
lyhyt- tai pitkäaikaisseurannassa hait-
tavaikutuksia sikiön kannalta. Tämä
tieto ja ultraäänitutkimuksen antama
kiistaton lisäarvo kliiniselle obstetri-
selle tutkimukselle oikeuttaa sen jat-
kuvan ja uusiutuvan hyödyntämisen.
Suomalaisten on myös syytä pysyä
tieteellisen tutkimuksen kärjessä, kos-
ka silloin käytännön sovelluksetkin
saadaan meillä nopeimmin ja luotet-
tavimmin käyttöön. Tähän mennen-
sä Suomessa julkaistut parikymmen-
tä tämän alan väitöskirjaa ja sadat tie-
teelliset julkaisut kannustakoot nuoria
kliinisiä tutkijoita jatkossakin obstetri-
sen ultraäänitutkimuksen kiehtovaan
maailmaan. ■



Kuva 8. Napaveripunktio ultraääniohjaukses-
sa 1990 luvulla. Kuvassa neula suuntautuu
oikealta ylhäältä napanuoran tyven suoniin.
Istukka näkyy vasemmalla.



Kuva 9. Väri-doppler-laitteella saadut patologiset
verenvirtausprofiilit vaikeassa sikiöasfyksiassa.
Tutkimus tehty 2000-luvun alussa. UA= napaval-
timo, jossa retrogradinen virtaus diastolevaiheen
lopulla, UV= pulsoiva virtaus napalaskimossa,
DV= retrogradiset virtaukset eteisystolen aikana
(virtauspiikit ylöspäin), ACM= lisääntynyt diasto-
linen virtausprofiili sikiön keskimmaisessä aivo-
valtimossa.



Kuva 10.
3/4D -kuva
sikiön
kasvoista
v. 2007.
Käsi
nyrkissä
suun seu-
dulla.



■ Professori RIITTA JOUPPILAN juhlaesitelmästä lyhentänyt Merja Metsä-Heikkilä

Synnytyskipivun hoidon lyhyt historia Suomessa

Synnytyskipu on maailman kirjallisuudessa ensimmäisenä mainittu kipu. "Kivulla pitää sinun synnyttämän." Tuo Raamatussa Eevalle annettu rangaistus samoin kuin muukin naisen alistaminen miehensä valtaan on estänyt lääketieteessä synnytyskipivun hoidon kehitystä aivan eri tavoin kuin muunlaisten kipujen hoitoa. Se, mitä Raamatussa sanotaan, on ollut ja on vieläkin paljolti tabu, johon ei pidä kajota. Vasta 1920-luvulla silloinen paavi päästi katoliset naiset tästä pannasta ja antoi luvan synnytyskipujen lievittämiseen.

Omassa kansalliseepoksesamme Kalevalassa löytyy synnytyksen kipua ja tuskaa ymmärtävä kohta, kun Ilmatar synnyttää Väinämöistä: "Oi Ukko Ylijumala, ilman kaiken kannattaja! Tule tänne tarvittaissa, käy tänne kutsuttaissa! Päästä piika pintehestä, vaimo vatsan vääntehestä! Käy pian, välehen jou'u; välehemmin tarvita-han!" Tämä eepoksen kohta osoittaa omien runonlaulajiemme suhtautuneen myönteisesti synnytyksen tuskan helpottamiseen.

Kautta aikojen synnytyskipuja on kaikesta huolimatta pyritty lievittämään. Muinaisaikojen keinoina ovat olleet erilaiset loitsut ja rukoukset, manaukset ja taikakalut, talismaanit ja amuletit. Naisten korujen käytön väitetään pohjautuvan haluun karkottaa pois kivun pahoja henkiä. Keskiajalla tarkoitukseen on käytetty alkoholia ja erilaisia huumavia yrttejä ja rohtoja. Tuolta ajalta tiedetään myös ihmisiä poltetun noitien heidän yritettyään auttaa synnyttäjiä.

Suomessa kivun lievitys aloitettiin 60-luvulla

Synnytyskipivun hoidon kehitys ei ole irrallaan muusta yhteiskuntakehityksestä. Se on sidoksissa yhteiskunnan vaurastukseen, asenneilmapiiriin, naisen asemaan sekä luonnollisesti terveydenhoidon ja lääketieteen tasoon.

Suomeen ja Pohjoismaihin synnytyskipivun lievityksen vaatimukset ja hoitomenetelmien kehittäminen tulivat vasta 1960-luvulla. Suomen osalta tämä kehitys ei olisi aiemmin ollut mahdollistakaan. Suuren ikäluokkien (yli 100 000 synnytystä/vuosi) syntyessä 1945–1947 yli puolet synnytyksistä tapahtui kotona tai pienissä kunnansairaaloissa kättilöiden ja kunnanlääkäreiden avustamina. Anestesiologiasta ei ollut tietoaakaan. Olosuhteet olivat usein hyvin alkeelliset ja köyhät. Äitejä kuoli tuollon 100–400 vuodessa, syitä olivat obstetriset vuodot, toksemia, tuberkuloosi ja muut infektiot.

Tuon ajan karuja synnytysolosuhteita kuvaa Pyhäjoen entinen kättilö Anna Luoto kirjassaan "Kun ei ollut rahaa tehtiin lapsi". Vielä vuonna 1946, ennen siirtymistään Pohjanmaalle, hän oli ollut auttamassa synnyttäjää savupirtissä Savossa. Kuvaukset synnyttäjien kivuista, jotka synnytyksen pitkitäessä saattoivat olla monipäiväisiä, olisivat hyvää luettavaa monille nykypäivän ihmisille. Anna Luoto kertoo myös, kuinka sen ajan kättilökoulutuksessa suoraan kiellettiin ottamasta kipuja huomioon, puhumattakaan, että niitä olisi helpotettu. Jopa synnyttäjän selän hieronnasta oli varoitettu luennoilla; hellyyden ja myötätunnon katsottiin vain lisäävän synnyttäjän tuskaa ja toisaalta estävän kättilön järkevää toimintaa.

Tilanne alkoi parantua 50-luvulla. Suomen selviytyttyä sotakorvauksista vuonna 1952 voitiin alkaa kehittää omia oloja. Alettiin rakentaa keskusta aluesairaalaverkostoa. Synnytykset

pyrittiin keskittämään erikoislääkärijohtoisin sairaaloihin. Lääkärikoulutusta lisättiin 60-luvulla, perustettiin mm. Oulun lääketieteellinen tiedekunta ja opiskelijoita lähetettiin ulkomaille lääkärikoulutukseen.

Uudet sikiön tutkimus- ja valvontamenetelmät ultraääniä ja KTG otettiin käyttöön 60-luvulla. Tämä mahdollisti myös tehokkaiden synnytyskipivun hoitomenetelmien kuten epiduraalipuudutuksen käyttöön otton, tutkimuksen ja kehittämisen. Suomen ensimmäisen synnytyskipujen esiintymistä koskevan tutkimuksen julkaisi Arno Hollmén työryhmineen vuonna 1970. Tutkimusmateriaalin muodostivat 2566 OYKS:ssa vuonna 1968 synnyttänyttä äitiä. Tutkimuksen mukaan kivulaiden tai erittäin kivulaiden synnyttäjien osuus oli 80 %. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä ei ollut eroa, mutta ensisynnyttäjien kipu oli pitempikeskoista. Ensisynnyttäjistä 30 % ilmoitti kipujen vuoksi pelkäävänsä seuraavaa synnytystä.

Tutkimus avaa tien

Tämän tutkimuksen jälkeen Oulussa alettiin panostaa obstetrisen anestesia- ja analgesiaan. Primusmoottorina oli Arno Hollmén, josta oli vuonna 1972 tullut Oulun ensimmäinen anestesiologian professori. Hän oli tutustunut epiduraalipuudutukseen opintomatallaan Iso-Britanniassa ja toi tekniikan Suomeen jo 60-luvulla. Vuonna 1973 OYKS:n synnytysosasto siirtyi nykyisiin tiloihinsa muun sairaalan yhteyteen, ja voitiin aloittaa varsinainen synnytyskipivun hoito ja tutkimus. Minut sijoitettiin anestesiaerikoislääkäriksi naistenklinikkaan. Olin erittäin innostunut synnytyskipivun hoidon kehittamisestä omien karmeiden kipukokemustenikin vuoksi. Samanaikaisesti kehitettiin ultraääni- ja sikiölääketieteen tutkimusta puolisoni Pentin toimesta ja professori Pentti A. Järvinen oli laajakatseisena ja ennakkoluulot-

tomana hyvin myötämielinen synnytysanalgesian tutkimukselle. Niinpä palikat loksahivat paikoilleen ja syntyi tiimi, joka seuraavien vuosien aikana vastasi OYKS:n monipuolisesta synnytyskipututkimuksesta.

Tuohon aikaan käytimme ns. vyöhyke-epiduraalipuudutusta poistamaan avautumisvaiheen kipua, jonka synnyttäjät kokivat hankalimpana. Toisaalta haluttiin säilyttää ponnistusvaiheen motoriikka ja ns. bearing-down-refleksi, jotta välttyttäisiin turhilta imu-kuppi- ja pihtisynnytyksiltä.

Ensimmäiset tutkimukset keskittyivät happeomästasapainoon ja erilaisen metabolisten parametrian ja stressihormonien muutoksiin. Omassa väitöskirjassani 1977 osoitettiin epiduraalipuudutuksen vähentävän äidin ja vastasyntyneen epädullisia synnytyksen ja kivun stressivasteita. Isotooppi- ja Doppler-ultraäänitutkimuksin osoitimme myös puudutuksen parantavan istukan verenvirtausta sekä vaikeuttavan edullisesti sikiön verenkiertoon erityisesti pre-eklampsiapotilailta. Obstetrinen anestesiologian alalta on OYKS:n anestesiaklinikassa tähän mennessä tullut seitsemän väitöskirjaa ja lisäksi Turusta yksi.

Kivunlievitysvaatimukset kasvavat

Naisten vaatimuksia tehokkaasta ja turvallisesta synnytyskivun hoidosta alkoi esiintyä 60-luvulla. Tavanomaiset kipulääkkeet, ilokaasu, rentoutus ja muut tuolloin käytetyt menetelmät eivät enää tyydyttäneet yhä emansipoituvampaa naissukukuntaa. Suurten ikäluokkien tulo synnytysikään voimisti vaatimuksia. Nämä naiset olivat äitejensä koulutetumpia, useammin mukana työelämässä ja tietoisia oikeuksistaan. Muillakin yhteiskunnan sektoreilla naisten tasa-arvo ja aseman parantaminen puhuttivat. Naisasialiike otti myös synnytyskivun hoidon ajamisen asiakseen.

Meillä oli tarjota tehokas ja turvallinen puudutusmenetelmä, jossa oli vain yksi haittapuoli: sen suorittajana piti olla osaava anestesiälääkäri, ja niihän ei silloin suinkaan ollut tarpeeksi. Niinpä alettiin vaatia lisää anestesiälääkäreiden virkoja. Tässä törmättiin lähinnä miespuolisten päättäjien asenteisiin, jotka eivät aina ymmärtäneet synnyttäjien hätää. Vieläkin masentavampia olivat joidenkin lääkäreiden ja kättilöiden negatiiviset ja ennakkoluuloiset asenteet.

Meillä oli siis hyvä tuote, joka oli

myös markkinoitava, että se saataisiin sille tarkoitettuun käyttöön. Minusta tuli epiduraalin ja sen käytön laajentamisen puolestapuhuja paitsi tiedotusvälineissä myös erilaisissa ympäri Suomea järjestetyissä luentotilaisuuksissa. Ne oli suunnattu kättilöille, obstetrikaille ja anestesiologeille, joiden parissa oli ihmeen paljon vastustakin. Luentoja pidettiin myös erilaisten naisjärjestöjen aloitteesta maallikoille, siis niille, joita asia koski. Debatti oli kovaa ja monenkirjavaa. Gynekologi Mies Reenkola totesi Jaana-lehdessä: ”Koskee se ensimmäinenkin puhkaiseminen, mutta eivätpä naiset sitä vaadi kivuttomaksi, haluavat vain. Miksi tästä toisesta kivusta sitten niin kauheasti puhutaan. Jos se jonkin verran sattuu, niin mitäs siitä.” Seuraavassa lehden numerossa lukija vastasi: ”Mies Reenkola, en pidä teitä lääkärinä. Reenkolan puheenvuorosta näkee, että naisia kaivataan tämän yhteiskunnan johtaville paikoille.” Useimmat obstetrikot ja sairaalat toki suhtautuivat asiaan hyvin myötämielisesti. Asian puolesta antoivat lehdistössä lausuntojaan mm. professorit Sakari Timonen ja Lauri Rauramo.

Epiduraalipuudutuksesta poliittinen kysymys

Kiivaana vellonut keskustelu herätti myös eduskunnan. Neljäkymmentä naiskansanedustajaa kaikista puolueista teki 11.3.1977 kirjallisen kysymyksen: ”Mihin toimenpiteisiin hallitus aikoo ryhtyä, jotta pikaisesti turvataan anestesiahenkilökuntaa lisäämällä sekä palveluja organisoimalla epiduraalipuudutuksen käyttö vähintään erittäin tuskallisissa synnytyksissä ja että lievemmissäkin tapauksissa turvataan lapselle ja äidille turvallisien menetelmien asianmukainen kipujen lievitys antamalla synnytyssairaalaille tarvittavat mahdollisuudet käytäntöä yhdenmukaistavat ohjeet?”

Silloinen sosiaali- ja terveysministeri Irma Toivonen totesi, että hallitus pitää tärkeänä tehostaa toimenpiteitä, joilla voidaan lisätä synnytyksen turvallisuutta ja lievittää kipuja. Hallitus antoi ohjeet lääkintöhallitukselle selvittää tilannetta ja ottaa asia käsitteilyyn tehtäessä syksyllä 1977 sosiaali- ja terveysministeriölle uutta sairaalalaitoksen valtakunnallista suunnitelmaa. Lääkintöhallitus asettikin työryhmän, jonka tehtävänä oli laatia suunnitelma asian toteuttamiseksi. Työryhmään kuuluivat mm. dosentit Inkeri Kivalo ja

Kari Teramo. Työryhmän mietinnössä (1978) todettiin, että sietämätöntä kipua kärsiville lumbaalinen epiduraalipuudutus olisi ensisijainen johtopuudutusmenetelmä. Tätä varten esitettiin välittömästi perustettavaksi yhdeksän anestesiälääkärin ja kymmenen synnytysanalgesiaan perehtyneen synnytys-salin erikoissairaanhoidajan virkaa.

Epiduraalilla eduskuntaan

Eduskunta, hallitus ja lääkintöhallitus olivat siis reagoineet, mutta virkoja vain ei kuulunut, joten taistelu jatkui. Synnytyskipukeskustelussa hankittu julkisuus oli osaltaan johtamassa siihen, että tulín valituksi eduskuntaan 1983. Ensimmäisiä läpi saamiani asioita valtakunnallisen politiikan taipaleella olivatkin nuo kaivatut anestesiälääkäreiden ja hoitajien virat, jotka tulivat vuoden 1985 budjettiin.

Uuden vuosituhannen uudet haasteet

Noista 30 vuotta sitten kiihkeimmillään velloneista puudutusvaatimusten ja resurssikamppailujen ajoista maailma ja Suomi sen mukana ovat tiystin muuttuneet. Synnytyskivun hoito on moderniin synnytykseen liittyvää rutiinia, sen tarvetta ei enää kyseenalaisteta. Stakesin vuoden 2006 tilastojen mukaan kaikissa sairaaloissa 40,9 % ja yliopistosairaa-loissa 49,1 % alakautta synnyttäneistä oli saanut epiduraalipuudutuksen, ensisynnyttäjillä luku oli vieläkin korkeampi, 69,8 %. Niinkin myöhään kuin v. 1987 luku oli 8,7 % ja vasta 1990-luvulla synnytysepiduraali lisääntyi kaikkialla maassamme nopeasti.

Myös menetelmät ovat kehittyneet. Perinteisten puudutusaineiden ohella 1990-luvulla otettiin käyttöön epiduraaliset opioidit, lähinnä fentanyl. Tämä on mahdollistanut ns. mobile- eli liikkuvan synnyttäjän epiduraalipuudutuksen. Samoin käyttöön on tullut spinaalipuudutus, jota käytettiin 15,3 %:ssa synnytyksistä vuonna 2006.

Synnytyskivun hoito Suomessa alkaa tilastojenkin valossa olla asianmukaisella tasolla ja vastaa synnyttäjien tarpeita ja vaatimuksia. Asiassa on kuitenkin syytä tässä säästöjen ilmapiiressä olla valppaana ja taistella jatkossakin synnyttäjien puolesta. ■

(Juhlaesitelmä pidetty 24.5.2007 Suomen Obstetriset Anestesiologit -järjestön 10-vuotisjuhlakokouksessa Jyväskylässä.)



Riitta ja Pentti Jouppila — Oulun voimaksikko

Riitta ja Pentti Jouppila palasivat valmistumisensa jälkeen yhtä jalkaa nuoreen ja kehittyvään yliopistosairaalaan Oulussa. Toimiessaan anestesiologina ja obstetrikkona he pääsivät sekä todistamaan että toteuttamaan alojensa jälkikäteen ajatellen huimia edistysaskeleita. Elämä oli kiihkeää työtä ja touhua, jota nyt eläkkeellä sopii ylpeydellä muistella.

Savolaiskarjalaisen Riitan ja pohjalaisen Pentin tiet kohtasivat jo opiskeluaikoina, kurssikaverina Oulun ensimmäisellä medisiinarikurssilla.

– Kun ”lempi leimahti” parin opiskeluvuoden jälkeen, se olikin sitten menoa eikä nokitusta. Kihloihin 6 kk:n päästä, siitä vuoden päästä naimisiin vuonna 1964, ja ensimmäinen tyttärenme syntyi seuraavana vuonna ollessamme lastentautien kurssilla, Riitta ja Pentti muistelevat.

Riitalle lääkärin ammatti oli itseltään selvä jo lapsuudesta. Nukeilta tuli poistetuiksi sekä umpisuoli että sappikivet. Spesialiteettikin oli katsottuna: Riitasta piti tulla Albert Schweit-

zerin innoittamana lastenlääkäri lähetystyöhön.

Pentille asia valkeni armeija-aikana.

– Olen aina ollut kiinnostunut luonnontieteellisistä asioista. Mielessä oli ylioppilaaksitulovaiheessa metsänhoitajan tai geologin opinnot. Armeijassa pohdin sitten lääkäriksi lukemista ja sieltä tulon jälkeen tansseissa Isonkyrön Pukkilansaarella kuulin luokkakaveriltani Ouluun perustetusta lääketieteellisestä tiedekunnasta. Lähdin kesällä 1960 pyrkimään sinne ja pääsin, kertoo Pentti.

Perhe, erikoistuminen, väitös...

Valmistumisensa ja lyhyen kunnanlääkäripestin jälkeen Riitta ja Pentti palasivat kasvattisairaalaansa, Riitta haaveidensa mukaisesti lastenkliniikkaan ja Pentti naistenkliniikkaan.

– Lastenklinalta menin anestesiaosastolle vastasyntyneen tehohoitaa oppimaan, ja silloin kiinnostuin anestesiologiasta. Aiemmin tietämykseni alasta oli aivan pinnallista, opetuskin oli ollut erittäin vähäistä kandiikanamme. Se oli uusi ja nopeasti kehittyvä ala. Niinpä vaihdoin sitten lapsilta anestesiaan. Alan silloista vetovoimaa kuvannee se, että neljännes Oulun ensimmäiseltä lääketieteen kandidatuurista on erikoistunut anestesiaan, paljastaa Riitta lyhyeksi jääneestä lastenlääkäriurastaan.

Pentille oma ala oli valjennut jo

kandiaikana.

– Synnytys- ja naistentautiopin kursilla totesin, että ala on erittäin positiivishenkinen. Lisäksi se näytti monipuoliselta sisältäen paljon ”käsityönä” tehtävää diagnostiikkaa ja sekä operatiivisen että konservatiivisen toiminnan elementtejä. Potilaat olivat pääasiassa nuoria ja heidän ongelmansa pysyttiin usein hoitamaan nopeasti kuntoon. Erityisesti obstetriikka näytti tosi mielenkiintoiselta, perustelee Pentti valintaansa.

Erikoislääkärin paperit molemmat saivat vuonna 1972. Riitta aloitti seuraavana vuonna anestesiaerikoislääkärin virassa sijoituspaikkanaan naistentauti- ja synnytysklinikka. Pentti ehti jo väitelläkin alkuraskauden ultraäänitutkimuksista ennen spesialisoitumistaan. Koska jonkun oli pidettävä huolta kasvavasta perheestä noina vuosina, Riitta pääsi aloittamaan oman tutkimustyönsä hänen jälkeensä perheessä sovitun marssijärjestyksen mukaisesti. Väitöskirja valmistui 1977.

OYKS:n pioneerihenki piti virkeänä

– Anestesiaosastomme perustettiin 1967, yliopistolliseksi klinikaksi se tuli vasta 1972. Ensimmäinen ylilääkäri ja sittemmin professori Arno Hollmén oli hyvin kunnianhimoinen ja ajan hermolla oleva. Ensimmäiset avosydänleikkaukset tehtiin vuonna 1968, jolloin täytyi myös teho-osaston olla jo

kunnossa. Pienet henkilökunta- ja lääkäriresurssit kompensoituivat meidän silloisten erikoistuvien ja parin jo erikoistuneen lääkärin innolla ja uusien haasteiden voittamismielellä. Ala oli uusi ja kiehtova, nykyajan termeillä sanottuna mediaseksikäs, kertoo Riitta klinikkansa alkuajoista.

Riitan väitöskirjan aihe koski synnytysepiduraalia. Aiheen valintaan vaikuttivat sekä omat karvaat synnytyskokemukset että anestesiaklinikkas-
sa vallinnut innostus aiheeseen. Arno Hollménin johdolla alettiin tutkia epiduraalipuudutuksen vaikutuksia äitiin, vastasyntyneeseen sekä erilaisiin stressiparametreihin.

– Tultuani synnytysosaston anestesiälääkäriksi olin innolla mukana tutkimuksissa, joissa yhdessä Penan kanssa kartoitimme Doppler-
menetelmien avulla erilaisten obstetristen anestesiometodien sikiövaikutuksia. Olimme kova pari. Julkaisuja tuli toista sataa, kongresseja kierrettiin ja epiduraalin puolesta puhuttiin, kertoo Riitta väitöskirjansa syntyvaiheita ja jälkimaininkeja.

Riitta oli aktiivinen vaikuttaja myös yhteiskunnallisesti, synnytysepiduraali vei hänet eduskuntaan 1983 kahdeksi kaudeksi. Paljolti Riitan ansiota on, että epiduraali saatiin Suomen naisten ulottuville synnytyskipujen hoidossa.

Pentti ”hurahti” tutkimustyöhön ja ultraääneen jo erikoistuessaan.

– Kaikki lähti nollatilanteesta. Sikiömedisiinasta ei oltu nähty edes unta. Se, että juuri minä pääsin mukaan ultraäänitutkimuksen pioneerivaiheeseen johtui ajallisen yhteen-
sattuman lisäksi Pentti A. Järvisen ja Paavo Pystysen innostavasta otteesta. Ensimmäinen proffamme Järvinen oli todella mies paikallaan Oulun Naistenklinikan ensimmäisenä esimiehenä. Hän oli energinen, toiset ihmiset huomioiva ja innosti meitä nuoria innokkaita lääkäreitä lähtemään tutkimustoimintaan ja tuki sitä täysin voimin, antaa Pentti tunnustuksen silloiselle ohjaajalleen.

– Tuntui suurelta elämykseltä nähdä ultraäänilaitteen kuvaputkella sikiöstä heijastuvia kaikuja ja vähin erin kokemuksen karttuessa ja menetelmien kehittyessä huomata, että saadulla tiedolla oli aivan uutta kliinistä merkitystä. Koska en ole missään vaiheessa ollut laboratorioihminen, tuntui hyvältä saada suoraan välitöntä ja

merkityksellistä tietoa sikiöstä ja päästä silloin alkaneeseen valtavaan metodiseen kehitykseen mukaan, kertoo Pentti ajoista ennen powerdopplera tai neljäteetä.

Oulun klinikka on usein näyttänyt ulkopuolisenkin silmissä kadehdittavan ”hyvähenkiseltä”. Tämän Pentti-
kin vahvistaa.

– Klinikassa ei ollut keskinäistä kырäilyä, riidanpoikaset kuittautuivat viimeistään Pentti A. Järvisen hersyvään nauruun tai yskänpuuskaan. Myöhemmin jo tuolloin syntyneitä Oulun henkeä on symboloinut kulttuuri- ja urheiluseura APK (= Alapään Koitto).

Mikä on jäänyt päälimmäisenä mieleen?

– Oli haastavaa ja innostavaa olla mukana uuden kehittyvän alan pioneeri-
joukoissa. Anestesiologian kehityshän on ollut avainasemassa muiden operatiivisten alojen kehitykselle ja turvallisuudelle. Työtä tehtiin melkein vuorot-
ta. Päivystyksiä oli jopa 8 kertaa kuussa, eikä silloin ollut niiden jälkeistä vapaata. Päivystykset olivat vaativia. Piti hallita sydän-, neuro- ja vastasyntyneiden anestesian ohella tehohoito ja hyvät valmiudet kaikenlaisiin hätätilanteisiin. Työ oli toisaalta hyvin palkitsevaa ja tulokset näkyivät nopeasti. Epäonnistuminen etenkin obstetriikassa oli katastrofi. Siksi vaikeissa tilanteissa oli vain tartuttava toimeen, vaikka joskus pelottikin, että kuinkahan tässä käy, summaa Riitta uraansa anestesiologina.

– Kiirettä riitti, varsinkin kun klinikassa oli alkuvuosina vielä vähän lääkäreitä. Kaikki uuden oppiminen ja kokemuksen kartuttaminen aivan tavallisessa kliinisessä työssä oli kuitenkin tosi mielenkiintoista, enkä mielestäni kokenut päivittäistä työtä stressaavana. Opetus- ja tutkimustyö normaalin lääkärin kliinisen toiminnan ohella vaati runsaasti energiaa. Tutkimusvapaita ei ollut, kynä suhisi iltaisin ja viikonloppuisin. Toimin ennen proffavaihetta 15 vuoden ajan klinikan hallinnollisena apulaislääkärinä ja olin klinikan seniorikirrossa täysillä mukana. Loppuvuosina OYS:n tulosyksikön johtaminen oli aivan erityyppistä työtä, jossa sitten jo vastuksiakin riitti yllin kyllin. Yhteenvetona kysymykseen vastaan mukaillen vanhaa sanontaa: ”Kun se parasta on ollut, on se työtä ja työn iloa ollut”, kuvaa

Pentti obstetrikon taivaltaan.

Aktiiviset eläkeläiset

Hiihto on ollut Jouppilan perheen yhteinen harrastus kautta vuosien, myös lasten ja nykyään lastenlasten kanssa. Pentti kertoo jopa hiihtäneensä Oulun 70 kilometrin Tervahiihdon 35 kertaa. Pentin sydäntä lähellä on myös pesäpallo; Oulun Lippo on saanut aktiivisen järjestömiehen, joka on houkutellut vaimonsakin katsomoon. Liikuntaa Pentille tarjoaa myös Isossakyrössä sijaitsevan kotitilan metsätyöt ja syksyiset hirvijahdit.

Anestesiologia vaatii sorminäppä-
ryyttä ja sitä Riitta hyödyntää nykyään pitämällä suvun lapset ja miehet villasukissa. Vauvan nuttuja syntyy Riitan puikoista aina tarvittaessa. Teatteri ja ooppera ovat olleet aina rakkaita, nykyään hän on saanut Penankin houkuteltua Savonlinnan oopperakatso-
moon. Myös juuret ovat tärkeitä: seurakuntatyö ja työ herännäisyyden parissa ovat läheisiä.

Riitalla ja Pentillä on koti Oulussa, mökit Levillä ja Iissä meren rannalla ja lisäksi Pentin kotitila. Lapsenlapsia on seitsemän, kaikki rakkaita. Ulkopuolisesta tuo elämä näyttää sangen vauhdikkaalta. Tuleekohan milloinkaan tarvetta ottaa aktiivivapaata? Vaan mistä saisi tuuraa-ajan?

Lopuksi

– Ajat ovat muuttuneet, ja tavat ja vaatimukset sen myötä. Lääkärin työn perusta on kuitenkin entinen. Se on potilaan, ihmisen auttamista ja parantamista. Hyvä potilas-lääkärisuhde on kaiken a ja o. Älkää päästäkö siihen väliin kaikenlaisia muita tahoja. Lääkärillä on potilas, ei asiakas. Anestesiologilla on usein käsissään ihmisen elämä. Yritä olla nöyrä. Muista, että elämä ja kuolema ovat Korkeimman kädessä, sanoo Riitta lopuksi evästyksenä elämäkokemuksestaan nuoremmille kollegoille.

– Synnytykset ja naistentaudit on hieno erikoisala. Pitäkää tavallinen potilastyö sellaisena elämän suolana, josta saatte varsinaisen sisällön lääkärinä toimimisellenne. Yksinkertaiset asiat ovat tärkeitä: luokaa ympärillenne positiivinen ja toiset ihmiset huomioiva ilmapiiri, ilmeet ja sanat ovat monesti tärkeämpiä kuin korkea osaaminen, on Pentin viesti tämän päivän gynekologeille. ■

Erikoistuminen ennen ja nyt – mikä on muuttunut?

Suomessa on ollut mahdollista toimia erikoislääkärinä koko itsenäisyytemme ajan, aluksi tosin oma ilmoitus riitti todisteeksi erikoistumisesta. Sitten erikoislääkärikoulutukselle luotiin järjestelmä, joka sekkin on kokenut monta muutosta vuosien saatossa. SGY:n täytässä 80 vuotta on hyvä kerrata, miten erikoistuminen sujui sodan jälkeisessä Suomessa, miten erikoistuvat havahtuivat itse kohentamaan koulutustaan ja millaista on erikoistuvan elämä nykyään. Artikkelisarja jatkuu tämän numeron tarinalla erikoistumisesta 70-luvun Turussa, ja tulevista numeroissa kerrotaan seuraavista vuosikymmenistä ja eri yliopistoklinikoista.

Kätilöopiston sairaalan ylilääkärin virasta 1989 eläkkeelle jäänyt professori **Karri Wichmann** erikoistui 60-luvun alussa Helsingin Naistenklinikalla.

– Isäni ammatin vuoksi kaikki piti vät selvänä, että minustakin tulee lääkäri. Ylioppilaaksituloni aikoihin A.I. Wirtanen oli kuitenkin juuri saanut kemian Nobelin, ja tämän innostamana pyrin opiskelemaan kemiaa. Valmistuttuani työskentelin ravintokemian laitoksella ja tein liseniaattityötäni. Jossain vaiheessa ala alkoi kuitenkin

mietityttää, ja vaihdoin lääketieteelliseen tiedekuntaan 1955. Sieltä sitten ”luiskahdin” Naistenklinikkaan, edeltävästi olin ollut töissä pätkissä Kätilöopistolla, Karri Wichmann kertoo uransa alkutaipaleesta.

– Nykyisen kaltaista reunapalvelua muilla erikoisaloilla ei ollut silloin vaatimuksissa, mutta kirurgilla saatettiin käydä niin sanottuna vaihtoapulaislääkärinä kirurgisia taitoja oppimassa. Meillä oli myös paljon vaihtoa Saksan kanssa. Meikäläiset eivät saaneet tehdä siellä juuri mitään, ai-

nakaan itsenäisesti, mutta sieltä meille tulevat pääsivät kyllä leikkaamaan paljon, kunhan joku täkäläinen valvoi, Karri muistelee.

– Ohjausta muutenkin oli aika vähän, sillä sodan jälkeen opettajakin oli vähän eikä heillä ollut aikaa istua viereissä opettamassa. Minulle esimerkiksi näytettiin kerran alatieoperaatio, ja sitten piti tehdä itse. Onneksi oli kokenut leikkaussalihoitaja! Aika monta tempua tehtiin myös kätilön avustuksella ja melkein opettamanakin. Opetus ei ollut lähimainkaan sitä tasoa kuin ny-



Professori Karri Wichmann, erikoistumassa 1961–1964.

kyään, aika omin päin oltiin. Erikoislääkärilentikin oli jo siihen aikaan, mutta tentit olivat helppoja, ei niihin tarvinnut lukulomaa. Sodan jälkeinen tilanne tietojen ja resurssien suhteen oli huono, monissa asioissa jopa matalammalla tasolla kuin ennen sotaa, toteaa Karri.

Päivystystä viikko kerrallaan

– Päivystys tapahtui viikon jaksoissa, samanaikaisesti hoidettiin vielä päivätyö. Päivystyksiä oli joka toinen viikko. Aluksi sitä ei ihmetelty, mutta kyllä se oli rankkaa. Jossain vaiheessa alettiin miettiä päivystyksen raskautta ja menttiin Paavo Varan puheille asiasta keskustelemaan. ”Pave” sanoi, että kuuluu nyt nuoret, kun minä olin täällä ”volontäärinä” aikoinani, minä päivystin vuoden! Niin me sitten poistuimme häpeissämme ja mietimme, mitä tulikaan tehtyä.

– Jos ajattelee elintasoja, ehkä se oli sen aikaisilla palkoilla aika lähellä nykyistä erikoistuvan tasoa. Päivystyskorvauksia otettiin paljon lomana, minäkin lähes kaiken. Meillä oli kolme pientä poikaa, ja loma oli siksi tärkeää, saattoi auttaa kotona. Vaikka kyllähän sitä naureskeltiin, että kuka on tuo vieras mies, joka käy täällä joka toinen viikko. Puolisoni Kaarina on hammaslääkäri, ja hänen praktiikkansa sijaitsi meillä kotona. Kun oli vähintään kolme lasta, sai kotisisarharjoittelijan, jos äiti saattoi olla kotona osan aikaa. Tämä oli meidän pelastuksemme. Vaimo saattoi harjoittaa ammatiaan, ja lapset tulivat kuitenkin hoidettua, kertoo Karri.

– Sanoisin kyllä, että vaikeammaksi elämä on nuorilla tullut. Silloin oli tottunut elämään niukemmin, ei matkustettu niin kuin nykyään, ja harrastuksiinkaan ei kulunut paljon rahaa, summaa Karri Wichmann.

Apulaislääkäriyhdistys ajamaan erikoistuvien asioita

Ervo Vesterinen erikoistui HYKS:n Naistenklinikalla 70-luvun alkupuolella ja oli perustamassa Apulaislääkäriyhdistystä (ALY) 1974. Sääntöjen mukaan ”Yhdistyksen tarkoituksena on yhdistyksen jäsenten ammattitaidon ja tiedon lisääminen, alalla tapahtuvan kehityksen seuraaminen sekä sen saattaminen jäsenkuntansa tietoon.”

– Yhdistys tuli tarpeeseen, olimme huolissamme lyhyiden viransijaisuuksien riittäväydestä erikoislääkärin tai-



Ervo Vesterinen oli perustamassa Apulaislääkäriyhdistystä HYKS:aan.

tojen oppimiseen ja toisaalta myös teoreettisten tietojen hallitsemisesta, kertoo Ervo.

Ervo itse aloitti erikoistumisensa Kotkan keskussairaalassa. Kahdessa vuodessa tyyppileikkaukset tulivat tutuiksi. Yliopistosairaalaan pääsyä piti jo siihen aikaan odotella, mutta kollega Matti Mandelinin vinkistä se kävi kuitenkin kivuttomasti. Apulaislääkäreitä oli vähän toistakymmentä, Karri Wichmann toimi silloin opettajana. Päivystyksetkin olivat muuttuneet vain viikonlopun mittaisiksi.

– ALY:ssa ajettiin koulutukseen ja edunvalvontaan, muun muassa lääkäreiden ja kättilöiden väliseen työnjakoon liittyviä asioita. Silloin ei ollut vielä nykyisenlaisia klinikkamiitinkettä, oli vain professoriluennot. ALY alkoi järjestää iltaisin luentotilaisuuksia, ensimmäisenä toimintavuonna aiheita olivat amenorrea, infertiliteetti, opera-

tiiviset synnytykset ja gynekologiset infektiot. Kutsussa kehoitettiin kaikkia ”tilaisuuksista mahdollisimman suuren hyödyn saamiseksi etukäteen lukemaan aiheeseen liittyvä kappale Brodysta tai Dewhurstista”, muistelee Ervo.

– ALY:n suurimmat aikaansaannokset liittyivät kuitenkin yhteishengen luomiseen. Päivystyksillä oli toki suuri rooli tässäkin, aina autettiin ja opetettiin toista. Lisäksi päivystyksiin alkoi liittyä ruokakulttuurin vaaliminen, mikä tarkoitti yhteistä ruuan valmistusta ja nauttimista pitkien päivystysten hengenpitimiksi. Luentotilaisuuksien jälkeen oli aina vapaata seurustelua, yleensä sopivassa ravitsemusliikkeessä ja usein jatkoilla jonkun kollegan kotona. Enemmistö meistä apulaislääkäreistä oli miehiä, ja rouvat eivät aina hyvällä katsooneet kaikkia ALY:n rientoja, paljastaa Ervo lopuksi.

Ajat muuttuvat

Nina Mattsson on 33-vuotias tämän päivän erikoistuja KYS:stä. Nina on opiskellut Oulussa, ja Pentti Jouppilan innostava karisma sai kiinnostumaan gynestä. Hän aloitti erikoistumisensa Oulaskankaalla ja sittemmin Kanta-Hämeen keskussairaalassa Hämeenlinnassa. Yliopistosairaalapalvelu on loppusuoralla, tenttikin jo takana päin.

– Kuopioon päädyin sattumalta. Olin kuullut tyytyväisiä kommentteja KYS:n erikoistuvilta: mukava ilmapääri ja sopivasti töitä. Kliiniseen opetukseen olen ollut erittäin tyytyväinen. Olen päässyt tekemään paljon, ja teoreettinen opetuskin on kunnos-



Nina Mattsson edustaa nykypäivän erikoistujaa.

Erikoislääkärikoulutuksen historiaa

■ Teksti MERJA METSÄ-HEIKKILÄ,
kuva Hannu Halilän arkisto

Vaikka sairaita on hoidettu kautta historian, ala oli pitkään välskäreiden, partureiden ja puoskareiden hallitsema, ja hoitokeinot sen mukaisia. Nykyisin lääketieteen mahdollisuudet auttaa potilasta ovatkin historian näkökulmasta lähes mittaamattomat. Erikoisalojakin on kymmenittäin. Pyysin Lääkäriliiton koulutusjohtaja Hannu Halilaa kertomaan, miten meistä on oikein tullut gynekologeja.

— **E**nsimmäisinä erikoislääkäreinä voidaan Suomessa pitää tärkeimpien erikoisalojen yliopisto-opettajiksi nimitettyjä lääkäreitä, jotka alansa professoreina ja opettajina olivat vastuussa alan kehittämisestä ja koulutuksesta, kertoo Hannu Halila, gynekologi itsekkin.

– Akateemisen aseman ja erikoisalan viranhoidon antaman pätevyyden rinnalle kehittyi lääkärin käytäntö itse ilmoittaa, mitä erikoisalaa erityisesti harrasti. Suomen Lääkäriliiton yleises-

sä kokouksessa vuonna 1917 päätettiin, että jos liiton jäsen haluaa ilmoittaa olevansa tietyn alan erikoislääkäri, on hänen riittävän perusteellisten opintojen avulla hankittava itselleen teoreettiset ja käytännölliset valmiudet alalla. Lisäksi erikoisalan saa ilmoittaa vain sellaisella alalla, joka on tieteellisesti hyvin rajattavissa ja joka liittyy tiettyyn yhtenäiseen kokonaisuuteen, Halila jatkaa.

Naistentaudeista ja synnytyksistä erikoisala

Seuraava askel oli erikoisalojen ja niihin vaadittavan koulutuksen määrittelemineen. Helsingin Lääkäriyhdistys perusti kokouksissaan 1920–1921 spesialiteettineuvottelukunnan, joka päättyi kymmeneen erikoisalaan, mukana oli myös naistentautilien ja synnytysten spesialiteetti. Koulutusvaatimuksiin kuului tuolloin kahden vuoden palvelu alalla. Paikalliset lääkäriyhdistykset järjestivät alueellisen koulutuksen Helsingin mallin mukaisesti, ja vuonna 1931 perustettiin valtakunnallinen spesialiteettineuvottelukunta, mutta lähinnä vain tyytymättömien valitusasteeksi.

– Lääkäriliitto hallinnoi erikoistumisjärjestelmää vuosina 1932–1960. Vuonna 1956 mukaan tulivat suppeat erikoisalat, joukossa myös naistentautilien sädehoito. Vastuu erikoislääkärikoulutuksesta siirtyi Lääkintöhallituk-

selle ja sen yhteydessä toimivalle spesialiteettineuvottelukunnalle vuonna 1960. Erikoislääkäritentti sisällytettiin vaatimuksiin vuonna 1962. Vuodesta 1986 erikoistuminen on ollut yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien hallinnoimaa toimintaa, kertoo Hannu Halila erikoistumisen vaiheita.

Suppeita spesialiteetteja perustettiin – ja lakkautettiin

Sittemmin omalle erikoisalallemme perustettiin muitakin suppeita erikoisaloja, kunnes vuoden 1999 erikoislääkäritutkintoasetuksen myötä ne kaikki lakkautettiin.

– Uudistuksen yhtenä taustatekijänä mainittiin EU:n vaatimukset. EU:n erikoislääkärikoulutusdirektiivi luettelee kylläkin 52 ns. eurooppalaista erikoisalaa, joiden kohdalla työvoiman siirtyminen maasta toiseen on periaatteessa automaattista. Kukin maa voi kuitenkin päättää täysin niistä erikoisaloista, jotka se itse katsoo tarvitsevänsä. Tässä suhteessa EU:ta käytettiin keppihevosenä suppeiden alojen lakkauttamisessa. EU-terminologia ei edes tunne käsitettä suppea erikoisala, ja useissa EU:n jäsenvaltioissa on edelleenkin suppeat erikoisalat olemassa. Ruotsissa tehtiin hiljattain päätös palata suppeiden erikoisalojen järjestelmään, huomauttaa Halila.

Osittain suppeat erikoisalat ovat sittemmin palanneet tiedekuntien lisä-

sa. Tiistaiamuisin on klinikan sisäinen koulutus, jossa pidämme vuorotellen esitelmää, erikoistuvat seniorin ohjauksessa. Lehtiä referoidaan yhdessä kerran viikossa ja perjantaiamuisin on erikoistuvien oma koulutus, jossa käydään läpi suppeiden erikoisalojen kysymyksiä, kuvaa Nina koulutustaan.

– Erikoislääkäriksi oppiminen on paljon muutakin kuin temppujen oppimista. Kouluttajalla on tärkeä rooli ajattelutavan ja asenteiden kasvattajana, muistuttaa Nina.

KYS:ssä onkin erityisesti panostettu tutor-toimintaan.

– Tutorillani Anna-Mari Heikkiselä on vahva palo kouluttamiseen. On hienoa, että löytyy ihmisiä, jotka paneutuvat koulutukseen ja nauttivat siitä, kiittää Nina.

Erikoistumisen jälkeen Ninan suunnitelmassa on palata sairaalatoihin Hämeenlinnaan. Perhe – puoliso ja kaksospoijat Konsta ja Aapo – ovat kulkeneet äidin mukana.

– Hämeenlinnassa aviomiehellä oli pitkiä työmatkoja. Se oli raskasta perheen kannalta, kun aina jompikumpi oli poissa. Kuopioon lähtiessä puolisolalle järjestyi virkavapaus opiskelua varten. Nyt pojat ovat osittain perhepäivähoidossa, mutta mies kyllä kantaa suuremman osan lasten hoidosta. Kyllä erikoistumiseni on vaatinut mieheltäkin uhrauksia, Nina antaa tunnustusta.

Maaailma on muuttunut puolessa vuosisadassa. Erikoislääkärikoulutukselle on luotu järjestelmä ja vastuuhenkilöt, useissa klinikoissa käytössä oleva lokikirja takaa, että opetusta myös annetaan. Koulutuksen tasoa arvioidaan, ja puutteet vaaditaan korjattaviksi.

Päivystys on viikon sijasta korkeintaan vuorokauden mittainen, raskeissa päivystyspisteissä tulevaisuudessa kenties vieläkin lyhyempi. Naisentauteihin ja synnytyksiin erikoistuva on nainen, ja jos hänellä on perhe, molempien puolisoiden on arvioitava ajankäyttöään perheen hyväksi. Moni asia on siis kohentunut, mutta se ei tarkoita, ettei uusia haasteita enää olisi. Yhteiskunnan resurssit terveydenhuoltoon eivät ole ainakaan lisääntymässä, mutta samaan aikaan potilaiden odotukset ja vaatimukset hoitoon suhteen kasvavat. Jokainen lääkärin joutuneen tulevaisuudessa kantamaan vastuunsa päätettäessä, ketä ja mitä hoidetaan ja miten. Ala naisistuu, ja vaikka naiset pärjäävät alallamme siinä missä miehetkin, yksipuolinen sukupuolijakauma ei ole millekään alalle eduksi. ■



Täydennyskoulutuksen lisäksi lääkärin on hyvä pitää huolta myös kunnostaan. Hannu Halila, Helsinki City Marathon, 4.26.24.

koulutusohjelmien muodossa. Nämä eivät kuitenkaan anna erikoislääkäripätevyyttä, eikä niillä ole mitään kansainvälistä vertailtavuutta.

– Paine suppeiden alojen palauttamiseen tietyssä määrin varmasti tulee edelleen kasvamaan ja yliopistojen lisäkoulutusjärjestelmä on yksi tapa

kanavoida näitä paineita, muistuttaa Hannu Halila.

Lääkärinä toimiminen vaatii jatkuvaa kouluttautumista

– Noin kymmenessä EU-maassa ja useimmissa USA:n osavaltioissa on tällä hetkellä käytössä ns. resertifika-

tiojärjestelmä. Eurooppalaisissa järjestelmissä lääkärin tulee osoittaa osallistuneensa tiettyyn määrään täydennyskoulutusta (yleensä 50 tuntia vuodessa) määrävälein, jotta toimilupa uusitaan esimerkiksi viiden vuoden välein. Nämä järjestelmät perustuvat melko mekaaniseen täydennyskoulutus pisteiden keräämiseen, toteaa Halila.

– Suomessa lääkärijärjestöt (Lääkäriliitto, Duodecim ja Finska Läkaresällskapet) ovat perustaneet Lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvoston täydennyskoulutuksen laatuksien luomiseksi. Tältä pohjalta perustettiin vuonna 2007 Lääkärien ammatillisen kehittämisen tuki ry, jonka piirissä arviointineuvoston työ jatkuu. Lääkärijärjestöt vastustavat resertifikaatiota, mutta katsovat, että täydennyskoulutus on lääkärin eettinen velvollisuus. Tulevaisuudessa meillä saattaa olla EU-lähtöisiä paineita täydennyskoulutuksen pakollisuuteen, mutta lääkärijärjestöt tekevät työtä tämän järjestelmän välttämiseksi tai toisaalta sen puolesta, että järjestelmä tapahtuu profession ehdoilla.

Yksi asia on kuitenkin kaikki vuosikymmenet ollut muuttumaton: lääkäri oppii oman erikoisalansa asiat parhaiten kliinisessä työssä, kokeneen erikoislääkärin ohjauksessa. Miten ja millaisissa olosuhteissa se on tapahtunut, onkin sitten muuttunut suuresti vuosien saatossa. ■



Erikoislääkäriksi 2

■ Teksti ja kuva RISTO ERKKOLA, professori, TYKS Naistenlinikka

Erikoistumista TYKS:n Nais

Elokuussa 1970 musta auto haki kurssitoverini Elise Hagmanin ja minut kodeistamme Turusta ja ajoi meidät Helsinkiin Lääkintöhallituksen kollegioon vannomaan lääkärintalammemme. Siitä alkoi ammatillinen ura, joka jatkuu vielä tovin aikaa. Kannattaa mainita, että Elise Hagman ja minä olemme kurssin ainoat gynekologeiksi erikoistuneet.



Kierto 70-luvulla: iso joukko lääkäreitä, potilaat asennossa ja lakanan kulmat viikattuina.

Minulle erikoisalan valinta oli helppo. Hoidettuani syksyllä 1968 gynen kandidurssin aikana ensimmäiset synnytykseni päätin, että tätä ilmeisesti haluaisin tehdä loppuelämäni. Nimenomaan synnytyssalissa oleskelu lienee ollut opiskelijoille kimmoke pohtia gynekologiaa erikoisalana. Toisaalta ala tarjoaa mahdollisuuksia sekä konservatiiviseen ajatteluun että operatiivisesti suuntautuneille kollegoille. Ala on erittäin monipuolinen ja siksi ainakin meillä Turussa oli jatkuvasti gynekologian apulaislääkärin virkoihin hakijoita. Vetovoima oli kohtuullisen hyvä, sillä ainakin Turussa kaikki erikoistumaan päässeet saivat mahdollisuuden avata gynekologisen vastaanoton, ja koska gynekologeista oli pulaa, vastaanotot olivat

varsin täynnä. Myös v. 1968 avattu uusi naistenlinikka oli vetovoimainen tekijä. Luonnollisesti kaikki alan haitat, kuten rankka päivystys, olivat kaikkien tiedossa.

Oppia kunnasta

Erikoistumaan tullessani curriculum oli hieman erilainen kuin nykyisin. Varsinaista vaatimusta perusterveydenhuollon koulutuksesta ei ollut, vaikka tosiasiaa monet meistä olivat valmistumisensa jälkeen toimineet kunnanlääkäreinä ja kansanterveyslain tultua voimaan 1972 terveyskeskuslääkäreinä.

Itse olin ollut kunnanlääkärinä Pihlputaalla, jossa olin ainoa lääkäri 8000 asukkaana viehättävässä, luonnonkauniissa kunnassa. Nykyisin samaa väestöä hoitaa viimeisen tietoni mukaan

ainakin 5 lääkärinä, mutta siellä ei esimerkiksi enää leikata kuten omana aikanani. Perusterveydenhuoltoa ajatellen osallistuin myös viikonvaihepäivystysrenkaaseen, joka hoiti Porin kaupungin avoterveydenhuollon päivystyksen. Joskus olikin ongelmia olla maanantaiaamulla naistenlinikalla aloittamassa varsinaisia klinikkatöitä. Kun katselee nykyistä keskustelua keikkalääkäreistä, voi vain todeta, että sitä oli 1970-luvulla laajalti.

Naistentautien ja synnytysten koulutus kesti silloin kuten nykyisinkin 6 vuotta. Yksi vuosi voitiin suorittaa jo ennen lisensiaattitutkintoa, joten varsinaiseksi koulutusajaksi jäi 5 vuotta. Silloin pidettiin kuitenkin tärkeänä vähintään puolen vuoden työskentelyä kirurgialla mutta sitäkin voitiin kompensoida muilla aloilla.

tenklinikalla 1970–1975

Gynekologi-kirurgina ja anesthesiologi-obstetrikkona

Ensimmäinen koulutukseni apulaislääkärinä naistenklinikalla alkoi jo kesällä 1970, jolloin jouduin amanuenssin töistä suoraan apulaislääkärin sijaiseksi. Suoritin 3 kuukauden ns. pitkän amanuenssuurin naistenklinikalla ja pääsin sijaiseksi klinikalle syyskuussa 1970. Pääsin suoraan operatiivalle opettelemaan leikkaustoimintaa kouluttajieni ohjauksessa. Tammikuussa 1971 toimin sekä kirurgian osastonlääkärinä että gynekologian vt. ylilääkärinä Kemijärven aluesairaалassa. Saavuvin sinne 1971 uudenvuodenpäivänä. Seuraavan päivän lehdessä oli ilmoitus, että gynekologi Risto Erkkola on saapunut töihin Kemijärven aluesairaalaan, jossa hän avaa myös yksityisvastaanottonsa. Tiedustelin tietenkin, kuinka minut voidaan esitellä gynekologina kun olen vasta aloittamassa erikoistumistani. Vastaus oli, että olen eniten gynekologi napapiirin pohjoispuolella. Siellä haluttiin ilmoittaa laajalta alueelta kertyvälle potilaskunnalle, että nyt voisi tulla käymään aluesairaalan poliklinikalla naistentautiasioissa. Yhdessä kirurgi vt. ylilääkäri Lenkkerin kanssa leikkasimme siellä sitten sekä kirurgisia että gynekologisia potilaita. Kirurgikollega oli varsin kiinnostunut silloisesta tiukasta gynekologian periaatteesta suorittaa huolellinen raakapintojen peritonisaatio varsinkin endometrioosileikkauksissa ja kiinniketilanteissa. Tästä on nykyisin merkittävästi luovuttu. Sen jälkeen olin toisenkin kuukauden kirurgikoulutuksessa ja keväällä 1971 3 kuukautta apulaislääkärinä TYKSin anestesiaosastolla. Sain professorilta luvan tulla synnytys saliin anestesia-lääkäriksi toukokuussa 1971, ja annoin silloin ensimmäiset synnyttäjäepiduraalipuudut-

tukset. Tähän minut oli kouluttanut legendarinen anestesiaylilääkäri Jaakko Korkeila, jonka potilaista suurin osa kaupungin kirurgisessa sairaalassa hoidettiin epiduraalipuudutuksen kanssa. Silloin puudutus ei ollut segmentaalinen vaan varsin totaalinen. Kätilöt, joiden kanssa olin jo ollut yhteistyössä edellisenä syksynä, tulivat onnettomina kertomaan, että vaikka kohdunsuu on täysin auki, äiti on erittäin tyytyväinen eikä ole minkäänlaista ponnistamisen tuntua, vaikka pää on jo näkyvissä. Jouduinkin puolelle näistä puuduttamistani potilaista tekemään sitten vielä pihdit, koska kätilöt olivat sitä mieltä, että minun täytyy hoitaa asia loppuun saakka, kun kerran olen puudutuksenkin antanut.

Silloisen pakollisen sisätautikoulutuksen suoritin koko gynekologisen koulutuksen jälkeen Lounais-Hämeen aluesairaалassa. Kuitenkin siellä tapahtui niin että sisätautikollega, jonka olisi kuulunut suorittaa kirurgista koulutusta ja oli saanut määräyksen gynekologian yksikköön, vaihtoi mielellään kanssani toimenkuvaa ja siirtyi käytännössä sisätautiyksikköön, kun taas minä toimin gynekologian osastolla Robert Juvakosken alaisena 3 kuukautta. Nykyisinhän tilanne on se, että nämä ns. reumat vaaditaan etukäteen, ennen kuin ainakaan yliopistollisen sairaalan koulutukseen pääsee mukaan. Meidän erikoistumisaikanamme monet suorittelivat vielä näitä ns. reunoja jo varsinaisen gynekologisen koulutuksen jälkeen, mikä ei ollut tietenkään toivottavaa eikä tarkoituksenmukaista erikoistuvankaan kannalta.

1970-luvulla oli todella mahdollista päästä suoraan erikoistumaan yliopistolliseen sairaalaan. Sen ulkopuolista gynekologista koulutusta suoritettiin oikeastaan vain kuukauden Salon aluesairaалassa ylilääkäri Ulla Vatajan

alaisena. Asiaan ehkä vaikutti myös se, että olin jo silloin aloittanut tutkimustyön, josta esimieheni professori Lauri Rauramo oli varsin kiinnostunut. Tutkimustyön avulla oli kohtuullisen helppoa päästä erikoistumaan suoraan yliopistoklinikkaan. Aloitin ns. vakinaisessa apulaislääkärin virassa 1.9.1971, ja erikoistumisaikanani olin ajoittain apulaisopettajan ja kerran jopa apulaisyli-lääkärin viransijaisena.

Erikoistumiskoulutuksen rakenne

1970-luvulla oli useita tapoja hoitaa erikoistumista. Osa kollegoista erikoistui neljä vuotta yliopistosairaalan ulkopuolella aluesairaaloissa kuten Raumalla tai Salossa ja keskussairaaloissa kuten Satakunnan tai Päijät-Hämeen keskussairaалassa. Erikoistumisen saattoi suorittaa siellä lähes kokonaan, mutta lopuksi vaadittiin minimissään yhden vuoden palvelu yliopistosairaалassa. Toinen tapa erikoistua oli se, että hakeuduttiin suoraan yliopistosairaalaan, yleensä tutkimusmeriiteillä. Tämä tarkoitti sitä, että naistentaudeille oli helppo päästä erikoistumaan, koska oli nämä kaksi tietä. Jos ei päässyt suoraan yliopistosairaalaan, saattoi aloittaa erikoistumisen jossakin muussa naistentautiyksikössä ja odotella siellä pääsyä yliopistosairaalaan.

Koulutus oli suunniteltu siten, että kierto eri sektoreiden välillä ainakin yliopistosairaалassa oli mahdollista ja itse asiassa pakollista. Omia preferenssejä sai kuitenkin toivoa ja itse olin suurimman osan koulutusajastani äitiyshuollon ja synnytysten sektorilla. Onkologian puolellakin olin kuitenkin 3 kuukautta. Endokrinologian koulutus oli aika niukkaa. Eräs koulutuksen työpiste oli Heideken, jon-

ne apulaislääkärit menivät vuorolleen joiksikin viikoiksi.

Pääkouluttaja oli tietenkin professori Lauri Rauramo, jonka koulutus tapahtui pääasiassa hänen EML-leikkauksiaan assisteeratessa. Apulaisprofessori Martti Pulkkinen, joka oli juuri saapunut St Louisista pari vuotta aikaisemmin, antoi koulutusta obstetriikassa ja endokrinologiassa. Hallinnollinen apulaisylilääkäri Asko Kivikoski antoi koulutusta obstetriikassa ja yleisgynekologiassa. Onkologian kouluttajana toimi nykyisin emeritusprofessori Matti Grönroos ja toisena kouluttajana toinen emeritusprofessori Reijo Punnonen. Silloista varsin vaatimatonta ultraäänikoulutusta antoi Olli Piironen. Operatiivan kouluttajina toimivat Sepo Ruponen, Asko Kivikoski ja Reijo Punnonen. Endokrinologian koulutusta antoi myös Kimmo Manninen, jolla oli erityispotilasryhmänä transseksuaalipotilaita. Yleisesti ottaen välit kouluttajiin olivat hyvät ja heiltä sai sekä konsultaatio- että käytännön apua tarvittaessa kiittävästi. Myös vanhimmat apulaislääkärit toimivat kouluttajina varsinkin sen jälkeen, kun olivat erikoistuneet ja jatkoivat yleensä klinikassa erikoislääkäreiden viransijaisina. Turun klinikan ulkopuolelta saapuvia kouluttajia olivat dosentti Olli Ylinen Kätilöopistolta, jonka pihtikurssit olivat erittäin opettavaisia. Myös dosentti Leo Laakso saapui antamaan opetusta Australiaan suuntautuneen tutkijavuotensa jälkeen. Hän siirtyi myöhemmin ylilääkäriksi Vaasan keskussairaalaan.

Tutkimustyö erikoistuvien keskuudessa oli harvinaista

Oli siis mahdollista päästä suoraan yliopistoklinikkaan tutkimustyön avulla. Vesa Nikkanen ja Raili Pelttonen väittelivät teoreettisilla laitoksilla ja saivat suoraan klinikapaikan. Erikoistuvat lääkärit eivät juurikaan tehneet tutkimustyötä, sillä erikoistuminen oli hyvin täysipainoista ja aikaa vaativaa. Yleensä väitöskirjojen valmistaminen aloitettiin sen jälkeen, kun erikoistuminen oli suoritettu, ja siten tilanne muistuttaa aika lailla nykyistä.

Ehkä kaikkein suurin ero silloisen ja nykyisen koulutuksen ja tiedonhankinnan välillä on se, että internet on tuonut tiedon lääkärin kansliaan ja työpöydälle.

Itse aloitin tutkimustyöhön osallistumisen jo viimeisellä kandidaattikurssilla, jolloin sain aiheekseni tutkia beetasalpaajien ja klonidiinin vaikutusta vaihdevuosisoireisiin; ohjaajinani olivat professori Esko Iisalo farmakologialta ja Reijo Punnonen omalta klinikalta. Olin todella hämmästynyt, kun sain kuuma-aaltopäiväkirjoja, joissa jollakin potilaalla oli yli 100 kuumaa aaltoa vuorokaudessa. Itse en asiasta ymmärtänyt silloin paljoakaan. Kuitenkin pidin tästä ensimmäisen tieteellisen esitelmäni kesäkuussa 1970 NFOG-kongressissa, joka satuttiin pitämään Turussa. Väitöskirjatyön suunnittelu alkoi sen jälkeen tiiviisti. Naistenklinikalla oli silloin onneksi ns. yliopiston apulaislääkärin toimi, jonka haltija antoi kandidaattopetusta, mutta joka myös tarjosi tilaisuuden tutkimustyöhön ilman kliinisiä velvollisuuksia. Tässä toimessa olin tavan takaa. Silloin tutkimustyö vaati viikonvaihteet ja lomat ja omassa tapauksessani myös öitä, koska tutkin synnyttäjiä. Koska kätilöt eivät suostuneet antamaan verinäytteitä verikaasuanalysaattorin kalibraatiota varten, jouduin ottamaan näytteen aina itseltäni, ennen kuin pääsin tutkimaan potilasnäytteitä. Kun sain erikoistumispaperit valmiiksi elokuussa 1975, pidin suurelta osin vain vastaanottoa ja päivät kirjoitin väitöskirjaa. Sainkin väiteltä kesäkuussa 1976.

Käytännön työ erikoistumisaikana

Työ oli luonnollisesti samanlaista kuin nykyisinkin. Kuitenkin ns. professorin kierto oli siinä mielessä ikimuistoista,

että koko lääkärikunta osallistui siihen ja professori kiersi joka torstai jonkun osastoista, jolloin osaston apulaislääkäri esitteli hänelle kaikki potilaat ja niistä hieman keskusteltiin. Kierto kesti yleensä tunnin, osa lääkäreistä käytti aikansa kierron aikana konsultaatioihin keskenään ja muuhun keskusteluun, koska potilaasta ei välttämättä kierron aikana aina päässyt kuulemaan riittäviä tietoja. Klinikallamme yritettiin ajoittain pystyttää aamuraporttijärjestelmä, yleensä kuitenkin tuloksetta. Muuten meetingtoiminta oli kyllä säännöllistä ja luonnollisesti järjestetty professori Rauramon aika-aulun mukaan.

Päivystys oli periaatteessa samanlaista kuin nykyisinkin. Siinä oli kuitenkin yksi lisäpiirre: apulaislääkäri joutui päivystämään myös Heidekeniä, joka oli Turun synnytysairaala. Siellä oli niihin aikoihin 1500 synnytystä. Siellä tietenkin tapahtui ajoittain jotakin, ja apulaislääkäri joutui tavalla tai toisella siirtymään parin kilometrin matkan sinne ja hoitamaan ongelman. Sillä hetkellä yliopistollisella naistenklinikalla ei ollut siis varsinaista päivystäjää lainkaan paikalla. Mitään merkittäviä vahinkoja en kuitenkaan muista sattuneen tästäkään järjestelystä, vaikka kyllähän synnytysalin kätilöitä ja apulaislääkäreitä pelotti.

Erikoistumisaikana oli helppo pitää vastaanottoa. Gynäkologien saatavuus oli sen verran niukkaa, että erikoistumaan päässetkin saattoivat heti avata gynäkologisen vastaanoton. Toimin samaan aikaan myös Porin avoterveydenhuoltopäivystyksen lääkärinä päivystäjänä renkaassa, jonka olimme jo

1969 pystyttäneet. Samoin aloitimme Turussa viikonvaihdepäivätyksen yksityisellä lääkäriasemalla, jonne kaupungin terveydenhuollon puhelinpalvelu välitti potilaita.

Erikoistumisen jälkeen oli töissä valinnanavaraa

Niillä kollegoilla, jotka tulivat suorittamaan vain vuoden yliopistosairaala-palvelun, oli yleensä jo valmis sairaalapaikka odottamassa aikaisemmassa koulutuspaikassaan. Osa meistä sijoitui yliopistosairaalaan aluksi sijaisuusiin tai kuten minä, apulaisopettajaksi. Osa siirtyi suoraan yksityissektorille suurella menestyksellä. Sairaalapaikkoja oli hyvin saatavana, mikäli halusi lähteä Turun ulkopuolelle keskussairaaloihin tai aluesairaaloihin.

Erikoistumisen riennot

Professori Rauramo ohjasi joukkojaan varsin tarmokkaasti ja edellytti osallistumista koulutustilaisuuksiin, mutta myös yhteisiin iltatilaisuuksiin. Hän tutki erikoistuvien kelpoisuutta tunnettulla ranneliikkeellä, jolla piti kiskaista raaka Bokma-ryyppy (geneveria) juuri oikein niskaa taivuttaen kerralla kurkkuun. Mikäli ensimmäinen kerta ei professoria tyydyttänyt, uusittiin toiminta niin monta kertaa, että professori katsoi harjoituksen riittävän siltä kerralta. Hän edellytti myös osallistumista kaupungin ulkopuolisiin koulutustilaisuuksiin, SGY:n kokouksiin ja kansainvälisiin konferensseihin, joihin hän keräsi aina joukon lähtemään mukanaan. Silloin erikoistuvat olivat valtaosin miehiä, mutta naiskollegoitakin oli erikoistumassa sen verran, että iltatilaisuuksissa pystyttiin tanssimaan. Professori Tuula Salmi kutsuttiin kerran Helsingissä professori Rauramon pöytään, jossa oli useita kymmeniä kättilöitä. Kun Rauramo pyysi hänet pöytään, kättilöt ihmettelivät, että eikö tässä ole jo tarpeeksi naisia, täytyykö tänne lisääkin pyytää. Rauramo ilmoitti kättilöille, että Tuula Salmi ei ole nainen, hän on alaiseni. Kerran Rauramo jopa järjesti yksityisen

lentokoneen kuljettamaan kollegoita Ruotsiin johonkin kongressiin. Koordinaattorit olivat kuitenkin hieman epäselvät, ja kone laskeutui muistaakseeni Linköpingiin, vaikka kohde oli josakin muualla, huomattavasti pohjoisemmassa Ruotsissa.

Erittäin miellyttävä traditio oli Maarianhaminan kesäkokous, jonne ylilääkäri Olle Wallén kutsui naistenklinikkan vierailulle. Osa purjehti, osa ajoi laivalla. Siellä kuunneltiin aluksi esitelmää, sen jälkeen ylilääkärin luona oli cocktail-party ja sitten syötiin Nautical-klubilla. Näihin tilaisuuksiin osallistuminen oli varsin pakollista. Osittain tämä johtui myös siitä, että Rauramo määräsi joka kesä jonkun erikoistuvan lääkärin lähtemään sijaiseksi Maarianhaminaan sikäläisten kollegoiden kesälomittajaksi. Tämä oli meille erittäin hyvää koulutusta ruotsinkielen suhteen ja toisaalta toiminnan vähäisyyden vuoksi oli kuin kesälomaa olisi vietetty. Nykyisinhän tämä ei ole ollenkaan mahdollista. Vaikka joskus ympäristöalueen ylilääkärit tai Maarianhaminan ylilääkärit ovat pyytäneet hankkimaan sijaisia lomien ajaksi, ei naistenklinikkan ylilääkärin mandaattiin enää kuulu se, että hän voisi määrätä jonkun lähtemään sinne. Tämä tietenkin johtuu siitä, että meilläkin kaikki erikoistuvat ovat naisia, jotka ovat perheineen asettuneet erikoistumisajaksi Turkuun.

Ennen oli ennen ja nyt on nyt

Merkittävä ero työskentelyssä nykypäivään verrattuna oli, että 1970-luvulla apulaislääkärit joutuivat työskentelemään varsin itsenäisesti eikä neuvontaa tai perehdytystä ollut aina riittävästi saatavissa. Leikkausnopeudessa kilpailimme keskenämme: kuinka nopeasti tehdään abdominaali hysterektomia tai sektio. Meillä Turussa kohdun supravaginaalinen amputaatio oli professori Rauramon suosiossa. Laparoskopiaa pidettiin vaarallisena ja aluksi vain Seppo Ruponen sai suorittaa niitä, koska huhut kertoivat ilmastoinnin johtaneen sydänpysähdyksiin. Vasta 1970-luvun puolivälin jälkeen toimintaa vapautettiin.

Nykyisin toiminta on monipuolistunut, uusia tekniikoita on kehitetty, ja perusteellinen laite- ja tekniikkakoulutus ovat kaikilla alan sektoreilla erittäin tärkeitä. Koulutusta aloittaessani meillä oli kaksi KTG-laitetta. Ensimmäinen ultraäänilaitte hankittiin v. 1969: tämä Kretz-Teknikin laite antoi A- ja B-kuvaa. Vuonna 1973 saimme Pickerin harmaaskaalalaitteen ja 1970-luvun jälkipuoliskolla reaaliaikaultraäänilaitteet. Ultraäänitekniologian on sen jälkeen lisääntynyt voimakkaasti, eikä gynekologista vastaanottoa ilman ultraäänitutkimuksia voi oikeastaan enää ajatella. 1970-luvulla jouduttiin luottamaan paljon enemmän kliiniseen tutkimukseen. Infertiliteettiä hoidettiin toki gonadotropiineilla ja klomifeenilla, Sims-Huhner testiä tehtiin ja arborisaatiota servixlimasta tutkittiin, mutta koeputkihedelmöitykset alkoivat Suomessa vasta 1980-luvulla.

Ehkä kaikkein suurin ero silloisen ja nykyisen koulutuksen ja tiedonhankinnan välillä on se, että internet on tuonut tiedon lääkärin kansliaan ja työpöydälle. Kirjastossa käyminen oli 1970-luvulla välttämätöntä, koska lehdet tulivat vain sinne. Minulakin oli säännöllinen kirjastoilta, jolloin piti käydä läpi kaikki tulleet gynekologiset ja yleislehdet. Silloin myös kongresseihin osallistuminen oli tiedonhankinnan kannalta huomattavasti tärkeämpää kuin nykyisin. Osallistumisen joutui yleensä kustantamaan itse, sairaalalla ei ollut mitään koulutusbudjettia. Kuitit säästettiin kuitenkin verotukseen liitettäviksi. Verottaja hyväksyi apulaislääkärinkin kulut vähennettäviksi, mikäli lääkäri piti kongressissa esitelmän. Tämä stimuloi tutkimukseen ja abstraktien lähettämiseen. Diojen tekeminen oli hankalaa; yliopistolla oli piirtäjiä, joiden luokse piti mennä tulosten kanssa ja joiden kanssa neuvoteltiin kuvien layoutista ja valmistumisaikataulusta. Nyt jokainen tekee diat tai kalvot itse, ehkäpä jopa edellisyydenä. Korjailua voi suorittaa vielä ennen esitystä. Julkaisut kirjoitettiin useina versioina kirjoituskoneella. Ensimmäisen tietokoneeni, Commodoren, hankin 1980-luvulla. Se mullisti maailmani. ■

Mitä jäi mieleen SGY:n kevät

Koulutuspäivillä puhuttiin infektioista raskauden aikana, sikiöasfyksian diagnostiikasta ja synnytysrepeämistä. Jälkikäteen koulutusta muistellessa mieleen palautuvat paikoin kipakkakin keskustelu STANin hyödyistä, norjalaistuneiden Pirhosten erilainen esitys maansa synnytysrepeämätilanteesta tai Jussi Sutisen erinomainen ja innostunut esitys HIV:stä raskauden aikana. Käsittämättömän kauniiden sinivuokkojen lisäksi.

Koulutus keräsi neljänneksen jäsenistämme jälleen tiedon äärelle. Tämä osoittaa, että koulutukset koetaan tärkeiksi, ne ovat järjestömmme parasta antia jäsenistölleen. Päivitetyt tiedot lisäksi tapaamme toisiamme, vaihdamme kuulumiset ja kenties saamme uusia kontakteja.

Palkintoja ja apurahoja

Yhdistyksen kevätkokouksessa jaettiin useita palkintoja ja apurahoja. Merkit-

tävimmän väitöskirjan palkinnon sai **Annika Riska** Helsingistä. Hänen väitöskirjansa käsitteli munatorvisyövän epidemiologiaa.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat saivat Katja Ahinko-Hakamaa, Mervi Haapsamo, Maija Jakobson, Ester Jääskeläinen ja Päivi Rovio.

TAYS:ssa erikoislääkärinä toimivan **Päivi Rovion** väitöstyö koskee kohdun myomia. Työssä on selvitetty kahden eri D-vitamiinijohdannaisen vaikutuksia myooma- ja kohtulihassoluville, testattu uuden tyyppistä matemaattista kaavaa ultraäänellä tehtävässä myomakohdun painon arvioinnissa, selvitetty TAYS:ssä käytössä olevan vaginaalisen myomektomian tehokkuutta ja turvallisuutta sekä verrattu kohdun täyhystyksessä tehtävän limakalvon höyläyksen sekä tämän ja myooman höyläyksen kombinaation pitkäaikaistuloksia ja riskiä päätyä kohdun poistoon. Käytännön työt on jo tehty ja julkaisutkin hyvällä mallilla. Apurahan turvin Päivi kertoo viimeistelevänsä väitöskirjatyönsä ensi syksynä.

– Minusta on aina tuntunut siltä, että klinisen työn vastapainona olisi

mukava tutkia erilaisia asioita. Ollesani v. 2002 Keski-Suomen keskussairaалassa erikoistuvana lääkärinä aloin kysellä mahdollisesta tutkimusaiheesta silloisilta työkavereiltani. Kiva ja valveutunut erikoislääkäri Tuomo Kallio la kehotti tuolloin ottamaan yhteyttä Tampereen yliopiston professori Pentti Heinoseen, ja vielä samana päivänä soittelin hänelle. Tästä koko projekti vähitellen lähti liikkeelle, kertoo Päivi tutkimuksensa alkusysäyksestä. Tutkimusryhmä onkin sitten koostunut kahdesta henkilöstä, Päivistä ja ohjaajana toimineesta Pentti Heinosesta. Toki osatöissä on ollut laajempiakin kokoonpanoja.

Tutkimuksen tekemisen Päivi on kokenut antoisana ja mielenkiintoisena, vaikka aina päivätyön, tutkimuksen ja tutkijamiehen ja pian kolme vuotta täyttävien kolmosten muodostaman perheen yhdistäminen ei ole ollut helppoa.

– Onneksi oma aviomies on itse väitellyt, häneltä ei ole ymmärtämystä ja pitkää pinnaa puuttunut! Kaiken

Nanna Sarvilinna, uusi SGY-läinen ja Syklin toimittaja.



Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö sai Keskon pääjohtaja Matti Halmesmäen lahjoituksen (10 000 e) jaettavaksi Pirkka-stipendin.



Huikeat lounaspuitteet.



STAN-paneeli kieli keskellä suuta...

koulutuspäiviltä?

kaikkiaan tutkimisesta on jäänyt positiivinen kuva ja olen pystynyt paneutumaan asioihin, joista kliinisessäkin työssä on hyötyä. Oikeastaan väitöskirjan jälkeenhän se varsinainen tutkiminen kai vasta alkaakin, pohtii Päivi lopuksi.

SGY:lle uusi jäsen ja Syklille uusi toimittaja

Kevätkokouksessa hyväksyttiin yhdistykselle 21 uutta jäsentä, joista yksi on **Nanna Sarvilinna**. Hän on väitellyt v. 2005 alaanne sivuavasta aiheesta "Steroidihormonivasteen säätely normaaleissa ja rintasyöpäsoluissa". Nanna suorittaa tällä hetkellä reunoja Jorvissa kirurgialla ja jatkaa syksyllä naistentaukeilla. Hän on ilmoittanut kiinnostuksensa ryhtyä päivätyön ja pikukulapsiperheen (päivystävä puoliso ja 2- ja 4 -vuotiaat lapset) sallimissa rajoissa myös Syklin toimittajaksi. Hä-

nen ensimmäiset juttunsa löytyvät jo tästä lehdestä.

– Ensimmäisiltä päiviltä jäivät mieleeni seuran kunniakas 80-vuotinen historia ja korkeatasoinen ohjelma, jonka eteen oli selvästi nähty kovasti vaivaa. Erityisesti HIV- ja repeämäluennot ja -luennoitsijat olivat mieleenpainuvia, samoin Tapio Väyrysen videoesitys oli havainnollinen ja opettava. Yllättävää oli, että etukäteen ajatellin tuntevani vain kourallisen ihmisiä, mutta tuttuja kasvoja ja kollegoita oli runsain mitoin. Ja yhtä tärkeää kuin luentojen anti oli juuri tämä kollegoitte tapaaminen ja kuulumisten vaihto, vastaa Nanna uteluuni ensivaikutelmista SGY-päiviltä.

Tervetuloa siis joukkoomme! ■



Annika Riska (keskellä) sai Ulla-Maija Mäkilän muistorahaston vuoden 2007 merkittävimmän väitöskirjan palkinnon.



Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahojen jako. Päivi Rovio toinen vasemmalta.



Uudet jäsenet saavat jäsenkirjansa.



Iloisia ilmeitä iltajuhlassa.

Miesgynekologi – kato

■ Teksti ja kuvat NANNA SARVILINNA

Lääkärikunta naisistuu vuosi vuodelta, se näkyy myös SGY:n koulutuspäivillä. Lääkäriliiton tämän vuoden helmikuussa julkaisemasta taskutilastosta Lääkärit 2008 ilmenee, että yli 62-vuotiaista naislääkäreiden osuus on 31 %, kun alle 30-vuotiaissa heidän osuutensa on jo 72 %. Työikäisistä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreistä (n=632) miehiä on tällä hetkellä 190 kpl eli 30 %.



Martti Ämmälä

Kysymys kuuluukin, katoavatko maastamme vähitellen miespuoliset gynekologit kokonaan? Entä mitä mieltä tästä ovat miesgynekologit itse? Mitä terveisiä he lähettävät alalle aikoville uroille? Kysymme asiaa kolmelta koulutuspäiville osallistuneelta miesgynekologilta, ja pyysimme myös kertomaan, miksi he ovat aikoinaan päätyneet alalle.

Martti Ämmälä toimii tällä hetkellä ylilääkärinä HUS:n Hyvinkään sairaalassa. Sitä ennen hän hoiti apulaistrylilääkärin tehtäviä Jorvissa 10 vuoden ajan.

– Urani alkuaikoinahan suurin osa opiskelijoista, noin $\frac{3}{4}$, oli miehiä. En

pitänyt itseäni puhtaasti kirurgityyppinä ja hakeuduin parin vuoden terveyskeskustyön jälkeen vähän sattumalta sijaiseksi Jyväskylään naistentaudeille. Havaitsin ilmapiirin hyvin positiiviseksi ja kannustavaksi, sekä työn monipuoliseksi joten sille tielle sitten jäin.

Vastaanotolla kuulee joskus vanhempien rouvien sanovan, että oma gynekologi on luonnollisesti mies. Nuoremmat puolestaan kyselevät ajanvarauksesta pääsääntöisesti naispuolista kollegaa. Kuopiosta valmistui vuosituhatosen vaihteessa mieskollega, joka aikoi ensin gynekologiksi. Hän oli tehnyt väitöskirjansakin alalta, mutta vaihtoi sittemmin suu- ja leukakirurgiaan. Syyksi hän mainitsi sen, että potilaita ei privaattipuolella ollut

juuri lainkaan.

Se, onko gynekologina nainen vai mies, ei Martti Ämmälän mukaan ole ollut merkityksellistä hänen omalla vastaanotollaan.

– Itselläni käy vastaanotolla kaikenikäisiä potilaita. On varmaankin totta, että osalle potilaista sukupuoli on hyvin tärkeä heidän valitessaan lääkäriä, mutta ehkäpä potilaat hakevat myös ammattitaitoista osaajaa ja luottamuksellista potilas-lääkärisuhdetta.

Aki Kuukankorpi on puolestaan toiminut gynekologina Tampereen kaupungin keskusäitiysneuvolassa vuodesta 1990 ja apulaistrylilääkärinä vuodesta 1996.

– Olen tullut alalle hieman muita vanhempana, sillä olen erikoistunut

ava luonnonvara?



Aki Kuukankorpi



Marko Niemimaa

ensin yleislääketieteeseen. Olin Vammalan aluesairaalassa gynekologialla kesätöissä ja ala viehätti. Erikoistuinkin TAYS:ssä.

Haastateltavista nuorin, **Marko Niemimaa**, joka toimii Oulaskankaan sairaalassa ylilääkärinä. Hän valmistui Helsingistä 1986 ja vietti perheensä kanssa reilut kolme vuotta Tansaniassa Ilenbulassa Suomen Lähetysseuran palveluksessa.

– Sairaala oli vilkas synnytysairaala, ja synnytysosasto lankesi loppuvaiheessa hoidettavakseni. Potilailla oli paljon löydöksiä ja oikeita, vakaviakin tauteja, mikä oli erittäin opettavaista. Työpäivät olivat jännittäviä, eikä rutiinistumisesta ollut tietoakaan.

– Suomeen palattuani aloitin eri-

koistumisen naistentauteihin ja synnytyksiin, ja valmistuin erikoislääkäriksi Oulusta v. 2000, Marko kertoo.

Miten alalle saataisiin jatkossa miehiä? Kaikki kolme toivat esiin sen, että hyvässä työyhteisössä on sekä miehiä että naisia. Miesten katoaminen koettiin selvästi ongelmalliseksi: ensinnäkin jäljelle jääneet kokevat varmasti olonsa orvoiksi ja toisekseen pelkkiä naisia sisältävissä työyhteisöissä on haastateltujen mukaan enemmän erilaisia kommunikaatio-ongelmia. Ns. mieslappäkin olisi hyvä päästä heittämään aina silloin tällöin.

– Ala on hyvin antoisa, elämäntoimintainen ja monipuolinen. Päivystäminen vaatii hyvää fysiikkaa, Martti Ämmälä toteaa.

Aki Kuukankorpi puolestaan huomauttaa, että miespuolisella kollegalla on erinomaiset mahdollisuudet edetä urallaan.

Uuden jäsenen kunniakirjan vastaanotti Hämeenlinnassa 21 alalle erikoistuvaa. Hurjimmat aplodit sai ainoa miespuolinen eli Sami Oinoila, joka erikoistuu tällä hetkellä Vaasassa. Täten jakolaskulla saadaan arvio, että tulevaisuudessa miespuolisten gynekologien määrä romahtaa 30 %:sta jonkin viiden prosentin tasolle.

Marko Niemimaa heittääkin lopuksi ilmaan, että olisiko paikallaan laittaa pystyyn jonkinlainen värväysprojekti? Vai onko niin, ettei kehitykselle ole kerta kaikkiaan juurikaan mitään tehtävissä? ■

Koulutuspäivien satoa

Synnyttinelinten anomaliat

Miten hoidan – konservatiivinen vaihtoehto

■ Dosentti MERVI HALTTUNEN

Emättimen puuttuminen on harvinaista. Sen insidenssi on 1/4000–10000 naisista. Suomessa syntyy vuosittain 6–8 tyttöä ilman emättintä. Yleisimmin taustalla on synnynnäinen emättimen tai emättimen ja kohdun puuttuminen, müllerin tiehyiden aplasia, vagina-aplasia, joka tunnetaan Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser -oireyhtymänä. MRKH-naisilla on normaali munasarjojen toiminta johtuen näiden kudosten erillisestä sikiöaikaisesta kehityksestä.



Vagina-aplasia on toiseksi yleisin primaariamenorrean etiologinen taustatekijä. Tyypillisesti primaari amenorrea muutoin hyvin kehittyneellä ja murrosiän merkit omaavalla tytöllä johtaa selvityksiin. Tytöillä on hyvin kehittyneet rinnat, sekundaariset sukupuoliminaisuudet, karvoitus ja vulva. Karyotyyppi on 46XX. Selkeissä tapauksissa hormonimäärityksiä ei tarvita, mutta epätyypillisissä tilanteissa katsotaan viikoittain aivolisäkkeen ja munasarjojen tuottamien hormonien tasot. Ultraäänitutkimuksella, harvoin MRI:llä, kuvannetaan pikkulantion elimet. MRKH-oireyhtymään liittyy noin 30–40 %:lla virtsateiden ja noin 12 %:lla selkärangan anomaliaita, joten ensivaikkeen selvityksissä virtsateiden ultraäänitutkimus ja selkäranganröntgen ovat tarpeen.

Mekaaninen dilataatio ensisijainen hoitomuoto HYKS:n Naistenklinikalla

HYKS:n Naistenklinikalla näiden tyttöjen tutkiminen ja hoito on keskitetty yhdelle henkilölle. Klinikassamme dilataatiohoito on ensisijainen. Laparoskopia tulee harkittavaksi, mikäli tytöllä on syklisiä tai toistuvia vatsakipuja. Noin 2–7 %:lla tytöistä kohturudimentissa esiintyy endometriumiä, jolloin sen poisto on tarpeen.

Vagina-aplasiadiagnoosi on suuri järkytys tytölle ja hänen perheelleen. Psykologinen tuki ja neuvonta on kes-

keistä. Dilataatiohoitoon ryhdytään, kun tyttö on itse siihen valmis. Venytys aloitetaan pienellä laboratoriotutkimuksella, ja tyttö opastetaan tekemään se itse: venytystiheydeksi neuvotaan 2–3 kertaa viikossa 30 min kerrallaan. Kontrollikäynnit ovat aluksi 3 kk:n välein, tarvittaessa useammin. Dilataatioputkea (muovinen sentrifuugiputki) suurennetaan asteittain, kunnes emätin on saatu 8–10 cm:n mittaiseksi, jolloin yhdynnät yleensä onnistuvat hyvin. Kaikkia tyttöjä askarruttaa oma lisääntyminen ja perheen perustaminen. Biologinen lisääntyminen olisi mahdollista, mutta tällä hetkellä Suomessa laki kieltää sijaissynnytykseen tähtäävän hoidon.

Vagina-aplasian muita syitä

Erotusdiagnostisesti vagina-aplasiaepäilyssä tulee muistaa AIS (androgen-insensitivity-syndrome), matala poikittainen emättimen väliseinä (vaginaseptum) ja läpäisemätön immenkalvo (hymen imperforatus). Androgeenireseptorin puuttumisesta tai sen poikkeavasta toiminnasta johtuen näillä tytöillä ei ole häpy- tai kainalokarvoitusta. Murrosiän kehitys ja mm. rintojen kehitys ovat normaaleja, sillä perifeerisesti androgeenit konvertoituvat estrogeeniksi. Sisäsynnyttimet puuttuvat, ja emätin on hyvin lyhyt, tyypillisesti <5 cm. Vatsaontelossa sijaitsevat gonadit muistuttavat histologisesti kiveksiä, ja niiden poistoa voidaan suunnitella murrosiän kehityksen tapahduttua. Diagnostiikkaan pääsee helposti määrittämällä seerumin testosteronitaso, joka vastaa miehistä tasoa. AIS-tytöillä karyotyyppi on 46XY. Emättimen dilataatiohoito onnistuu helposti hyvin motivoituneella tytöllä, mutta oma biologinen lisääntyminen on mahdotonta.

Emättimen poikittainen väliseinä samoin kuin perforoitumaton hymen estävät kuukautisvuodon ulospääsyn, jolloin tyyppioireena on syklinen vatsakipu. Näillä tytöillä sisäsynnyttimet ovat normaalit. Ultraäänitutkimuksella (perineaalisesti, rektaalisesti) tai palpoinnalla voidaan nämä elimet tunnistaa. Operatiivinen hoito on tällaisessa tilassa ensisijainen. Yleensä dilataatioita ei tarvita leikkauksen jälkeen, yhdynnät onnistuvat ja lisääntyminen on mahdollista. ■

Leikkaus myöhemmin

Vagina-aplasia ja obstruktiiviset genitaalisanomaliat

■ PENTTI K. HEINONEN, professori, TaY/TAYS

Synnytykselinten kehityshäiriöistä osa havaitaan kuukautisten alkamisaikoihin. Kohdun ja vaginan puuttuminen löytyvät selvittäessä syytä kuukautisten alkamattomuuteen. Synnytyskanavan osittainen tai täydellinen tukos oireilee syklisenä alavatsakipuna. Obstruktiiviset kehityshäiriöt vaativat välittömän kirurgisen hoidon, ja niiden tunteminen on tärkeää, jotta säästävien hoitotoimien nuoren potilaan hedelmällisyys voidaan säilyttää mahdollisimman hyvin.

Vagina-aplasian leikkaushoito

Kirurginen hoito on tarpeen, mikäli leikkaukseton venytyshoito ei onnistu tai tuota tyydyttävää tulosta. Leikkauksella muodostetaan yhdyntään mahdollistava vagina. Virtsarakon ja peräsuolen välinen tila avataan emätinpoukamasta vatsakalvoon asti. Tila täytetään proteesilla, joka on päällystetty ihosiirteellä, sikiökalvolla tai tekoaineella. Eniten on käytetty pakarasta otettua vapaata ihosiirrettä, joka kiinnittyy ja epitelisoituu limakalvoksi. Vagina voidaan tehdä myös vatsakalvosta tai käyttää suolisiirrettä. Vatsakalvo suljetaan laparoskopiossa tai alakautta, mikäli vagina muodostetaan peritoneumista.

Vecchiattin menetelmä perustuu kudoksen venymiseen. Virtsarakon ja peräsuolen välistä tilaa ei tarvitse avata. Emätinpoukamaan asetettuun kuulaan yhdistetään langat, jotka tuodaan laparoskopiossa vatsanpeitteiden päällä olevaan telineeseen. Jousimekanismilla kuulaan saadaan tasainen veto. Viikossa venyy 6–8 cm:n vagina.



Obstruktiiviset genitaalisanomaliat

Synnytyskanavan täydellinen tukos aiheuttaa kuukautisten puuttumisen ja sykliset vatsakivut. Osittainen tukos saattaa ilmetä kipuna, dyspareuniana tai toistuvina tulehduksina. Kirurginen hoito on tarpeellinen lähes aina.

Aukoton immenkalvo (hymen imperforatus) avataan tähtimäisellä viillolla varoen Bartholinin rauhasen tiehyttä. Vaginan kuivausta harsotaitoksella tai imulla tulee välttää. Näillä potilailla ei ole muita synnytyskanavan anomaliaita.

Vaginan poikittainen väliseinä on useimmiten vaginan yläkolmanneksessa. Septum voi olla paksu, jopa osa vaginasta voi puuttua. Väliseinä avataan ja tehdään plastia, jottei leikkauskohta kuroudu myöhemmin tiimalasimaisesti. Kohtu on normaali.

Vaginan pitkittäinen obstruktiivinen väliseinä jää usein huomaamatta, koska potilaalla on normaalit kuukautiset. Väliseinässä olevan fistelin kautta hemivagina voi ajoittain tulehtua. Väliseinä halkaistaan koko pituudeltaan. Useimmiten potilaalla on kaksoiskohtu tai täydellinen kohdun väliseinä. Tukospuolen munuainen puuttuu aina.

Kohdunkaulan osittainen tai täydellinen puuttuminen on harvinainen kehityshäiriö. Siihen liittyy usein vaginan yläosan puutos. Nykyisin on käytetty menetelmää, jossa laparoskopiossa kohtuonteloon viedään sondi ja alakautta avataan kirurgisesti yhteys vaginaan. Vaikeimmissa tapauksissa kohdunpoisto on lopullinen vaihtoehto. ■

Infektioista raskauden aikana

Raskaus ja virushepatiitit

■ JUKKA LUMIO, dosentti, infektiolääkäri, TAYS

Ihmisellä on 5 aakkosin nimettyä hepatiittivirusta. Hepatiitti A-virus (HAV) ja HEV tarttuvat ihmisulosteiden saastuttamasta vedestä ja ruoasta. Niihin ei liity riskiä kroonisesta infektiosta. Veren ja seksin välityksellä tarttuvat HBV, HCV ja HDV. Ne aiheuttavat kroonisia infektiota, maksakirroosia ja syöpäriskin (hepatooma, B-solulymfooma). Suomessa todetaan vuosittain 20 HAV-, 30 HBV-, 1100 HCV-, 1 HDV ja 5 HEV-infektiota. HCV:n luku ei tarkoita uusia infektiota, vaan lähinnä seulonnoissa löytyviä kroonisia infektiota.

Diagnostiikka ja hoito haasteellista

Virushepatiittien diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvät laboratoriotutkimukset ovat monimutkaisia tulkita (Taulukko 1). Etenkin HBV-tutkimusten tuloksia tulkitaan usein väärin. HBsAg merkitsee tartuttavaa potilasta, kun taas anti-HBs kertoo, ettei poti-



laalla ole virusta. HCV:n kohdalla vasta-aineet eivät luotettavasti kerro, onko potilas tartuttava. Siihen tarvitaan viruksen genomin (HCV-RNA:n) läsnäolo veressä.

Akuutteihin virushepatiitteihin ei ole tepsivää lääkettä. Krooninen aktiivinen HBV-infektio vaatii jaksittaisen elinikäisen hoidon interferonilla tai nukleosidin estäjillä. Kroonisista C-hepatiiteista 60–80 % paranee interferoni+ribaviiriini -hoidolla. Ribaviiriini on vasta-aiheinen raskauden aikana.

HEV-infektio vaarallinen raskauden aikana

Yleensä akuutti virushepatiitti vaikuttaa vähän raskauden kuluun. Poikkeus on HEV-infektio, joka tuntemattomasta syystä tappaa jopa 20 % raskaana olevista (vs. < 1 % muista). HEV-infektio on yleensä saatu tropiikin matkoilta. Kroonisella virushepatiitilla ei ole taipumusta pahentua raskauden aikana.

Akuutti HBV- ja HCV-infektio ja näiden virusten kantajuus raskauden aikana voivat johtaa sikiön infektiin. Kantajaäidin syntyvällä lapsella on n. 10–20 % riski saada B-hepatiitti ja noin 2–8 % riski saada C-hepatiitti. Sikiön ja syntyvän lapsen HCV-riskiä ei voida pienentää hoidolla. HBV-infektion riskin pienentämiseksi kantajaäidin syntyvälle lapselle on annettava jo synnytysyksikössä hepatiitti B hyperimmuunoglobuliinia (HBIG) ja on aloitettava rokotukset. Tämä vähentää lapsen infektioriskiä 80–90 %, mikä sopii siihen, että n. 5–15 % tartunnoista tapahtuu jo kohdussa. Ei tiedetä, vähentääkö vai lisääkö sektiio lapsen infektioriskiä. Synnytystavasta ei voi antaa suositusta. Amniosenteesi ei lisänne merkittävästi lapsen riskiä kummankaan viruksen tartunnasta. Imetysrajoituksia ei ole, kunhan syntynyt lapsi on saanut edellä kuvattun HBV-ehkäisyn. ■

HAV	Anti-HAV-IgM	Akuutin taudin diagnostiikka, todettavissa jo oireiden alussa
	Anti-HAV-IgG	Kertoo sairastetun taudin tai rokotuksen antamasta immuniteetista
HBV	HBsAg	Pinta-antigeeni, kertoo viruksen kantajuudesta
	Anti-HBs	Kertoo sairastetusta infektiosta tai rokotuksen antamasta suojasta On negatiivinen viruksen kantajilla
	Anti-HBc-IgM	Akuutin infektion merkki, on positiivinen yleensä jo oireiden alussa, ei synny rokotusvasteena
	HBeAg	Kertoo suuresta virusmäärästä veressä, liittyy aktiiviseen maksatulehdukseen
	Anti-HBe	Kertoo pienestä virusmäärästä veressä, inaktiivisesta infektiosta ja vähäisemmästä tartuttavuudesta
	HBV-DNA	Kertoo viruksen läsnäolosta veressä, virusmäärä voidaan mitata
HCV	Anti-HCV-IgM/G	IgM:n positiivisuus tai serokonversio IgG:ssä kertoo akuutista infektiosta, voi olla todettavissa vasta viikkoja akuutin taudin jälkeen
	HCV-RNA	Kertoo viruksen olosta veressä ja pitkittyessään kroonisesta infektiosta Virus voidaan tyypittää ja sen määrä voidaan mitata
HDV	Anti-HDV-IgM/G	IgM:n positiivisuus tai serokonversio IgG:ssä kertoo akuutista infektiosta, voi tulla positiiviseksi vasta viikkoja akuutin taudin jälkeen
HEV	Anti-HEV-IgM/G	IgM:n positiivisuus tai serokonversio IgG:ssä kertoo akuutista infektiosta, IgM-positiivinen yleensä jo oireiden alussa

HIV

■ JUSSI SUTINEN, LT, Infektioklinikka HYKS

Suomessa on todettu 30.03.2008 mennessä yhteensä 2288:lla henkilöllä HIV-tartunta, näistä 591 (26 %) on naisia.

Valtaosa HIV-infektioon liittyvistä oireista johtuu viruksen aiheuttamasta immuunipuutoksesta, jonka mittarina käytetään CD4 solujen määrää. Terveiden henkilöiden CD4 solumäärä on n. 0.450–1.400x10⁹/l. Solujen laskettua alle 0.200 kasvaa AIDS vaiheen opportunistitautien riski merkittävästi. HIV-potilaan kliininen oirekuva kuuluu aina arvioida suhteessa CD4 solujen määrään. AIDS vaiheen kriteeriteihin kuuluvat mm. tuberkuloosi, pneumocystis carinii -keuhkokuume ja naisilla kohdunkaulan syöpä.

Lääkehoidolla HIV-infektiosta tullut pitkäaikaissairaus

HIV-infektion ennuste mullistui v. 1996, jolloin saatiin käyttöön uusia HIV-lääkkeitä ja opittiin käyttämään lääkkeitä yhdistelminä. Nykyään lääkehoito pyritään aloittamaan CD4 solutason laskiessa luokkaan 0.300. Tehokkaan hoidon ansiosta veressä kiertävä virusmäärä saadaan alle

mittaustason, jolloin CD4 solujen määrä toipuu ja immuunipuutos korjaantuu. Tällä hetkellä on käytössä yli 20 HIV-infektioon tehoavaa lääkettä, jotka vaikuttavat joko viruksen käänteiskopioija-, proteaasi- tai integraasientsyymeihin tai estävät viruksen pääsyä solun sisään estämällä viruksen pinnan ja solukalvon yhteensulautumista tai antagonisoimalla ihmissolun pinnalla olevaa CCR5 molekyyliä, jota virus käyttää ko-reseptorina. Matemaattisiin malleihin perustuvien arvioiden mukaan HIV-infektion ennuste on nykyään useita kymmeniä vuosia.

HIV-lääkehoito vaatii jatkuvaa korkeaa hoitoon sitoutumista: lääkkeitä kuuluu ottaa > 90 % oikein, jotta lääkkeitä kehitettyjen viruskantojen kehittyminen estyy. Lääkekeisiin liittyy kohtalaisesti sivuvaikutuksia, joista osa voi olla henkeäuhkaavia kuten pankreatiitti tai maitohappoasidoosi. Lääkkeiden pitkäaikaissivuvaikutukset ovat vielä osin tuntemattomia, joillakin potilailla lääkkeet nosta-



vat veren lipidiarvoja sekä saattavat altistaa diabetekselle ja sydäninfarkteille. HIV-lääkkeisiin liittyy merkittäviä interaktioita erityisesti CYP450 3A4 entsyymien kautta. Tämä voi vaikuttaa esim. statiinien tai ehkäisytablettien pitoisuuksiin.

HIV-positiiviselle äidille lääkitys raskauden ajaksi

Parantuneen ennusteen myötä potilaiden elämä on normaalistunut ja mm. perheiden perustaminen ja lasten hankkiminen yleistyneet. Vauvan riski saada infektio HIV-positiiviselta äidiltä riippuu ensisijassa naisen veressä kiertävästä virusmäärästä. Länsimaissa raskaana olevaa HIV-positiivista naista hoidetaan yhdistelmähoidolla, johon pyritään sisällyttämään zidovudiini. Raskauden aikana välitettäviä HIV-lääkkeitä ovat efavirensi (teratogeenisuus) ja stavudiiniin ja didanosiniin yhdistelmä (maitohappoosiidoosin riski). Hoito pyritään aloittamaan raskauden keskikolmanneksen aikana. Elektiivistä keisarinleikkausta suositellaan HIV-infektion takia harkitsemaan vain, jos lopuraskaudessa naisen veressä kiertävä HIV-virusmäärä

on >1000 kopiota/ml. Synnytyksen aikana jatketaan suun kautta otettavia lääkkeitä normaalisti sekä annetaan zidovudiinia suonensisäisesti. Vastasynntyneelle aloitetaan profylaktinen HIV-lääkitys 4–6 viikon ajaksi. HIV-positiivisen naisen ei kuulu imettää, jos luotettavaa äidinmaitovastiketta on saatavilla. Tänä keväänä syntyy jo sadas vauva HYKS:n Infektioklinikan seurannassa käyville HIV-positiivisille naisille. Yksikään näistä lapsista ei ole toistaiseksi infektoitunut.

Testauksesta rutiinia kaikille potentiaalisesti altistuneille

Kehittyneestä HIV-hoidosta ja parantuneesta ennusteesta hyötyvät vain ne potilaat, joiden infektio todetaan ajoissa. Suomessakin n. 20–30 % potilaista diagnosoidaan vasta AIDS-vaiheessa, ja yksittäisiä potilaita menehtyy vuosittain liian myöhäisen diagnoosin takia. Koska HIV-infektio on vuosia oireeton tauti, kuuluu HIV-testiä tarjota aktiivisesti myös pelkän altistumismahdollisuuden perusteella. Varhainen diagnoosi hyödyttää sekä itse potilasta että epidemiologista tilannetta. ■

Hepatiitti- ja HIV-positiivisen äidin lapsen hoito

■ Dos. MARJO RENKO, OYS

Kroonista virusinfektiota sairastavan äidin synnyttäessä lapsen infektoitumisvaara on aina otettava huomioon. Hoitamattomassa HIV-infektiossa lapsen sairastumisriski on ilman varotoimenpiteitä 25–30 %. Jos äidin virusmäärä saadaan mittaamattoman matalaksi ennen synnytystä ja synnytys hoidetaan mahdollisimman verettömästi, äiti saa iv-tsidovudiinia synnytyksen aikana eikä imetä ja lapsi saa synnytyksen jälkeisen lääkityksen, lapsen riski infektoitua on alle 1 %. Näillä toimenpiteillä on siis suuri merkitys.

Syntyvän lapsen suojaaminen äidin HIV-infektiolta onnistuu

Tutkimukset lapsen suojalääkityksestä on tehty pelkällä tsidovudiinilla (1–5 vk) ja tsidovudiiniin ja lamivudiiniin yhdistelmällä (yleensä 1 vk). Yhteenvetona voidaan sanoa, että pitkä lääkitys on osoitettu lyhyttä paremmaksi ja kaksoislääkitys yhtä lääkettä tehokkaammaksi. Vaikka lamivudiiniin indusoima resistenssi pitkässä hoidossa on tavallista, olemme päätyneet OYS:ssä hoitamaan lapset tsidovudiiniin ja lamivudiiniin yhdistelmällä 4 vk ajan. Myös pelkkää tsidovudiinia käytetään. Verenkuvan ja maksa-arvojen kontrollointi hoidon aikana yhdessä hoitovasteen kanssa on aiheellista, alkuun viikottain ja sitten harventaen. Kaksi positiivista HIV-NH -näytettä lapsella osoittaa lapsen infektoituneen. Äidiltä saadut IgG-luokan HIV-vasta-aineet ovat lapsella positiiviset 12–18 kk ikään. Suomessa suojatoimenpiteiden jälkeen yksikään HIV-positiivisen äidin lapsi ei ole toistaiseksi infektoitunut. Suurin riski onkin niissä synnytyksissä, joissa synnyttäjän diagnoosi ei ole tiedossa.

Immunoglobuliini ja varhainen rokottaminen vähentävät vastasyntyneen B-hepatiittitartuntariskiä



B-hepatiitti-infektiossa tartuntariski ja oireiden ilmaantuvuus ovat vahvasti sidoksissa potilaan ikään. Jos synnyttäjä on HBeAg-positiivinen, on syntyvän lapsen tartuntariski ilman suojatoimenpiteitä 70–90 %. Perinataalivaiheessa tartunnan saaneista lapsista myös lähes kaikki kehittävät kroonisen kantajuuden. Jos lapsi saa HB-immunoglobuliinia ja ensimmäisen HBV-rokotuksen mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen, lapsen tartuntariski laskee noin 5 %:iin. Nykykäsityksen mukaan B-hepatiittia kantava äiti saa imettää. Rokotussarjan jälkeen lapsesta tutkitaan HBsAg ja HBsAb sen varmistamiseksi, että tartuntaa ei ole tapahtunut ja että rokotteelle on tullut vaste.

C-hepatiitti tarttuu huonosti

C-hepatiitissa toimivaa rokotetta tai immunoglobuliinia ei ole. Onneksi tartuntariski äidistä lapseen on ilman suojatoimenpiteitä vain noin 5 %. C-hepatiitin yhteydessä imetyksen turvallisuudesta keskusteltiin vuosia. Yhtään varmistettua imetyksen välityksellä tapahtunutta infektiota ei ole kuvattu, ja tämän hetkisen käsityksen mukaan oireeton C-hepatiittia kantava äiti saa imettää. Suomessa on yksittäisiä lapsia, jotka ovat saaneet B- tai C-hepatiitin äidiltään, vaikka kantajuus on ollut tiedossa ja suojatoimenpiteistä on huolehdittu. ■

Vanhat klassikot – kuppa ja tippuri

■ PEKKA SUOMALAINEN, LL, ESKS

Kupan varhaisvaihe jaetaan varsin helposti eroteltaviin primaarikuppaan (3–4 viikkoa tartunnasta) ja sekundaarikuppaan (1,5–2 kuukautta tartunnasta). Huomatavasti epäselvempi on latentti kuppa (1–2(–4) vuotta tartunnasta). 1/3 hoitamattomista potilaista saa vuosien saatossa myöhäiskupan.



Kuppa tarttuu sikiöön herkimmin loppuraskaudessa

Kupan leviämistä istukan kautta voi tapahtua jo aivan raskauden alussa, tehokkainta se lienee 3. trimesterissä. Odottavan äidin kupan vaihe vaikuttaa tarttuvuuteen: 100 % primaarissa tai sekundaarissa vaiheessa, 40 % varhaisessa latentissa ja 10 % myöhäisessä latentissa. Tartunnan saaneista hoitamattomista sikiöistä ja syntyvistä lapsista 1/3 kuolee intrauteriinisesti, 1/3 on oireisia ja lopuille tulee oireita 2 vuoden kuluessa. Odottavan äidin penisilliinihoidolla kongenitaalikuppa on hävinnyt maastamme miltei kokonaan. Näin asianmukaisen penisilliinihoidon järjestäminen onkin aivan ratkaisevaa raskaana olevan kupan hoidossa. Se on paras keino ehkäistä kongenitaalikuppa. Lastenlääkärin tulee kuitenkin aina arvioida vastasyntyneen penisilliinihoidon tarve ja järjestää lapsen seuranta.

Trpa-va -testi neuvolaseulonnassa vuodesta 2004

Kupan laboratoriodiagnostiikka perustuu edelleen miltei kokonaan serologiaan. Kupan seulonnassa ja taudin aktiivisuuden mittaauksessa on klassisesti käytetty sensitiivisiä, mutta epäherkkää Kardioliipinitestiä (S-Kard-ab) ja diagnoosin varmennuksessa spesifistä Treponema pallidum hemagglutinaatio-testiä (S-TPHA)

Kupan serodiagnostiikka ennen (ja paljolti vieläkin)		
S-Kard-ab	S-TPHA	Kuppa vai ei?
–	–	EI
+	–	EI
+	+	KYLLÄ (Kard-ab titteri korreloi kupan aktiivisuuteen)
–	+	KYLLÄ a) hyvin hoidettu kuppa? b) hyvin vanha hoitamaton kuppa? c) hyvin tuore kuppa?

Oulun Kansanterveyslaitoksen Neuvolaseulontalaboratorio (NESE) otti v. 2004 kupan seulontaan uuden herkän ja spesifin Trpa-va -testin. Se jää kuppapotilaalle lopuksi ikää positiiviseksi eikä sovellu kupan aktiivisuuden mittaamiseen. Tarkoituksena oli ”uuden seulontatutkimuksen myötä saada entistä tarkempi kuva kupan prevalenssista synnyttäjäväestössämme”. Uusittu kuppaseulonta löy-

tää nyt vuosittain useita tapauksia, jotka ovat Trpa-va+ ja Kard-ab–. Tällainen löydöshän voi sopia myös vanhaan, hoidettuun kuppaan. Trpa-va -testi tulee jatkossa yleisemmän kupan seulontatestiksi. Trpa-va testin tulkinta vaatii jonkin verran perehtymistä asiaan. Epävarman kannattaa konsultoida infektio lääkäriä tai venerologia.

Kupan serodiagnostiikka tulevaisuudessa

S-Trpa-va	S-Kard-ab	S-TPHA	Kuppa vai ei ?
–	–	–	EI
–	+	–	EI
+	+	+	KYLLÄ (Kard-ab titteri korreloi kupan aktiivisuuteen)
+	–	+	KYLLÄ a)hyvin hoidettu kuppa? b)hyvin vanha hoitamaton kuppa? c)hyvin tuore kuppa?

Penisilliini kupan ensisijainen hoito

Raskaana oleva nainen hoidetaan parenteraalisella penisilliinillä niin kuin ilman raskautta. Penisilliiniä tarvitaan jatkuvasti ”treponemisidaalinen” konsentraatio (0.03 I.U/ ml eli 0.016 mug/ml) riittävän kauan aikaa. Primaarissa ja sekundaarissa kupassa hoitoa annetaan 10 vrk ajan, latentissa ja myöhäiskupassa pitempään.

Penisilliinin hoitosuosituksot vaihtelevat paljon. Suomessa ja muualla Euroopassa suositetaan i.m prokaiinipenisilliiniä (1.5 milj. IU 4.5 ml volyymissä). Primaari- ja sekundaarikupassa 1,2 milj. IU x1 i.m 10 (–14) vrk:n ajan ja latentissa 1,2 milj IU x1 i.m 17(–21) vrk ajan. On edelleen hiukan auki, voitaisiinko näin hoitaa meilläkin Trp-va+ ja Kard-ab– odottava äiti. Neurosyfilis ja muut hyvin pitkälle menneet kuppamuodot hoidetaan G-penisilliinillä (4 milj IU i.v x6/vrk x14 vrk ajan).

USA:ssa ja monissa muissa maissa prokaiinipenisilliinin sijasta käytetään kerran viikossa annettavaa bentsatiinipenisilliiniä (Suomessa Pendysin inj 1.2 MU 5 ml volyymissä) 2.4 milj IUx1 i.m kerta-annoksena tai viikoittain kaksi–kolme kertaa. On hyvä kysymys, voitaisiinko Suomessa siirtyä tähän hoitomuotoon Trpa-va+ ja Kard-ab– potilailla, joilla todennäköisesti kuppa on varsin inaktiivi. Penisilliiniallergiassa käytetään keftiaksonia (1g i.m). Atsitromysiiniä (500 mg p.o./i.v./vrk) ei pidä käyttää raskaana olevilla kuin aivan erikoistapauksissa, jos silloinkaan.

Neurokupan diagnoosi voi olla vaikea. Lievät tautimuodot varmasti paranevat prokaiinipenisilliinilläkin. Likvori-tutkimus tulee tehdä harkiten jos 1) potilaalla on neurologiset oireet, 2) silmän kuppa (esim. uveitti), 3) HIV infektio ja ehkä jos 4) potilaalla hyvin korkea Kardioliipin-titteri (> 1:32 tai > 1:64).

Jarix-Herxheimer -reaktio voi aiheuttaa supistuksia kuumeen ohella, joten ainakin primaari- ja sekundaarikupassa raskaana olevaa tulee seurata huolella hoidon ensi vuorokausi.

Hoidon seuranta suoritetaan Kardioliipin-testillä (3, 6 ja 12 kk). Primaarikupassa ja usein myös sekundaarikupassa titteri pienenee puolessa vuodessa neljäsosaan (kaksi laimennosta) ja vuoden aikana kahdeksasosaan (neljä laimennosta). Hyvin suurista Kardioliipin-tittereistä voi jäädä elinikäinen matala titteri ja jotkut matalat Kardioliipin-titerit eivät mene koskaan negatiivisiksi.

Tippurin diagnostiikka ja hoito

Tippurin diagnostiikassa voidaan käyttää CtGcNhO- (Chlamydia trachomatis ja Neisseria gonorrhoeae) ensivirtsa-PCR -testiä. Oireisilta pitäisi ottaa myös Gc-viljely, koska resistentit kannat lisääntyvät. Tippurin hoidossa gravi-

doilla käytetään keftriaksonia 250mg i.m x1 (sepsiksessä isommalla annoksella pitempään).

Muista täyttää tartuntatauti-ilmoitus A!

Kuppa on yleisvaarallinen ja tippuri ilmoitettava tartuntatauti. Molemmista on täytettävä lääkärin tartuntatauti-ilmoitus A. Tartuntatautilain 22 § mukaan hoitava lääkäri on ensisijaisesti vastuussa yleisvaaralliseen tai ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastuneen potilaan ja mahdollisesti muiden tartunnan saaneiden saattamisesta tutkimukseen ja hoitoon. Jos hän ei voi itse tätä tehdä, hänen tulee siirtää tehtävä terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiiriin tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. ■

Herpesvirusinfektiot raskauden aikana

■ MIKA NUUTILA LKT, HYKS Naistenklinikka

Ihmisen herpesviruksia on yhteensä 8: Herpes Simplex-virus 1 (HSV-1, HHV-1), HSV-2 (HHV-2), vesirokkovirus (Varizella Zoster-virus, VZV, HHV-3), Epstein-Barr-virus (EBV, HHV-4), sytomegalovirus (CMV, HHV-5), roseolavirus (HHV-6), vauvarokkovirus (HHV-7) sekä rhadinovirustyyppi HHV8.

HSV-1 ja HSV-2 ovat rakenteeltaan samanlaisia, mutta eroavat toisistaan ekologialtaan ja antigeenisesti. Suomalaisista HSV-vasta-ainepositiivisia on ainakin 50 %. Yhä usemmalla HSV-ensi-infektio on HSV-2. HSV-1 tarttuu kosketus- ja hengitysteitse, HSV-2 sukupuoliteitse. Genitaalierpestapauksista naisilla noin 15 % ja miehillä noin 9 % on HSV-1:n aiheuttamia. HSV-2-primaari-infektion kuva naisilla on kivulias, kuumeinen vulvovaginiitti. Primaari-infektion kesto on ad 3 viikkoa, virusta erittyä 10–20 päivää. Reinfection kesto on 7–10 päivää ja virusta erittyä 3–4 päivää. HSV-2 uusiutuu 80 %:lla potilaista 2–20 kertaa vuodessa ensimmäisten 5 vuoden aikana. Suomalaisista noin 20 % on HSV-2-vasta-ainepositiivisia.

Vastasyntyneen herpesinfektio on vakava mutta harvinainen sairaus

Vastasyntyneen varmistetun herpesinfektion yleisyys on Suomessa noin 1:15000 synnytystä. Tartunta tapahtuu synnytyskanavasta. Tartunta veriteitse on hyvin harvinaista. Vastasyntyneen riski saada tauti äidin primaari-infektion yhteydessä arvioidaan melko suureksi, 30–60 %. Reinfection lapsen riski on vähäinen, 2–8 %. Herpes neonatorum on vastasyntyneelle vakava tauti, disseminoituneen HSV-yleisinfektion mortaliteetti ilman hoitoa on yli 80 %.

Herpeksen estohoito mahdollinen raskaudenkin aikana

HSV-infektion laboratoriodiagnostiikka perustuu primaari-infektiossa virusviljelyyn rakkulasta ("pikaviljely") sekä vasta-ainemäärityksiin mieluiten pariseeruminäytteistä. Asikloviirihoito lyhentää oireiston kestoa ja vähentää viruseriäytystä. Kun synnytyksen yhteydessä todetaan HSV-infektio, hoitona on aina synnytystavasta riippumatta i.v. asikloviiri (5 mg/kg 8 tunnin välein). Jos synnytyksen käynnistyessä diagnostisoidaan primaari HSV-infektio, synnytystapana on

keisarileikkaus. Jos todetaan residui-infektio synnytyskanavassa, aloitetaan i.v. asikloviiri ja jos synnytys ei heti käynnisty, voidaan suuntautua primaaristi alatietyntyykseen. Jos lapsivedenmenosta on yli 4 tuntia, sektios-ta ei katsota enää olevan hyötyä. Estohoito raskaana olevalle naiselle aloitetaan anamneesiin perusteella H 36 asikloviiri 400 mg x2 p.o. ja sitä jatketaan synnytykseen asti.



Vesirokko, mononukleoosi

Vesirokko on aikuisilla harvinainen, vain 1–2 % on seronegatiivisia ja niistäkin, jotka eivät tiedä sairastaneensa vesirokkoa, alle 10 % on seronegatiivisia. Raskauden aikana vesirokkovirus leviää sikiöön veriteitse 25 %:ssa aiheuttaen kliinisiä vaurioita 12 %:lla. Intrauteriininen tartunta 1. trimesterissä voi johtaa keskenmenoon tai äärimmäisessä tapauksessa synnynnäiseen vesirokko-oireyhtymään. Vammautumisriskin katsotaan olevan n. 0.5 % alle 12 raskausviikolla ja 2–3 % raskausviikoilla 13–24. Tämän jälkeen ei ole enää anomaliariskiä, mutta kylläkin ennenaikaisen synnytyksen vaara. Peripartaalinen vesirokkoinfektio (5 päivää ennen synnytystä, sen aikana, tai 2 päivää synnytyksen jälkeen) aiheuttaa vastasyntyneelle 40–60 % vesirokkoriskin, johon liittyy ad 25 % mortaliteetti. Vesirokon laboratoriodiagnostiikka perustuu vasta-ainemäärityksiin pariseeruminäytteistä. Seronegatiiviselle, vesirokkokontaktissa olleelle äidille aloitetaan 7 vrk:n asikloviirihoito (800 mg x5) 7. päivänä kontaktista. Vastasyntyneelle annetaan VZ-immunoglobuliinia. Imetystä ei suositella rakkulavaiheessa.

EBV on mononukleosin aiheuttaja, nuorten aikuisten tauti. Raskauden aikainen transplasmaarinen tauti on erittäin harvinainen. Mahdollisesta teratogeenisuudesta on vain tapauselostuksia. Latentin, persistentin EBV-infektion ei ole raportoitu aiheuttaneen haittaa sikiölle. ■

Sytomegalovirus-, toksoplasma- ja vihurirokkoinfektiot raskausaikana

■ LEEA KESKI-NISULA, erl, dos., KYS

Sytomegalovirus on yleisin synnynnäisen virustulehduksen aiheuttaja. Sytomegalovirusvasta-aineita merkkinä aiemmasta infektiosta esiintyy n. 60 %:lla naisista raskausaikana. Primaarin sytomegaloinfektion yleisyys näillä seronegatiivisilla naisilla on noin 1,6–2 % ja suurimmalla osalla infektio on oireeton. Primaari-infektio siirtyy sikiöön n. 30–40 % tapauksista. Sikiö voi sairastua myös äidin aiemman infektion aktivoituessa, mutta tällöin sikiön riski saada vaikeita komplikaatioita on pienempi. Vastasyntyneen synnynnäisen infektion yleisyys vaihtelee 0,15 ja 2 % välillä ja 10–20 %:lle jää pysyviä oireita. Yleisimmät oireet ovat vaikeat keskushermosto-oireet, älyllinen kehitysvammaisuus ja sensorineuraalinen kuurous ja sokeus. Osalla oireet tulevat vasta vuosien kuluttua.

Keskushermoston poikkeavuudet, IUGR tai hydrops voivat merkitä sytomegaloinfektiota

Kohdunsisäisen sytomegaloinfektion mahdollisuus pitäisi muistaa, kun sikiöllä havaitaan ultraäänitutkimuksessa poikkeavuuksia keskushermostossa, hidastunut kohdunsisäinen kasvu tai hydrops. Äidin infektio diagnosoidaan serologisilla testeillä ja kohdunsisäinen infektio eristämällä virusta lapsivedestä. Toistaiseksi raskaudenaikaisen infektion hoitoon ei ole ollut yleisiä suosituksia, mutta sytomegalospesifillä hyperimmunoglobuliini-, valasikloviiri- ja gansikloviirihoidoilla on saatu hyviä tuloksia tausselostuksissa ja pienissä tutkimuksissa. Satunnaistetut laajemmat tutkimukset aiheesta puuttuvat. Lisäksi sytomegalovirusrokote voi tulevaisuudessa parantaa kohdunsisäisen infektion ennustetta ja vähentää vaikeita kohdunsisäisiä infektiota.

Toksoplasmainfektio harvinainen mutta sikiölle vaarallinen

Toxoplasma gondii on parasiitti, jonka aiheuttamat infektiot ovat melko tavallisia muualla Euroopassa, mutta harvinaisia Pohjoismaissa. Vain primaari-infektiolla on merkitystä raskauden kannalta. Koska raskaudenaikainen tok-

soplasmainfektio on yleensä oireeton, se jää usein toteamatta. Suurin osa suomalaisista raskaana olevista naisista (80 %) on seronegatiivisia ja heillä on riski sairastua primaari-infektioon.

Primaari-infektion yleisyys raskausaikana on 2,4–4,2/1000 raskautta ja sikiö infektoituu 30–40 %:ssa. Synnynnäinen toksoplasmoosi voi aiheuttaa sikiölle kallonsisäisiä kalkkeutumia, hepatosplenomegaliaa ja sekä eriaisteisia kehityshäiriöitä. Tavallisin ongelma on silmänpohjainfektio, joka voi ilmetä vasta kymmenien vuosien kuluttua. Suomessa arvioidaan vuosittain n. 130 naisen sairastuvan raskausaikana primaariin toksoplasmoosiin, ja heille syntyy n. 50–60 sairasta vastasyntyntä. Toksoplasmainfektion diagnoosi on serologinen, ja kohdunsisäinen infektio todetaan eristämällä virusta lapsivedestä. Raskaudenaikainen toksoplasmoosi hoidetaan spiramysiini C:n tai pyrimetamiinin ja sulfonamidin yhdistelmällä. Hoito vähentää sikiön infektoitumisvaaraa 50 %.

Rokote lähes hävittänyt suomalaisten vihurirokon

Vuodesta 1982 lähtien MPR-rokotusta on tarjottu Suomessa kaikille lapsille, mikä on vähentänyt tehokkaasti vihurirokon esiintymistä maassamme. 1990-luvun puolivälin jälkeen ”kotoperäisiä” tartuntoja ei ole enää esiintynyt, vaan lähes kaikki vihurirokkotartunnat on saatu maista, joissa kyseistä rokotusta ei ole käytössä. Vihurirokkoa on todettu tämän vuosituhannen puolella Suomessa vain neljällä ihmisellä. Äidin vihurirokkoinfektio on erityisen vaarallinen sikiölle: jos äiti sairastaa vihurirokon alkuraskaudessa, 80 %:lla sikiöistä todetaan kehityshäiriöitä. Valtioiden välisten rajojen avautuminen ja lisääntyneet pakolaisvirrat tuovat Suomeen raskaana olevia naisia, joilta puuttuu rokotus vihurirokkoa vastaan. Heillä tartunta on mahdollinen, yleensä Suomen rajojen ulkopuolella. Vihurirokko diagnosoidaan serologisesti, eikä tunnettua hoitoa ole kohdunsisäisesti jo infektoituneille sikiöille. ■



Parvorokko raskauden aikana

■ ANNA ALANEN, TYKS, Naistenklinikka

Parvovirus aiheuttaa useimmiten hyvin lieväoireisen tai oireettoman infektion. Parvoa esiintyy eniten keväisin, ja suuria epidemioita noin 3–5 vuoden välein. Parvovirus alkaa tartuttaa noin viikon kuluttua altistumisesta. Tällöin oireita ei yleensä vielä ole. Kun oireet puhkeavat, rokko ei enää tartuta. Koska suuri osa sairastuneista on oireettomia, altistumista esim. lastentarhoissa tai päiväkodeissa on vaikea ennaltaehkäistä. Hy-

vä käsihygieniä vähentää tarttumisriskiä.

Useimmiten raskaana olevan infektio on saatu kotona omilta lapsilta. Näistä syistä ei raskaana olevan työntekijän laittamisesta sairaalomalte epidemian ajaksi katsota olevan hyötyä.



Vasta-ainetestaus paljastaa infektoituneen

Mikäli raskaana oleva nainen altistuu parvorolle, on syytä tehdä parvovirusvasta-ainemääritys. Varsinais-Suomessa 58 % synnyttäjistä on seropositiivisia. Seronegatiivisilta, työssä mahdollisesti altistuvilta vasta-aineet voi määrittää 2–3 viikon välein, kunnes epidemia on ohi. Mikäli parvorokko todetaan esim. serokonversiolla, sikiötä suositellaan seurattavaksi ultraäänitutkimuksin viikon välein, kunnes 10–12 viikkoa on kulunut äidin infektiosta. Yleisin aika mahdollisten sikiö-ongelmien ilmaantumiseen on 4–6 viikkoa.

Infektion seurauksena anemia, hydrops ja pahimmillaan sikiön kuolema

Parvoviruksen reseptori on P-antigeeni, jota on erityisesti punasolujen esiasteissa, erythroblasteissa, mutta myös megakaryosyyteissä, sydänlihassoluissa ja synoviassa, josta syystä niveloireet ovat aikuisilla melko tavallisia. Raskauden aikaisen infektion transmissio istukan läpi on 30–50 % raskauden kestästä riippumatta. Sikiölle parvotulehdus saattaa aiheuttaa vaikean anemian. Sikiön ennuste riippuu raskauden kestästä: alle 20 viikolla sikiökuoleman riski on lähes 10 %, mutta 20 viikon jälkeen enää vain 1 %. Tämä johtuu paitsi suuremmasta verivolyyymistä, myös erytropoieesin siirtymisestä maksasta luuytimeen ja punasolujen puoliintumisajan pitenemisestä. Vaikea anemia aiheuttaa sikiölle hydropsin. Pelkkä anemia ei yleensä aiheuta hydropsia, jos Hb yli 50 g/l, mutta parvotulehduksen saanut sikiö saattaa tulla hydrooppiseksi jo 50–70 g/l Hb-arvoilla. Tämän arvellaan johtuvan virusmyokardiitista. Suuri osa hydrooppisista sikiöistä on jo menehtynyt, kun tila todetaan.

Verensiirto parantaa ennustetta

Elossa olevien sikiöiden ennuste paranee intrauteriinisella verensiirrolla. Tällöin on varottava ylitäyttöä. Jos infektio on jo paranemassa eli retikulosyytit ovat korkeat tai normaalit, tai sikiöllä on sydämen toiminnanvajausta, hypervolemia voi olla jopa kohtalokas. Yleensä yksi verensiirto on riittävä. Noin puolet hydrooppisista sikiöistä on myös trombositopenisiä. Käsitykset samanaikaisen trombositosiirron eduista sikiöille, joiden trombositot ovat $< 50 \times 10^9/l$, vaihtelevat. Kordosenteesin jälkeen vuotamaan jäänyt napasuoni on harvinainen komplikaatio, vaikka sikiö olisi trombositopeninen. Sikiö saattaa menehtyä parvotulehdukseen myös ilman hydropsia, joten selittämättömissä sikiön kohdunsisäisissä kuolemissa parvo-PCR kannattaa tutkia lapsivedestä tai sikiön maksasta.

Luotettava noninvasiivinen keino todeta kohtalainen tai vaikea anemia on keskimmäisen aivovaltimon (MCA) systolisen huippuvirtausnopeuden mittaaminen. Mikäli sikiö on aneeminen, huippuvirtausnopeus kasvaa vähentyneen viskositeetin ja lisääntyneen cardiac outputin takia. Mittaus on tehtävä suonensuuntaisesti, sillä yli 15° kulma antaa vääriä, liian matalia arvoja.

Infektion sairastaneista kasvaa yleensä terveitä lapsia

Parvoviruksen ei katsota olevan teratogeeninen. Parvotulehduksen kohdussa sairastaneet, myös hydrooppiset sikiöt, syntyvät yleensä terveinä. Joitakin raportteja yksittäisistä rakennepoikkeavuuksista on julkaistu. Myös vaikeasti aneemisten verensiirtoja saaneiden sikiöiden myöhempi neurologinen kehitys on normaalia. Rokote parvovirusta vastaan on kehitetty ja kokeiluvaiheessa. ■

Sikiöasfyksia synnytyksen aikana

Sikiön verenkierron säätely asfyksiassa

■ KAARIN MÄKIKALLIO, dosentti, OYS

Sikiön hapenpuutteen kuvaamiseen käytetään useita termejä: Hypoksemia – veren matala happiosapaine; hypoksia – kudosten huono hapetus; asfyksia – pH:n laskuun johtava kudosten hapenpuute ja hiilidioksidin (CO_2) kertyminen; asidemia – veren matala pH; iskemia – heikentynyt perfuusio.

Mitä asfyksiassa tapahtuu?

Sikiön hapenpuutteessa verikaasujen vaihto istukan kautta häiriintyy; hapen saanti heikkenee ja hiilidioksidia kertyy verenkiertoon. Syntyvät vapaat vetyionit aiheuttavat pH:n laskiessa respiratorisen asidoosin, jonka astetta arvioidaan veren pH-, pO_2 - ja pCO_2 -pitoisuuksilla. Veren hemoglobiini, proteiinit sekä bikarbonaatti-ionit puskuroivat asidoosia sitomalla vapaita vetyioneja. Puskurointikapasi-

teetin ylittyessä syntyy metaboli- nen asidoosi, jonka arvioinnissa käytetään emäsylimäärää (base excess, BE).

Sikiön verenkierron heikentymistä hapen puutteen aikana on tutkittu eläinmalleissa, joissa hapen puute on aiheutettu eri mekanismein: sulkemalla kohtu- tai napavaltimo jaksottaisesti tai kokonaan, alentamalla äidin hengittämän ilman happipitoisuutta ja embolisoimalla istukkaa. Tutkimuksia tulkittaessa on mietittävä, muuttaako koejärjestely kliinisessä tilanteessa esiin tulevaa vastetta.



Sikiön verenkierto ohjautuu hapenpuutteessa sydämeen, aivoihin ja lisämunuaisiin

Sikiön verenkierron vastat hapenpuutteelle ja hapenpuutteen sietäminen riippuvat raskauden kestosta, raskautta komplisoivista äiti- ja sikiöperäisistä ongelmista, altistuksen luonteesta ja kestosta. Verenkierron redistribuutiosta kemoreseptoreiden aktivoitumisella, sympaattisella hermostolla ja neuroendokriinisillä säätelymekanismeilla on keskeinen osa. Näiden säätelyjärjestelmien aktivoituessa sikiö ohjaa verenkiertonsa keskeisiin elimiin, sydämeen, aivoihin ja lisämunuaisiin minimoiden periferiseen verenkiertoon suuntautuvan volyymivirtauksen. Erityisesti volyymivirtaus keuhkoista, vartalolta ja iholta ohjataan sentraalisesti. Verenkierron sentralisaatio tapahtuu nopeasti ja se säästää sikiön elimistössä tapahtuvaa metabolista sentralisaatiota: hapen jakelua, kulutusta ja solujen toimintaa. Näillä kompensatiomekanismeilla sikiö pyrkii turvaamaan hyvinvointinsa.

Hapenpuutteessa sikiö pyrkii turvaamaan sydämen vasemmalle puolelle ohjautuvan hapekkaan veren saannin optimoidakseen sydämen ja aivojen hapetuksen. Napa-

laskimon volyymivirtaus nousee. Hypoksemiassa ductus venosuksen laajentuminen lisää sen läpi kulkevaa volyymivirtausta pienentäen vastaavasti maksan läpi kulkevaa verivolyymia. Ductus venosuksesta hapekas veri ohjautuu foramen ovalen kautta vasempaan eteiseen. Foramen ovalen koko voi rajoittaa sydämen vasemmalle puolelle kulkeutuvan veren määrää volyymivirtauksen lisääntyessä. Hypoksemiassa sikiön pulssi laskee, mutta sikiö pysyy ylläpitämään sydämen minuuttivolyymin. Minuuttivolyymin säilyminen takaa sen, että aortan tyvestä lähtevät sepelvaltimot laajentuessaan maksimoivat sydämen hapensaannin.

Anatomisista ja fysiologisista seikoista johtuen sydämen endokardium on epikardiumia alttiimpi hapenpuutteelle. Keuhkovaltimopuusto sulkeutuu. Adrenergisessä myrkyssä aivoverisuonet eivät supistu perifeeristen suonten tavoin ja alhainen verenkierron vastus aivosuonissa optimoi aivokudoksen hapetusta. Asidemian kehittyessä sikiön sydämen minuuttivolyymi laskee ja lopulta kompensatiokynnyksen ylittyessä verenkierron sentralisaatio ei enää onnistu johtaen lopulta sikiön äkilliseen verenkierron kollapsiin. ■

KTG:n tulkinta ja käyttö

■ Dosentti JUKKA UOTILA TAYS NaSy

K T G on varsin herkkä havaitsemaan hapenpuutteen johtuvan sikiön ahdingon. Sen sijaan väärä hälytyksiä on runsaasti, minkä vuoksi tarvitaan harjaantumista KTG:n tulkintaan erilaisissa kliinisissä tilanteissa sekä lisädiagnostisia keinoja, kuten mikroverinäytteen tai STAN:n käyttöä. Suomessa ja muissa maissa sattuneiden asfyksiavahinkojen analysoinnissa on todettu suurimmassa osassa vahinkotapauksista virheellinen KTG:n tulkinta tai viivästynyt reagointi havaittuun KTG-hälytykseen.

Verrattuna jaksottaiseen auskultaatioon synnytyksen aikainen KTG-rekisteröinti vähentää hapenpuutteen liittyvää sairastavuutta lisäten samalla merkittävästi keisari-leikkaukseen päätyvien synnytysten osuutta. Lisäksi KTG kykenee hyvin paljastamaan sikiön kroonisen ahdingon. KTG:n käyttöönotto ei kuitenkaan itsessään ole vähentä-

nyt merkittävästi perinataalista kuolleisuutta eikä toivotusti vähentänyt CP-vammaisuutta.

Kun Suomessa on käytännössä kokonaan siirrytty subjektiiviselle tulkinnalle alttiista auskultaatiosta objektiivisesti mitattavaan ja dokumentoitavaan KTG-rekisteröintiin, pitäisi myös KTG:n tulkinnassa ja kuvauksessa pitäytyä objektiivisesti mitattavien suureiden (sykkeen perustaso, vaihtelevuus, nopeutumat ja hidastumat) käyttöön ja näiden luokitteluun FIGO:n antamien ohjeiden mukaisesti. KTG-käyrän poikkeavuuksien ilmetessä tulee johtopäätökset tehdä kliinisen kokonaistilanteen pohjalta. ■



STAN sikiöseurannassa

■ KATI OJALA, erikoislääkäri, OYS

S T A N on synnytyksenaikainen sikiönvalvontamenetelmä, joka monitoroi sikiön EKG:n ST-intervallissa tai T-aallon korkeudessa tapahtuvia muutoksia. Näiden muutosten on osoitettu korreloivan sikiön hapenpuutteen mm. useissa eläintöissä. STAN-laitteen varhaisempi versio (STAN 8801) oli markkinoilla 1990-luvulla. Sen käyttöönottoa vauhditti v. 1993 julkaistu prospektiivinen, randomoitu työ, jonka tulokset olivat rohkaisevia: sektiorefriivenssi oli merkittävästi pienempi STAN-ryhmässä.

STAN vähentää mikroverinäytteenoton tarvetta

2000-luvulle tultaessa laitteesta tuli markkinoille uudistettu versio STAN S21. Siihen oli lisätty automaattinen ST-analyysi. Koneen antama hälytys ST-aallon muutoksesta suhteutetaan sen-



hetkiseen KTG:aan. Lancetissa julkaistiin v. 2001 randomoitu koe, jossa 5000 synnyttäjää oli jaettu kahteen ryhmään: STAN vs. KTG. STAN-ryhmässä vastasyntyneillä oli vähemmän metabolista asidoosia (0.7 % vs. 2 %) ja operatiivisten synnytysten insidenssi oli pienempi (8 % vs. 9 %). OYS:iin STAN S21 tuli vuonna 2001 ja vuonna 2003 aloitettiin prospektiivinen randomoitu koe. Synnyttäjät (n=1483) randomoitiin kahteen ryhmään: STAN tai KTG. Tulos oli, että metabolista asidoosia oli yhtä paljon molemmissa ryhmissä (STAN 1.7 %, KTG 0.7 %, NS). Tutkimuksen päätelmä oli, että STAN ei parantanut vastasyntyneiden ennustetta eikä pienentänyt sektiofrekvenssiä, mutta STAN-ryhmässä päästiin vähemmällä mikroverinäytteiden ottamisella yhtä hyvään lopputulokseen kuin KTG-seurantaryhmässä (Ojala 2006). Ranskalainen ryhmä julkaisi oman randomoidun kokeensa v. 2007. Synnyttäjää oli yhteensä 799. Tutkimuksen lopputulos oli, että ryhmien välillä ei ollut eroa vastasyntyneiden kunnossa eikä sektiofrekvenssissä, mutta STAN-ryhmässä oli otettu vähemmän mikroverinäytteitä. Viimeisimmän Cochranen meta-analyysin 1/2008 johtopäätös STANista on: "These findings provide some support for the use of fetal ST waveform analysis."

Retrospektiivisiä analyysejä STAN:in käyttökokemuksista on ilmestynyt useita. Lancetin randomoidun tutkimuksen tehnyt ruotsalainen ryhmä on julkaissut hyviä kokemuksia STAN:in käytöstä myös retrospektiivisissä analyyseissään. Vuonna 2007 hollantilainen tutkijaryhmä julkaisi kolme tapauselostusta, joissa STAN ei ollut hälyttänyt ja synnytyksen lopputulos oli ollut huono. Myös britit julkaisivat samana vuonna omia kokemuksiaan STAN:in käytös-

tä. Heidän mukaansa STAN ei ollut parantanut vastasyntyneiden kuntoa eikä pienentänyt sektiofrekvenssiä entisiin menetelmiin verrattuna. Näiden ristiriitaisten tulosten jälkeen oli ilmeistä, että STAN:in käyttöön liittyy tiettyjä ongelmia: STAN:in tulkinta pohjautuu visuaaliseen, subjektiiviseen KTG:n luokitteluun. Signaalin laadun epätaisuus voi aiheuttaa analyysin epäluotettavuutta. Lisäksi käytännön kliinisessä työssä ongelmia aiheutuu tilanteissa, jossa sikiö on jo ennen monitoroinnin aloittamista altistunut hypoksialle, eikä STAN enää havaitse sikiön voimien heikkenemistä. Vuonna 2007 julkaistiin uudistetut STAN:in kliiniset ohjeet, joiden avulla on pyritty tarkentamaan toimintamalleja näissä ongelmatilanteissa.

Usein kysytään, voiko STAN:ia käyttämällä luopua kokonaan mikroverinäytteen otosta. Tällä hetkellä Hollannissa on käynnissä laaja monikeskustutkimus. Tämän randomoidun kokeen odotetaan vastaavan kysymykseen mikroverinäytteen merkityksestä STAN:in aikakaudella. Viime vuonna julkaistiin retrospektiivinen analyysi 911 tapauksesta koskien mikroverinäytteen ja STAN:in verrannollisuutta. Johtopäätelmä oli, että STAN ja mikroverinäyte tunnistivat yhtä hyvin sikiötä uhkaavan hapenpuutteen.

STAN:in käyttö vaatii opettelua

Suurin ja hankalimmin ratkaistavissa oleva ongelma on STAN:in tulkinnan pohjautuminen KTG:n subjektiiviseen luokitteluun. Osaavissa käsissä STAN on elegantti menetelmä, jonka avulla voidaan vähentää synnytysasfyksiaa. On ilmeistä, että STAN:in menestyksellä käyttö vaatii kohtalaisen ekspertiisin ja henkilökunnan jatkuvan kouluttamisen. ■

Suomen STAN-vahingot

■ TAPIO KURKI, dosentti, asiantuntijalääkäri, Potilasvakuutuskeskus (PVK)

Sikiön vaikeat asfyksiavahingot ovat kaikkein kalleimpia potilasvahinkoja ja inhimillisesti myös traagisimpia. PVK:n tutkimus vuosilta 1987–2002 osoitti, että vaikeat asfyksiavahingot ovat harvinaisia (1/10 000 synnytystä). Suurin osa niistä olisi kuitenkin ollut vältettävissä, sillä 92 % liittyi sikiön sykekäyrän (KTG) virhetulkintaan (Kuusisto M ym. Suom Lääkäril 2007).

PVK:lle ilmoitettu tähän mennessä 18 vahingosta

Tämän tutkimuksen jälkeen sikiön KTG-käyrän ST-segmentti-analysaattorit (STAN) ovat yleistyneet, ja nykyisin ne ovatkin käytössä lähes kaikissa synnytysairaaloissa. STAN-laitteiden käyttö ei ole kuitenkaan ollut ongelmantona, sillä tähän mennessä PVK:lle on tullut kaikkiaan 18 vahinkoilmoitusta. Yksi ennenaikainen synnytys on ollut (h 35+3) mukana, mutta kaikki muut ovat olleet täysiaikaisia raskauksia. Yhdet geminit olivat mukana, kaksi amnioniitia (GBS+), kaksi gestaatiidiabetes-tapausta, kolme SFD-tapausta ja yksi pre-eklampsia-tapaus. Yksi hartiadystokia-synnytys ja kaksi kotturuptuura-tapausta on ollut myös mukana. Viisi vahinkoa on ollut arviossa Potilasva-

hinkolautakunnassa (PVLTK) ja kolme TEO:ssa. Alioikeudessa ei ole (vielä) yhtään tapausta.

Mikroverinäyte jäänyt ottamatta 17 tapauksessa

Useimmat (15/18) vahingot ovat olleet vaikeita, ja lähes kaikki, 17/18, on korvattu potilasvahinkoina. Lapsista 7/19 (37 %) kuoli alle viikon iässä tai syntyi kuolleena, ja 12/19 lapsesta on vammautunut neurologisesti pysyvästi (lähinnä CP-vammat). Kolmen lapsen CP-vammat ovat olleet toistaiseksi lieviä. STAN-laite ei hälyttänyt 13/18 tapauksesta. STAN-laite oli kalibroinut itsensä asfyksiatasolle (perus-KTG oli hyvin poikkeava) 8/18 tapauksesta ennen rekisteröinnin alkua. Mikroverinäytteillä (MVN) olisi pitänyt varmistaa sikiön hapetus lähes kaikissa (17/18) tapauksissa. STAN-laite hälytti oikein 5/18 tapauksesta (yhdessä tapauksessa peräti 19x), mutta hälytyksiin ei reagoitu oikein.



STAN-vahinkojen ”huippu”, 9/18 (50 %) oli vuonna 2005. Vahingoista puolet, 9/18 (50 %), sattui yliopistosairaaloissa, 6/18 keskussairaaloissa ja 3/18 alue- tai paikallissairaaloissa. STAN-laitteeseen luotettiin kaikissa vahingoissa liikaa, eikä perus-KTG:n patologisuutta nähty ja/tai uskottu (”ei nähty metsää puilta”). STAN-laite toimi oikein kaikissa tapauksissa (ei laitevikaa).

KTG:n oikea tulkinta edelleen avainasemassa asfyksiavahinkoja ehkäistäessä

PVK lähetti marraskuussa 2006 tiedoksi kirjeen synnytys-sairaaloille STAN-vahingoista. Tämän jälkeen STAN-vahingot ovatkin vähentyneet (v. 2007 kaksi vahinkoilmoitusta). STAN-laite on siten tullut tutummaksi ja sen käyttö rajoituksineen on opittu paremmin. PVLTK:n ohjeistuksen mukaan MVN:n otto on silti aina tarpeen epäselvissä sikiön hapetustilanteissa. STAN-laite on vähentänyt MVN:n oton tarvetta, mutta se ei ole parantanut vastasyntyneen ennustetta (Ojala K ym. BJOG 2006). PVLTK:n ohjeiden mukaan perus-KTG:n hyvä hallinta on edelleen tarpeen. STAN-laitteesta tulee tähän astisten vahinkotapausten perusteella vaikutelma, että se on ”hyvä renki, mutta huono isäntä” synnytyksen aikaisessa sikiön voinnin valvonnassa. ■

Repeämät alatiesynnytyksissä

Repeämien riskitekijät ja synnytystapa seuraavassa raskaudessa

■ TYTTI RAUDASKOSKI, OYS, naistentautien ja synnytysklinikka

Synnytykseen liittyvä välilihan repeämän aste luokitellaan seuraavasti:

I = välilihan limakalvo revennyt

II = limakalvon alla olevat lihakset revenneet mutta externi ja interni anaalisfinkteri ehyt

IIIa = externi sfinkteri on osittain, alle 50 %:sesti revennyt

IIIb = externi sfinkteri revennyt yli 50 %:sesti

IIIc = externi ja interni sfinkteri revennyt

IV = peräsuolen limakalvo on myös revennyt.

Sfinkterirepeämien riskitekijät ovat varsin hyvin dokumentoituja. Osaan näistä (primipariteetti, synnyttäjän korkea ikä, sikiön iso koko ja avosuinen tarjonta) ei voida synnytyksen optimaalisellakaan hoidolla vaikuttaa. Pohjoismaiset syntymärekit osoittavat ensisynnyttäjien ja yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuuden nousseen kaikissa viidessä maassa 10 viime vuoden aikana. Samalla synnyttäjien keski-ikä on noussut. Vastasyntyneiden keskipaino lisääntyi vielä 1990-luvulla mutta on tasaantunut sen jälkeen samoin kuin vähintään 4 000 g painaneiden vastasyntyneiden osuus.

Synnytyksen merkitystä on tutkittu pääosin retrospektiivisin tutkimuksin. On esitetty, että ponnistaminen selinmakuulla lonkat fleksiossa ja abduktiossa venyttää välilihaa siinä määrin, ettei välilihan ole mahdollista enää venyä lisää sikiön pään syntyessä, ja siten selinmakuu lisää repeämäriskiä. Toisaalta pystyasennossa ponnistaminen lisää synnyttäjän työntövoimaa samalla kun avustajan on vaikea tukea välilihaa ja kontrolloida pään syntymistä. Episiotomian tai instrumentaalisen synnytyksen tarve kuitenkin vähenee. Meta-analyysissä, jossa verrattiin 7 satunnaistetun tutkimuksen yhteensä noin 3 000 synnytystä, ei saatu eroa repeämäriskin pystyssä tai maaten ponnistettaessa (Eason 2000), ja tässä mielessä synnyttäjä voi valita itselleen parhaimman ponnistusasennon.

Episiotomiaan liittyy sitä suurempi sfinkterirepeämän riski, mitä pienempään kulmaan keskiviivasta se tehdään. Repeämäriski puolittuu jokaista 6 astetta kohden, jonka kulma suurenee keskiviivasta. Episiotomia pitäisi tehdä vähintään 45 asteen kulmaan. (Eogan 2006). Cochranen meta-analyysin mukaan rutiininomainen episiotomia ei estä sfinkterirepeämiä rajoitettuun episiotomian käyttöön verrattuna, mutta luonnollisesti lisää suturaation tarvetta, perineumin vaurioita ja ongelmia paranemisessa (Carroli 2000). Episiotomian leikkaus vaikuttaa olevan synnytyksen hoitokulttuuriin liittyvä asia; Suomessa niitä tehdään vähimmillään 24,2 %:lle, enimmillään 89,5 %:lle ensisynnyttäjistä matalimman ja korkeimman frekvenssin synnytyssairaalassa (Stakes tilastot).

Epiduraalipuudutukseen liittyy näennäisesti lisääntynyt sfinkterirepeämän esiintyvyys. Epiduraalipuudutus pidentää ponnistusvaihetta ja lisää tarvetta episiotomioihin ja operatiivisiin alatiesynnytyksiin.

Välilihan tukeminen tai tukematta jättäminen vaikuttaa repeämien syntymiseen. On maita, joissa harrastetaan välilihan hierontaa esimerkiksi öljyllä raskauden toisella puoliskolla välilihan pehmittämiseksi. Satunnaistetuissa tutkimuksissa sen onkin osoitettu vähentävän repeämiä. Suomalaiseen synnytyskulttuuriin tämä tapa ei ole kuitenkaan rantautunut.

Sekä imukuppisynnytys mutta etenkin pihtisynnytys lisäävät sfinkterirepeämän riskiä (Eason 2000). Suomessa imukuppisynnytyksen määrä on noussut vuoden 1987 3,5 %:sta vuoden 2006 7,6 %:iin (Stakes tilastot).

Suomen syntymärekitietojen mukaan III ja IV as-



teen välilihan repeämät ovat lisääntymässä. Vielä 1980-luvulla niitä ilmoitettiin tapahtuneen 0.1 %:ssa synnytyksistä, 1990-luvulla 0.2–0.3 % ja vuonna 2006 1.0 % synnytyksistä, ensisynnyttäjillä jopa 1.8 %. Edelleenkin luvut ovat Suomessa muita Pohjoismaita alhaisemmat, muissa maissa ilmaantuvuus on 3–4 % luokkaa. Sairaalaakohtainen vaihtelu on suuri; vuosina 2004–2005 eri synnytyssairaaloissa oli 0–3,5 %. Rekisteritutkimuksissa on kuitenkin tunnetut virhelähteensä. Tuoreen yhdysvaltalaisen selvityksen mukaan (Brubaker 2007) jopa 23.4 % sfinkterirepeämistä jäi kirjaamatta hoidonpäättämisihän.

Klinikko siis kohtaa yhä useammin tilanteen, jossa raskeana olevan naisen kanssa on mietittävä, miten sfinkterirupturan jälkeen synnytetään seuraava lapsi. Kirjallisuudessa esitetään, että aiempi repeämä lisää jonkin verran uuden riskiä ja että noin 8 % saa uuden sfinkterirepeämän seuraavassa alatiesynnytyksessä. Luvut perustuvat jälleen rekisteritutkimuksiin, jolloin raportointiharha on huomioitava. Yksilöllinen arvio synnytystavasta tehdään 3. trimesterissä, jolloin suositellaan oireiden kartoitusta ja vähintään endoanaaliultraäänitutkimusta, joko gastroen-

terologikirurgin tai obstetrikon tekemänä. Suomessa on obstetrikkoja, joiden mukaan sfinkteri on helppo katsoa vagina-anturin avulla. Jos potilas on oireeton eikä sfinkterissä ole defektejä, ei ole estettä synnyttää normaalisti. Sikiön koko kannattaa huomioida; Spydslaugin retrospektiivisen tutkimuksen mukaan uusiutumiskirski on 8 %, kun sikiö painaa yli 4 000 g, 4.1 % painoryhmässä 3 000–4 000 g ja 1.3 % painoryhmässä alle 3 000 g. Pitkittynyt ponnistusvaihe, pihtisynnytys ja mediaalinen episiotomia lisäävät uusiutumiskirskiä, imukuppiveto ilman episiotomia ei (Dandolu 2005). Mikäli synnyttäjällä on ulosteen pidätysongelmaa, defektejä havaittavissa sfinkterissä tai ulosteenkarkailua on hoidettu fysioterapialla tai sekundaarileikkauksella edellisen synnytyksen jälkeen, suositellaan keisarileikkausta.

Brubaker L et al. OG 2007; 109: 1141-5.

Carroli G, Belizan J. Cochrane Databse Syst. Rev. 2000;(2):CD000081. Review.

Dandolu V et al. OG 2005; 105: 831-5.

Eason E et al. OG 2000;95:464-71.

Eagon M et al. BJOG 2006; 113: 190-4. ■

Klassinen menetelmä peräaukon sulkijalihaksen repeämän estossa

■ JOUKO JA TIINA PIRHONEN, Oslo, Norja ja Ängelholm, Ruotsi

Peräaukon sulkijalihaksen repeämä on vakava alatiesynnytyksen komplikaatio, joka aiheuttaa pitkäaikaisia vaivoja lähes puolelle repeämän saaneista naisista. Repeämät ovat olleet harvinaisia Suomessa, mutta niiden määrä on hiljalleen lisääntymässä. Monissa muissa Euroopan maissa repeämiä esiintyy merkittävästi enemmän. Muiden Pohjoismaiden tilastot kertovat repeämien yleistyneen aina 1970-luvulta alkaen. Tällä hetkellä eniten repeämiä Pohjolassa on Ruotsissa, lähes 5 % alatiesynnytyksistä.

Useilla eri toimenpiteillä on yritetty vähentää repeämien esiintyvyyttä. Näistä mainittakoon esimerkiksi riskitekijöiden (toimenpidesynnytys, suuri lapsi jne.) etukäteen huomioon ottaminen, synnytyksen toisen vaiheen nopeuttaminen, perineumin hieronta/lämpökäsittely raskauden ja synnytyksen aikana, erilaiset perineumin voitelumenetelmät ja napatanssi.

Norjassa terveydenhoitoa valvova viranomais (Helsestilsynet) kävi läpi kaikki synnytyksiä hoitavat klinikat 2004 ja tuli siihen johtopäätökseen, että repeämiä on liikaa (4,2 %). Sosiaali- ja terveysministeriö vaati kansallista ohjelmaa repeämien vähentämiseksi. Kunnianhimoiseksi tavoitteeksi asetettiin repeämien määrän puolittaminen muutaman vuoden sisällä.

Merkittävänä osana kansallista ruptuuraohjelmaa aloitettiin viidessä norjalaisessa sairaalassa interventiotutki-

mus syksyllä 2005. Sairaalat valittiin siten, että ne edustaisivat mahdollisimman hyvin norjalaista synnytyksen hoitoa niin maantieteellisen sijainnin kuin synnytysyksikön suuruuden perusteella.

Repeämien esto edellyttää asennemuutosta ja koulutusta

Jokaisessa sairaalassa järjestettiin aluksi koulutuspäivät koko henkilökunnalle. Sen jälkeen alkoi 2–3 kuukautta kestävä intensiivinen koulutus, missä keskityttiin 1) kontaktin parantamiseen synnyttäjän ja kätilön/lääkärin välillä, 2) käden taitojen kehittämiseen sikiön ulosautossa, 3) synnytysasentoon, ja 4) episiotomian tekemiseen indikaation mukaan. Synnytysten kanssa työskentelevät kätilöt ja lääkärit harjoittelivat aluksi tekniikkaa lantiomallilla, sitten opastettuna synnyttäjän kanssa ja lopulta omatoimisesti. Projektin tarkoituksena on ollut kouluttaa resurssiryhmä, joka myöhemmin vastaa uusien työntekijöiden kouluttamisesta ja laadunvalvonnasta.

Projektin tulokset ovat erinomaisia: repeämien määrä on vähintään puolitettu jokaisessa osallistuvassa sairaalassa. Erityisen ilahduttavaa on se, että vakavimmat repeämät ovat lähes tyystin hävinneet ja että pitkäaikaistulokset ovat vielä paremmat kuin tulokset lyhyellä tähtäimellä. Myös repeämien diagnostiikka näyttää parantuneen. ■



Synnytykseen liittyvän peräaukon sulkijalihasvaurion primaarikorjaus

■ TAPIO VÄYRYNEN, Hyvinkään sairaala



Synnytyksen yhteydessä syntyvä sfinktervaurio on vamma, jolla on ainakin aiemmin valittavan usein ollut pysyviä epäedullisia vaikutuksia potilaan elämänlaatuun (Pinta 2004). Overlap-tekniikan (päällekkäin ompelu) hyvien tulosten (Sultan & al 1999, Kairaluoma & al 2004, Molander & al 2007, Lepistö & al 2008) myötä tilanne lieenee parantunut merkittävästi, joskaan pitkän aikavälin seurantatuloksia ei ole käytettävissä.

Synnytyksen aikaan lantion kudosten verenkierto on runsas ja kudosten paranemiskyky näin ollen hyvä. Tämä korostaa primaarihoidon merkitystä. Sekundaarikorjauksen tulokset ovat taitavissakin käsissä selvästi huonompia (Pinta & al 2003). Vaurioiden ennaltaehkäisy on vaikeaa, sillä tunnettujen riskitekijöiden ennustearvo on vähäinen.

Diagnoosi kahden sormen rektovaginaalipalpaatiolla ja hoito leikkaussalissa

Meidän hoitokulttuurissamme primaaridiagnostiikan avainhenkilö on kättilö, mutta obstetrikko luonnollisesti varmentaa löydöksen. Oleellinen diagnostinen tutkimus on kahden sormen rektovaginaalipalpaatio. Mikäli sen perusteella herää epäily sfinktervauriosta, on pääsääntöisesti syytä eksploroida ja korjata vaurio leikkaussaliolosuhteissa riittävästi kokemusta omaavan korjaajan toimesta tai avustuksella. Jos riittävän kokenutta korjaajaa ei ole saatavilla, voidaan toimenpidettä hätätilassa siirtää jopa 2–3 vrk, kunhan hemostaasista ja haavan kostutuksesta huolehditaan asianmukaisesti. Vain poikkeustapauksissa on aiheuttaa suorittaa korjaus yöllä.

Ulosteen pidätyskyvyn arviointilomake peräaukon sulkijalihasvaurion jälkeen

Nimi: _____ Pv: _____

MAHDOLLISEN KARKAILUN TYYPPI ei koskaan harvoin joskus usein aina

Karkaako kiinteä uloste?/ Tuleeko isoja vahinkoja? 0 1 2 3 4

Karkaako uloste, kun se on löysää? 0 1 2 3 4

Karkaako suolikaasu? 0 1 2 3 4

Käyttättekö vaippaa/ sidettä tämän takia? 0 1 2 3 4

Rajoittaako vaiva harrastuksia tai sosiaalista elämää? 0 1 2 3 4

Pisteet: _____

harvoin = < kerran/kk joskus =< kerran/vko usein = kerran tai useammin/vko aina = joka päivä

Tunnetteko ulostamistarvetta karkaamisen yhteydessä tai onko hädän tullessa kiire ehtiä WC:hen? kyllä _____ ei _____

Tapahtuuko karkaamista huomaamatta ilman tuntemuksia? kyllä _____ ei _____

Onko pidätyskyvyssä tapahtunut selvä muutos verrattuna tilanteeseen ennen synnytystä? kyllä _____ ei _____

Ovatko yhdyntät kivuliaita? kyllä _____ ei _____ ei vielä yhdyntöjä synnytyksen jälkeen _____

Koetteko erillisen jälkitarkastuskäynnin Jorvin naistentautien poliklinikalla tarpeelliseksi? kyllä _____ ei _____

23.9.2006 TV

Toimenpide tehdään antibioottisuojaossa

Antibioottiprofylaksiaa suositellaan: suonensisäisesti annettu kerta-annos kefuroksiimia ja metronidatsolia riittää ainakin, jos toimenpide päästään suorittamaan viivytyksettä. Antibioottikonsentraation on syytä olla terapeuttila tasolla toimenpiteen aikana. Koska kyseessä on melko harvinainen toimenpide, on mielestäni syytä pyrkiä siihen, että myös toinen korjauksia tekevä lääkäri saa osansa toimenpiteen tuomasta kokemuksesta olemalla mukana avustamassa.

Ompeleet lihaskerroksen ehjään osaan

Suturaatiotekniikassa on käsitykseni mukaan oleellista se, että ompeleet sijoitetaan lihastumpin ehjään osaan, jossa ne pitävät huomattavasti varmemmin kuin rispaantuneessa tumpin kärjessä.

Tämä edellyttää tumpien päiden riittävää vapauttelta ja/tai visualisoimista. Mikäli ulomman sfinkterin säikeistä alle puolet on poikki, riittää vaurioituneen osan suturointi pää päätä vasten, muussa tapauksessa pyritään päällekkäisompeluun. Sisemmän sfinkterin vaurion korjaus tehdään käytännössä pää päätä vasten. Ommelmateriaaliksi suositellaan 3-0 tai 2-0 hitaasti resorboituvaa monofilamenttilankaa (esim. PDS). IV asteen vaurion korjaus aloi-

tetaan suolen limakalvon submucosakerroksesta ja anaa-liepiteelin vauriokin on usein anatomian selventämiseksi hyvä suturoida ennen varsinaista sfinkterompelua.

Lantionpohjan lihasten harjoittaminen aloitetaan 3kk:n kuluttua synnytyksestä

Lapsivuodeosastolla hoito ei merkittävästi poikkea tavanomaisesta: kipulääkettä (PG-inhibiittori ja/tai parasetamoli) annetaan tarpeen mukaan, osmoottista laksatiivia herkästi ja mahdollisia pidätyskyvyn oireita tarkkaillaan. Keskelle sfinkterivauriopotilaille suositellaan fysioterapeuttin antamaa perehdytystä lantionpohjan lihasharjoitteluun ja kokemuksen mukaan 3kk synnytyksestä on sopivin ajankohta tälle. Jos klinikan suturaatiotulosten tiedetään olevan hyviä, voidaan jälkitarkastus ehkä suorittaa valikoidusti vain niille potilaille, joilla on poikkeavia oireita tai muu erityinen syy. Tämä voidaan selvittää fysioterapiakäynnin yhteydessä käyttäen tarkoitukseen modifioitua ulosteen pidätyskykylomaketta (liite). Rutiinimaisista UÄ-seurantatutkimuksista on HYKS:n alueella luovuttu.

Jorvin sairaalan ja HYKS naistentautien toimialan primäärikorjaustuloksia on julkaistu äskettäin (Molander et al, Acta Ob & Gyn Scand, 2007; Lepistö et al, Diseases of the Colon & Rectum, 2008). ■

Peräaukon sulkijalihaksen repeämän sekundaarikorjaus

■ TARJA PINTA LT, Seinäjoen keskussairaala

Peräaukon sulkijalihasvauriot synnytysten yhteydessä ovat tavallisin syy ulosteen karkailuun. Oire manifestoituu usein vasta myöhemmällä iällä elimistön toimintakapasiteetin vähetessä. Riskitekijöitä sulkijalihasvaurioon ovat ensisynnytys ja monisynnyttäisyys.

Peäaukon sulkijalihaksen katkettua synnytysvaurion takia se voidaan rekonstruoida ompelemalla primaaristi. Ellei primaarivaiheen leikkaus onnistu tai vauriota ei heti huomata, voidaan tehdä sekundaarinen korjausleikkaus. Toisen vaiheen leikkaus voidaan tehdä aikaisintaan noin kaksi kuukautta ensimmäisen vaiheen leikkauksesta, jolloin turvotus on kunnolla laskenut ja edellinen haava parantunut.

Sulkijalihasvauriota epäiltäessä tehdään sulkijalihasten kaikututkimus mahdollisten vaurioiden selvittämiseksi. Painetutkimuksella selvitetään sulkijalihasten toimintaa ja tuntoa. Sulkijalihasten ENMG-tutkimuksella ja pudendaalihieron johtumisnopeusmittauksella tutkitaan jäljellä olevan sulkijalihaksen toimintaa ja mahdollisen hermovaurion olemassaolo.

Leikkauksessa ommellaan ulomman sulkijalihaksen päät over-lap tyylisesti yhteen. Leikkauksen lopputulos riippuu siitä, onko toimivaa sulkijalihaskudosta vielä jäljellä, mikä on sisemmän sulkijalihaksen tilanne ja onko hermo-

vaurio mukana.

Noin 60 % leikatuista hyötyy leikkauksesta inkontinenssin oireiden lievittyessä, runsas 30 % ei koe leikkauksesta olevan hyötyä.

Leikkauksen yhteydessä annetaan profylaktinen antibioottihoito, jota jatketaan leikkauksen jälkeen po. 1–2 viikkoa. Tavallisin komplikaatio on haavatulehdus tai haavan aukeaminen pinnallisesti. Paikallishoito on tärkeää. Suolen sisällön pehmittämiseksi suositellaan laktuloosia. Haavan parannuttua aloitetaan biopalautehoito lantionpohjanlihasten vahvistamiseksi. Potilaan informaatio on tärkeää: kerrotaan mitä on tapahtunut ja miten jatkossa tulee selviämään.

Leikkausmenetelmät kehittyvät. Sakraalistimulaatio on menetelmä, jossa viedään stimuloiva neulaelektrodi ristiin S2-4 aukosta sisään ja stimuloimalla varmistetaan, että vaste syntyy oikeaan lihaseen. Menetelmä on kallis ja saatavuus rajoittunut vain muutamaan keskukseseen.

Jos sulkijalihaskorjausleikkaukset eivät ole tuottaneet tulosta, viimeinen vaihtoehto on avanne. Usein vatsanpeitteiden päällä olevaa avannetta on helpompi hoitaa kuin jos avanne on peräaukossa. ■



Keittiön arkea

Kala eri muodoissa on keittiömme kulmakivi. Sitä valmistuukin lähes joka toinen päivä lohesta, siiasta, kuhasta, ahvenesta tai silakoista ja joskus myös hauesta lähinnä kalapullien muodossa. Kauppatorilla Jari Tainion kalatiski on keittiömme ehtymätön tuoreen kalan toimittaja. Toivottavasti Helsingin kaupungin uudet säännökset kalojen säilytyslämpötilojen suhteen eivät hävitä kalatiskaajia Kauppatorilta. Viimeisten tietojen mukaan ankarimmat säännöt koskisivat vain savustettua kalaa. Jos järki ei voita, saamme enää toukokuun ajan nauttia veneellään Sipoon saaristosta kolera-altaaseen tulevan Linnea Granqvistin savukalaherkkuista. Jos kalakauppa loppuu Kauppatorilta, todennäköisesti myös vihannestiskit vähenevät asiakkaiden vähenemisen myötä, ja tilalle jää vain matkamuistojen myyjiä.

Kauppahallissa ei valitettavasti ole ollut kunnollista liha-kauppaa Doris Salmisen lopetettua liikkeensä Kauppahallin remontin aikoihin, joten käymme lihaostoksilla Hakaniemen hallissa. Lampaanliha on naudanlihaa useammin raaka-aineena liharuoissa. Hakkaraisen lihapuodista ostan usein sopivan kokoihin annospusseihin laitettuna lampaan munuaisia, kieliä ja maksaa pakastimeen pantavaksi seuraavien viikkojen tarvetta varten. Pakastimessa on myös aina ankan ja broilerin rintafileitä sopivina annoksina kahden hengen talouden käyttöön. Tallin-

nan matkoilta tarttuu mukaan vakuumiin pakattua juottovasikan vaaleata paistia, joka on ainoa oikea raaka-aine saltimbocca alla romanon valmistamiseen. Stockmannin hullujen päivien aikaan on usein tarjolla edullista poron paistia, jonka putsaan kalvotomiksi paloiksi pakkaseen. Kohmeisesta paistista on sitten mahdollisuus vuolla ohuita siivuja poronkäritykseen, ja päästä aivan toisenlaiseen makuelämykseen kuin valmiiden käritysten jänteiden pureskelussa.

Perunat, porkkanat, purjot ja sipulit ostan tavallisesti Kauppatorilta Ilkka Havukaiselta, jolla on yleensä koko talven ajan myöhäiseen kevääseen saakka saatavissa suosikkiperunaa, puikulaa. Kesäisin ostan salaattit, kurkut, tomaatit ja muut vihannekset torilta, talvisin siirryn kauppahallin puolelle Vihannespörssiin, josta saan aina myös suosikkiani roomansalaattia.

Alkuruokana on usein salaattia, jonka valmistuksessa käytän tavallisesti 3–4 eri lajiketta, esim. roomansalaattia, rukolaa, lehtisalaattia, frisee- ja jäävuorisalaattia. Salaatin valmistuksessa salaattilinko on olennainen väline. Sen avulla huuhdeltujen lehtien kuivatus sujuu helposti, eikä salaattista tule vetistä. Näin ollen olen keksinyt lingolle ehkä paremman käytön kuin se nuori nainen, joka jossain lukemassani lehtijutussa kertoi lingon sopivan lähinnä pikkuhousujen kuivattamiseen. Ilmeisesti hänellä ei ollut kotikirjastossa Nuoren naisen keittokirjaa, jossa alkusivuilla erääksi tärkeimmäksi keittiöhankinnaksi mainitaan juuri salaattilinko. Salaattien lehdet revin tietenkin käsin sopivan kokoisiksi paloiksi, enkä missään tapauksessa käytä veistä.

Salaatin maustamiseen käytän tavallisesti ohuiksi leikattuja kevätisipulin siivuja, silputtua basilikaa ja lehtipersiljaa. Pinnalle ripaus merisuolaa ja mustapippuria myllystä. Salaattikastikkeen teen useimmiten sekoittamalla vajaan teelusikallisen hunajaa muutamaan teelusikalliseen valkoviinietikkaa, ja toisinaan lisään tässä vaiheessa vajaan teelusikallisen Dijounin

Riñones,
patatas
lo pobre



Maksaa, pilahvia, parsaa

sinappia. Sekaan valutan sitten ohue-
na nauhana koko ajan sekoittaen 2–3
ruokalusikallista oliiviöljyä. Kastikkeen
lisään salaattiin vasta välittömästi en-
nen tarjoamista.

Arkisin ruokajuomana on useimmi-
ten vesi, mutta tietenkin jokin erityis-
tilanne vaatii viiniäkin. Oheisten ruo-
kien kanssa olemme kokeilleet hyvällä
menestyksellä argentiinalaista Alamos
Malbec 2006 -punaviiniä, jonka tum-
ma väri ja pehmeä hedelmäisyys sopii
mielestäni hyvin yhteen kuminaisen
maksan kanssa. Lohen kanssa voisi
kokeilla vaikkapa Alsacen Muehlforst
Riesling 2004 -valkoviiniä.

Paistettu maksa kuminan kera
(4 annosta)

*2 paksua siivua vasikan tai
lampaan maksaa, yhteensä
400–500 g*



5 rkl jauhoja rapeaan kuorru-
tukseen
2 tl juustokuminan siemeniä,
karkeasti jauhettuina
25 g voita
1 rkl oliiviöljyä
merisuolaa ja mustapippuria

Valmista maksa leikkaamalla se 5 cm:n mittaisiksi ja 2 cm:n levyisiksi suika-
leiksi poistaen samalla kalvot. Maus-
ta palat välittömästi ennen paistamis-
ta kuminalla, suolalla sekä pippurilla
ja jauhota ne. Kuumenna öljy ja voi
keskilämmöllä paistinpannussa. Kun
voi vaahtoutuu, laita maksa pannuun.
Paista noin minuutin verran, että pinta
tiivistyy ja ruskistuu. Käännä ja pais-
ta lisää minuutin verran. Maksan tu-
lisi olla mehukasta ja hivenen puner-
tavaa sisältä.



Lohta, inkivääriä ja soijaa

Riñones al jerez

(3–4 annosta)

6 lampaan munuaista tai yksi
vasikan munuainen
4 rkl oliiviöljyä
½ suurta espanjalaista sipulia
hienoksi silputtuna
1 valkosipulin kynsi ohuina
siivuina
125 ml kuivaa oloroso/amontil-
ladosherryä
riipaus makeaa, savustettua,
espanjalaista paprikaa
merisuolaa ja mustapippuria

Poista mahdollinen kalvo lampaan
munuaisista, halkaise ne pitkittäin ja
poista saksilla niin paljon rasvaa kuin
mahdollista. Paloittele puolikkaat kah-
teen, kolmeen osaan koosta riippuen.
Vasikan munuaiselle samat toimen-
piteet leikaten munuainen mahdol-
lisuuskien mukaan luonnollisia mu-
nuaisen poimuja noudattaen ja lopuksi
pilkkoen palat samankokoisiksi, jotta
kypsyminen tapahtuisi tasaisesti.

Lämmitä oliiviöljy pannulla mie-
dolla lämmöllä ja kuullota sipuli sii-
nä kullannväriseksi. Nosta lämpöä ja
lisää valkosipuli ja paista noin 30 se-
kuntia, minkä jälkeen lisää munuai-
set. Heti kun munaiset ovat paistu-
neet joka puolelta (varo polttamasta
sipulia), mausta suolalla ja pippurilla,
lisää sherry ja anna kiehua minuutin
verran alkoholin poistumiseksi. On
tärkeätä, että munaiset jäävät keskel-
tä hivenen punertaviksi, pehmeiksi ja
mehukkaiksi. Tarkista mausteet. Ri-
pauta päälle paprikaa, tarjoile välittö-
mästi paistettujen perunoiden, leivän
tai salaatin kera.



Inkiväärilohi, parsaa ja porkkanaa

Uunilohi Uudenmaankadun tapaan

(4–5 hengelle)

800–900 g lohifileetä, ruodot ja
rasvaiset osat poistettuna
3–4 valkosipulin kynttä
pala tuoretta inkivääriä
½ dl soijaa
½ dl manzanillaa tai muuta
kuivaa sherryä

Leikkaa lohifileeseen poikittain viil-
lot 2–3 cm:n välein nahkaan saakka.
Laita lohifilee kaksinkertaisessa alu-
miinifoliossa sopivankokoiseen uuni-
vuokaan. Kuori valkosipulin kynnet
ja inkivääri. Leikkaa ne mahdollisim-
man ohuiksi siivuiksi ja sujauta siivut
lohifileen viiltoihin vuorotellen. Kaa-
da päälle sherryn ja soijan seos ja ma-
rinoi 1–2 tuntia valellen välillä kalaa
kastikkeella.

Taittele folio kalan päälle ja lai-
ta vuoka 200-asteeseen uuniin noin
30–35 minuutiksi.

Patatas a lo pobre (köyhien perunat)

(4 annosta)

*½ kg perunoita
½ sipulia
Oliiviöljyä
Viinietikkaa
Lehtipersiljaa
Suolaa*

1. Valitse keskikokoisia perunoita, jotta viipaleet eivät olisi liian suuria. Kuori perunat, pese ja leikkaa ne puolen senttimetrin paksuisiksi viipaleiksi.

2. Kuori sipuli ja leikkaa se suika-leiksi.

3. Pese pikkunippu persiljaa ja silpua hyvin hienoksi. Laita talteen.

4. Paista perunoita ja sipulia öljyssä miedolla lämmöllä kunnes pehmenevät. Sekoittele niitä ajoittain varovasti jotteivät rikkoudu ja ettei sipuli pala. Ennen kuin otat perunat pannusta, lisää lämpöä ja ruskista niitä hivenen.

5. Kun perunat ovat valmiit, laita ne talouspaperin päälle poistaaksesi ylimääräinen öljy.

6. Laita perunat tarjoiluastiaan, pirskottele niille viinietikkaa, mausta suolalla ja pippurilla sekä persiljasilpulla.

7. Tarjoile ne kuumina, joko sellaisenaan alkupalana tai lihan tai kalan lisukkeena

Sulttaanin kikhernepilahvi

(4 annosta)

Soveltuu hyvin melkein minkä tahansa liha- tai kalaruoan lisukkeeksi.

*1 dl kuivattuja kikherneitä
liotettuna kylmässä vedessä
yön yli
2 rkl voita
1 rkl oliivi- tai auringonkukka-
öljyä
1 silputtu sipuli
225 g pitkäjyväistä riisiä hyvin
huuhdottuna ja valutettuna
6 dl vettä tai kananlientä
suolaa ja jaubettua musta-
pippuria*

1. Valuta kikherneet, siirrä ne kattilaan ja täytä kattila kylmällä vedellä. Kuumenna vesi kiehuvaksi, ja keitä hetki kovalla lämmöllä. Pienennä lämpöä ja keitä herneitä kannen alla noin 45 minuuttia. Valuta herneet, huuhto ne huolellisesti kylmässä juoksevassa vedessä ja poista irronneet kuoret. Voit tietysti käyttää myös valmiita kikher-



Butlerin omenatorttu

varo polttamasta vihanneksia. Mausta mustapippurilla ja parilla kolmella ruokalusikalisella soijaa. Lisää tarvittaessa suolaa.

Butlerin suuri omenatorttu

(noin 15 hengelle)

*1 kg hapahkoja omenoita
noin 1 ½ dl aprikoosibilloa tai
marmeladia
7 dl vehnäjauboja
200 g voita
2 munaa
1 ½ dl sokeria*

1. Paloittele voi ja pane palat ja jauhot kulhoon. Nypi aineet yhteen sormin. Lisää sokeri ja sekoita. Lisää vielä munat ja puristele taikinaksi.

2. Leikkaa omenat neljään osaan, kuori ne ja poista siemenkodat. Lohko sitten palat niin, että jokaisesta omenasta tulee noin 12 viipaletta.

3. Puristele taikina palloksi. Jauhota se kevyesti ja pane pellille leivinpaperin päälle. Painele taikina levyksi niin, että se peittää mahdollisimman suuren alan pellistä. Nypi laiduille pieni reuna. Kuumenna uuni 200-asteiseksi.

4. Asettele nyt omenalohkot taikinapohjalle. Aloita uloimmasta ympyrästä. Laita viipaleet koko ajan samaan suuntaan. Jos omenaa on runsaasti, asettele viipaleet aika tiukkaan. Asettele omenalohkot seuraavassa rivissä toiseen suuntaan ja jatka näin kunnes pääset tortun keskelle.

5. Ripottele pinnalle ohut kerros sokeria, ja pane torttu uunin keskiosaan 35 minuutiksi. Soseuta tällä välin hillo tai marmeladi tasaiseksi sauvasekoittimella (halutessasi voit lisätä tilkan calvadosia).

6. Lämmitä sose ja sivele sitä melko runsaasti valmiin tortun pinnalle. Torttu on parasta lämpimänä. Tarjoa sen kanssa jääkylmää, kevyesti vatkattua kermavaahtoa. Voit maustaa kerman ripauksella kardemummaa. ■



Porkkana-purjopaistos

nesäilykkeitä.

2. Sulata voi öljyn kanssa paksupohjaisessa kasarissa, lisää sipuli ja kuullota pehmeäksi. Lisää riisi ja kikherneet, ja kaada päälle vesi tai kananliemi. Mausta seos suolalla ja mustapippurilla. Kuumenna kiehuvaksi. Pienennä lämpöä ja kypsennä seosta kannen alla 10–12 minuuttia, kunnes vesi on melkein kokonaan imeytynyt riisiin.

3. Kytke lämpö pois, peitä kattila kangaspyyhkeellä ja paina kansi tiiviisti pyyhkeen päälle. Anna riisin kypsyä höyryssä 10 minuuttia ja pöyhi se haarukalla ennen tarjoilua.

Porkkana-purjopaistos

Sopii lisukkeeksi sekä kala- että liharuokiin.

*Porkkanoita
Purjo
Valkosipulinkynsi
Oliiviöljyä
Soijakastiketta
Merisuolaa ja mustapippuria
myllystä*

Pese tai kuori porkkanat. Leikkaa ne vinottain 1–2 mm:n paksuisiksi siivuiksi. Leikkaa purjo samalla tavalla, ja leikkaa myös valkosipulinkynsi ohuiksi siivuiksi. Kuumenna keskilämmöllä paistinpannalla tilkka öljyä ja kuullota muutama minuutti porkkanoita niin, että ne alkavat hivenen pehmetä, ja lisää sen jälkeen purjo ja valkosipuli. Jatka kuullottamista kunnes porkkanat ovat al dente, mutta

Syklissä aloittaa ilmestymisensä uusi Kollega tutuksi -palsta, jossa ensimmäisenä haastateltavana on TAYS:ssa vastuualuejohtajana työskentelevä Eija Tomás.

Gynekologinen kirurgia ja järjestötoiminta ovat

Eija Tomásin sydäntä lähellä



■ Teksti NANNA SARVILINNA

■ Kuvat EIJA TOMÁS

Moni kollega tuntee tai ainakin tietää nimeltä Eija Tomásin. Hän oli Tampereen lääketieteen opiskelijoiden keskuudessa aikoinaan apulaisopettajana ihailtu ja arvostettu opettaja. Itse muistan hänet asialleen omistautuneena, opiskelijoita kunnioittavana ja kannustavana opettajana, joka kertoi asiat selvästi ja näytti toimenpiteet aina kädestä pitäen. Tällä hetkellä Eija työskentelee TAYS:ssa vastuualuejohtajana toista vuotta, ja kävin tapaamassa häntä Tampereella.

Eija Tomás

s. 1960

LL 1985, Oulun yliopisto

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri 1991, Oulun yliopisto

Gynekologisen onkologian erikoislääkäri 1993, Oulun yliopisto

Lääketieteen tohtori 1996, Oulun yliopisto

Hallinnon pätevyys 2005, Tampereen yliopisto

Perhe: aviomies LT Candido Tomás, lapset Fausto (s. 1994) ja Diogo (s. 1997)



Eiija työskenteli apulaisopettajana vuosina 1997–2002, ja Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura valitsi hänet vuoden opettajaksi peräti neljänä vuotena peräkkäin.

– Aika apulaisopettajana oli erittäin antoisa. Tuntuu edelleen todella mukavalta ja palkitsevalta, kun entiset opiskelijat vaikkapa Lääkäripäivillä tulevat juttelemaan.

– Opettaminen oli päätoimista työtä, ja ollakseen hyvä opettaja pitää tavata riittävästi potilaita, mikä edellyttää mahdollisuutta tehdä myös kliinistä työtä. Leikkaustoiminta – erityisesti laparoskooppinen kirurgia – on hyvin lähellä sydäntäni, sitä antoisinta ja palkitsevinta lääkärin työtä, ja pelko siitä, että taidot hiljalleen ruostuisivat, sai minut palaamaan takaisin kliinikoksi, Eija kertoo.

Sippolasta Oulun kautta Tampereelle

Eija on syntynyt Sippolassa ja kirjoittanut ylioppilaaksi Myllykosken lukiossa. Opiskeluajan jälkeen elämä kuljetti

Eijan erikoistumaan Kokkolaan Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan vuosiksi 1985–88. Tämän jälkeen hän työskenteli OYS:n Naistenklinikassa vuoteen 1997 ja TAYS:ssa hän on ollut vuodesta 1998 lähtien, ensin apulaisopettajana, sitten osastonlääkärinä ja nyt vastuualuejohtajana.

– Omaan uraani ovat voimakkaasti vaikuttaneet erikoislääkärit Antti Taipale ja Helena Lohela Kokkolan keskussairaalan ajoilta. He antoivat aikoinaan minulle, nuorelle keltanokalle, parhaan mahdollisen opetuksen ja työssä tarvittavan kollegiaalisen tuen ja olivat nuorelle lääkärille kannustavina esimerkkeinä. Siitä heille suuri kiitos.

– Nykyisin teen paljon hallinnollisia töitä. Vastaan naistentautien ja synnytysten toiminnasta ja toiminta- ja taloussuunnittelusta. Päiväni täyttyvät monista erilaisista palavereista. Tavoitteenani on, että kaikilla naistenklinikkan työntekijöillä olisi mahdollisuus työskennellä asianmukaisessa, modernissa ja kaikin puolin riittävin resurssein varustetussa työympäristössä.

Ajankohtaista TAYS:n naistentaudeilta

– TAYS on nykyisin Suomen kolmanneksi suurin yksittäinen synnytysyksikkö. Viime vuonna meillä syntyi 5029 lasta. Synnytysten vuosittainen määrä on kasvanut jatkuvasti ja määrän on ennustettu kasvavan edelleen. Saimme tämän vuoden alusta neljä uutta lääkäriavustajaa, alkuvuodesta 2007 otettiin uusi keskusvalvomoyksikkö synnytysosalissa käyttöön ja nyt ollaan hankkimassa synnytystietojärjestelmää. Äitiyspoliklinikalle suunnitellaan sikiötutkimusyksikköä, ja tilojen osalta on tulossa muutoksia. On kaavailtu tilojen laajaa remontointia ja hahmoteltu jopa uudisrakentamista, Eija kertoo synnytysyksikön näkymistä.

– Lapsettomuuspoliklinikamme toimii jo nyt uusissa tiloissa, ja teemme yhteistyötä solulaboratorio Ovumian kanssa.

Tampereella tehdään aktiivisesti tutkimusta kaikilla naistentautien osa-alueilla. Tänä vuonna on valmistumassa kaksi väitöskirjaa. Eija itse on ol-



lut mukana Finhyst 2006- ja Vuokko-tutkimuksissa.

Tampereella lääkäreiden on nykyisin mahdollista työskennellä myös osaisa-aikaisesti, joko 50- tai 75 %:sti. Työso-pimukset solmitaan yksilöllisesti.

– Tämä mahdollistaa hyvin esim. klinisen työn ja tutkimustoiminnan yhdistämisen. Erilaisissa elämäntilan-teissa olevien lääkäreiden tarpeet ote-taan huomioon, mikä parantaa työ-motivaatiota ja työssä viihtymistä sel-västi. Ja mikä tärkeintä, klinikkamme lääkäreiden ja muun henkilökunnan keskuudessa vallitsee hyvä ilmapiiri ja yhteishenki, Eija huomauttaa.

Tampereella saa perehdytystä ja patistetaan täydennyskoulutuksiin

TAYS:n naistenklinikalla on tällä het-kellä 12 erikoistuvan lääkärin virkaa. Erikoistuvista peräti kaksi on miehiä – ja kolmas on tulossa.

– Erikoistuvien osalta jokaiselle uu-delle lääkärille järjestetään kahden vii-ikon palkallinen perehdytysjakso ja ni-metään vastuuperehdyttäjä kullekin

osa-alueelle. PSHP:ssä on myös lääkä-reillä käytössä ”Osaamisen arviointi” täydennyskoulutuksen systemaattista suunnittelua helpottamassa. Osaami-sen arviointi toteutetaan itsearviointi-na, joka käydään läpi yhdessä esi-miehen kanssa kehityskeskustelus-sa, ja yhdessä kartoitetaan seuraaval-le vuodelle kunkin lääkärin täyden-nyskoulutustoiveet ja -tarve. Yleensä koulutuksiin pääsee hyvin, jopa pa-tistellaan.

– Jos mieli tekee TAYS:iin erikoistu-maan, kannattaa aina rohkeasti soit-taa pirauttaa tai lähettää sähköpostia ja kysäistä, mikä on erikoistuvien työ-tilanne, koska se elää äitiyslomien ja tutkimusvapaiden myötä koko ajan ja joskus nopeallakin aikataululla, Ei-ja rohkaisee.

Alan ja koko lääkärikunnan naisistu-misesta Eijalla on selvät mielipiteet.

– Naisgynekologit pystyvät mihin tahansa ja hoitavat työt hyvin, joten sen puoleen gynekologialla ei ole hä-tää, mutta toki miehet ovat mukavia ja alan vinoutuminen ei ole kenen-kään etu. Toivoisinkin, että tulevai-

suudessa saisimme miehiä kiinnos-tumaan alastamme ja erikoistumaan naistentaudeille.

Harrastuksena yhdistystoiminta

Eija kertoo, että yhdistys- ja järjestötoi-minta on ollut aina hänelle hyvin tär-keää. Eija on ollut kahdeksan vuotta Suomen Gynekologiyhdistyksen halli-tuksen jäsenenä ja toiminut kaksi ker-taa yhdistyksen sihteerinä. Tampereen Lääkäriseuran hallituksen jäsen hän on ollut kaksi vuotta ja Tampereen Lääkä-ripäivien ohjelmasihteerinä neljä vuotta. Lääkäriseura Duodecimin aluekoulu-tuspäällikkönä Eija oli vuoden.

Tällä hetkellä Eija toimii Gynekolo-gisen Kirurgian Seuran varapuheen-johtajana ja on sekä Suomen Erikois-lääkäriyhdistyksen että Suomen Lää-käriiliiton valtuuskuntien jäsen.

– Yhdistystoiminta on aina ollut minulle rakas harrastus. Se on ollut tietynlainen henkireikä raskaan työn lomassa. Vuosien varrella yhdistystoi-minnan kautta olen saanut monia erit-täin hyviä ystäviä, joihin en todennä-

köisesti olisi muuten tutustunut.

– Lääkäriliiton valtuuskunnan jäsenyyttä arvostan erityisen paljon, koska kollegat ovat minua äänestäessään olleet sitä miltä, että olen henkilö, jonka he haluavat ajamaan ammatillisia etujaan liiton toiminnan kautta.

Sukkulointia Suomen ja Portugalin välillä

Järjestötoiminnan lisäksi Eijaa kiinnostavat puutarhanhoito, lukeminen, golf ja matkustelu, jotka ovatkin puutarhanhoitoa lukuunottamatta koko perheen yhteisiä harrastuksia. Perheeseen kuuluvat aviomies, Lissabonista kotoihin oleva ja AVA-klinikassa työskentelevä gynekologi Candido Tomás sekä 11- ja 14-vuotiaat pojat. Koti on Tampereella Annalassa.

– Tapasimme Candidon kanssa v. 1988 OYS:n naistenklinikassa eli työpaikkarakkaus on kyseessä. Aina positiivinen ja välitön nuori mies herätti heti kiinnostukseni ja 20 vuoden jälkeen voin ilmeisesti todeta, että kiinnostus on ollut molemminpuolista.

– Suuria kulttuurillisia eroja ei välillämme ole, koska meillä euroopalaisina on samanlaiset perusarvot elämässämme ja kunnioitamme ainakin osittain samoja asioita. Portugalilaisilla on jalkapallo ja meillä jääkiekko, heillä on rannat ja meillä lumi. Riidellessä on tietenkin aina helppo ottaa käsittelyyn, kun te portugaliset... ja me suomalaiset taas... jne. Lapsille on rikkaus, että oppivat kotona äidinkielenään suomen ja isänkielenään portugalin.

– Pylimme käymään Portugalissa aina, kun se on mahdollista, useampia kertoja vuodessa. Onhan siellä puolet sukulaisistamme. Appivanhemmat surevat, että tapaavat lapsenlapsiaan liian harvoin, mutta lasten koulu ja työt kuitenkin asettavat rajoituksia matkustelulle.

Entä mitä terveisiä haluat lähettää Syklin lukijoille?

– Nuorille kollegoille haluaisin sanoa, että olette valinneet mielenkiintoisen, monipuolisen ja haastavan erikoisalan, joka tarjoaa vauhtia ja vaarallisia tilanteita riittämiin, mutta on samalla hyvin elämänläheinen ja pal-kitseva. Itse en ole katunut erikoisalani valintaa sen enempää kuin muitakaan valintoja elämässäni. Oikein hyvää kesää kaikille lukijoille! ■

Apurahat

Synnytys- ja naistentautien erikoislääkäreille tarkoitettu apuraha kliiniseen käytännön koulutukseen tai klinikkavierailuun

Apurahan suuruus: korkeintaan 1500 €. Myönnetään 3kpl/vuosi.

Apurahan haku: jatkuvasti haettava, jaetaan yhdistyksen kevät- tai syyskoulutuspäivien yhteydessä, hakemus toimitetaan yhdistyksen sihteerille.

Apurahan myöntämisen edellytykset: voidaan hakea vain tulevaisuudessa tapahtuvaan lyhytkestoiseen klinikka-vierailuun.

Apurahan käyttötarkoitus: Apuraha on tarkoitettu synnytysten ja naistentautien erikoislääkäreiden toiseen koti- tai ulkomaiseen klinikkaan tapahtuvaan vierailuun, jonka tarkoituksena on ammattitaidon kehittäminen. Apuraha on tarkoitettu kattamaan matkustus- ja majoituskuluja.

Tavoitteet: Suomen Gynekologiyhdistyksen tavoitteena on apurahan avulla helpottaa yksittäisen erikoislääkärin käytännön ammattitaidon kehittämistä ja ylläpittoa sekä koti- ja ulkomaiden klinikoiden välistä yhteistyötä.

Apurahahakemuksen liitteet:

- Hakijan lyhyt Curriculum Vitae
- Suunnitelma apurahan käytöstä
- Klinikka-vierailun/ koulutuksen tarkoitus, ajankohta ja paikka sekä vastuhenkilö

Velvoitteet:

- Apurahan saaja on velvollinen raporttoimaan SGY:n hallitukselle vierailun toteutumisesta
- Apuraha maksetaan tositteita vastaan.

Erikoistuvien lääkärien matka-apurahat

Haku aika: Vuosittain Suomen Gynekologiyhdistys r.y. jakaa erikoistuville lääkäreille 5 matka-apurahaa (ä 1000 euroa). Apurahat jaetaan yhdistyksen vuosi- ja kevätkokouksen yhteydessä. Apurahat ovat jatkuvasti haettavissa.

Jakoperusteet: Apuraha voidaan myöntää hakemuksesta erikoistuvalla lääkäriä kongressimatkaa varten, kuitenkin korkeintaan 2 kertaa samalle henkilölle. Apurahan saajat valitsee SGY:n hallitus. Apurahan saamisen edellytyksenä on hyväksytty esitys (suullinen tai poster) 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. Osoite: SGY:n sihteerin Kati Ojala, OYS/Naistenklinikka, PL 24, 90029 OULU s-posti: kati.ojala@oulu.fi

Astellas Pharmedin gynekologian apuraha 2008

Astellas Pharma myöntää gynekologiaan 3000 euron apurahan, joka on tarkoitettu käytettäväksi vuoden 2009 aikana gynekologiseen tutkimukseen, matka-apurahaksi alan kongressiin tai klinikkavierailuun. Apuraha voidaan myös jakaa useammalle hakijalle.

Hakemus sisältäen yksityiskohtaisen apurahan käyttösuunnitelman ja hakijan ansioluettelon toimitetaan 30.9.2008 mennessä Suomen Gynekologiyhdistyksen sihteerille osoitteeseen kati.ojala@oulu.fi.

Apuraha jaetaan SGY:n syyskoulutuspäivillä marraskuussa 2008 Helsingissä. Apurahan saajan tulee myöhemmin esittää tositteet apurahan käytöstä SGY:n hallitukselle.

Suomen Menopausitutkimusseura ry:n stipendi

Suomen Menopausitutkimusseura tulee vuonna 2008 syyskokouksessa jakamaan 6000 euron stipendin yhtenä tai useampana apurahana vaihdevuotia käsittelevän tutkimuksen tekijälle. Apurahan käytöstä tulee toimittaa vapaamuotoinen selvitys vuoden sisällä myöntämisestä.

Vapaamuotoiset hakemukset viitenä kappaleena sekä julkaisu tai tutkimussuunnitelma pyydetään lähettämään 10.10.2008 mennessä Suomen Menopausitutkimusseuran sihteerille: Jarna Moilanen, Väestöliiton klinikat OY, Helsingin klinikka, Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki (puh. 09-616 221). Päivi Polo
Suomen Menopausitutkimusseuran puheenjohtaja

Milano ei ole pelkkää muotia – tutustumiskohteena Istituto Clinico Humanitas

■ Teksti ja kuvat MIKKO LOUKOVAARA, HYKS Naistenklinikka

Milano on tunnetusti muodin keskus, mutta onko se suunnan- näyttäjä myös gynekologisessa kirurgiassa? Otin asiasta selvää huhtikuksella vierailullani Istituto Clinico Humanitakseen. Seuraavassa matkaraporttini, prego!

Istituto Clinico Humanitas sijaitsee Pohjois-Italiassa, kymmenisen kilometriä Milanon keskustasta etelään. Kyseessä on vuonna 1996 perustettu sairaala, joka on toiminnassaan keskittynyt toimenpidevaltaisille erikoisaloille. Leikkausaleja on yhteensä 22 viidessä siivessä, ja niiden lisäksi sairaalakompleksiin kuuluu erillinen päiväkirurginen yksikkö, ensiapupoliklinikka ja tieteellinen tutkimusyksikkö. Sairaalas- sa annetaan myös yliopisto-opetusta ja koulutetaan sairaanhoitajia.

Istituto Clinico Humanitas on yksityissairaala, mutta National Health Systemsin kanssa tehdyn sopimuksen perusteella potilaat hoidetaan julkisen terveydenhuollon varoin. Sairaala- lassa tehdään vuosittain noin 19 000 kirurgista toimenpidettä, joiden joukossa on sydän- ja verisuonikirurgiaa, mahakirurgiaa, urologiaa, ortopediaa, plastiikkakirurgiaa, neurokirurgiaa – sekä gynekologista kirurgiaa. Gynekologisen kirurgian yksikkö on nimeltään Department of Gynecologic Oncology and Mini-Invasive Surgery. Nimensä mukaisesti se on keskittynyt syöpäkirurgiaan, ja leikkaukset tehdään mahdollisuuksien mukaan laparoskooppisesti. Yksikkö on henkilöstöltään pieni. Erikoislääkäreitä on vain yksi, tri Roberto Tozzi, jolla on apunaan neljä sairaalalääkärä. Sairaalalääkärit eivät ole gynekologisen on-

kologian koulutuksessa vaan uransa alkutaipaleella, ja heidän työtehtäviin- sä kuuluu lähinnä potilaiden haastat- telu ja tutkiminen, leikkausassistent- tina toimiminen ja toimenpidekerto- musten kirjoittaminen.

Isäntäni tri Roberto Tozzi erikoistui gynekologiksi Jenan yliopistossa Sak- sassa. Kyseessä on tunnettu gyneko- logisen onkologian, erityisesti laparo- skoopin gynekologisen kirurgian keskus, joten tri Tozzille oli luonte- vaa jatkaa erikoistumista gynekologi- seen onkologiaan samassa paikassa. Suppean erikoisan koulutuksensa hän suoritti loppuun Lontoossa, The Royal Marsden Hospitalissa. Viimeiset kolme vuotta hän on johtanut gyne- kologisen kirurgian yksikköä Istituto Clinico Humanitaksessa.

Leikkaustekniikoissa on eroja

Yksikössä tehdään suuria onkologi- sia leikkauksia keskimäärin kolme viikossa, tosin vierailuviikollani ni- tä ei ollut ”organisationaalisista on- gelmista johtuen”. Toivottavasti isän- täni lähettää lupaamansa leikkausvi- deot Suomeen... Pääsin kuitenkin nä- kemään benigniä gynekologista kirur- giaa, päiväkirurgiaa ja ylipäätään ta- paa, jolla potilaita hoidetaan italialai- sessa sairaalassa. Benignejä leikkauk- sia, esimerkiksi laparoskooppisia hys- terektomioita, tehdään yhdessä leik- kausosalissa kolme päivässä, siis sama määrä kuin meillä Suomessa. Laparo- skoopin hysterektomian tekniikka oli mielenkiintoinen. Toimenpiteessä katkaistaan ensin lig. rotundumit ja paljastetaan pararektaalinen tila, jos- ta preparoidaan esille a. iliaca interna ja a. uterina. A. uterina katkaistaan ty- vestään, virtsarakko preparoidaan alas ja sen jälkeen toimenpidettä jatketaan vaginaalisesti, jota kautta katkaistaan lig. sacrouterinat ja kohtupreparaatti irrotetaan parametrioligeauksin. Tri

Tozzi perusteli tekniikkaa turvallisuu- della. Sen avulla nähdään uretereiden kulku iliacasuonten bifurkaatiosta lä- hes virtsarakkoon asti, mitä isäntäni piti välttämättömänä siltä varalta, että tulee vuotokomplikaatio ja näkyvyys toimenpidealueelle menetetään. Isän- täni korosti uretereiden paljastamisen tärkeyttä myös endometrioosissa tai jos potilaalla on intraligamentäärinen myooma. Kolikolla on myös kään- töpuolensa ja tässä se on leikkauk- sen kesto: pisin näkemistäni laparo- skoopista hysterektomioista kesti kolmisen tuntia ja lyhinkin noin 2,5 tuntia. Sen vuoksi leikkauspäivät ve- nyivät iltaan, vaikka leikkausten vaih- toaika oli samaa luokkaa kuin meillä eli noin tunti.

Instrumentaatio laparoskooppisissa leikkauksissa ei poikennut siitä mi- hin olen itse tottunut: perustyökalui- na käytettiin monopolaari- ja bipolaari- polttoja sekä saksia. Instrumentaatio on pääosin sama laparoskooppisessa syöpäkirurgiassa, tosin esim. Wert- heimin leikkauksessa käytössä on ult- raääninveitsi, jonka olemme myös Nais- tenklinikassa havainneet hyödylliseksi. Kohtumanipulaattoria ei käytetä edes benignissä kirurgiassa, sen sijaan esi- merkiksi tavallisessa laparoskooppi- sessa hysterektomiassa on instrument- tihoitajan lisäksi usein kaksi assistent- tia, joista toinen ylläpitää näkyvyyttä venyttämällä lig. rotundumia tai lig. infundibulopelvicumia ja toinen pi- tää suolta syrjässä toimenpidealueel- ta. Myös leikkauksen vaginaalisessa vaiheessa on kaksi assistenttia ylläpi- tämässä näkyvyyttä.

Hysteroskopia ja loop yleisanestesiassa

Näkemäni päiväkirurgiset toimenpiteet olivat hysteroskopioita ja portion sähkö- silmukahoitoja, jotka kaikki tehtiin yleisanestesiassa. Päiväkirurgisen



Tri Roberto Tozzi ja vieras.

Istituto Clinico Humanitas.

yksityiskohtaisesti tulevasta hoidosta. Gynekologista tutkimusta sen sijaan ei tässä vaiheessa enää tehty, ainakaan jos tauti oli benigni, olivathan potilaat käyneet jo edeltävästi sairaalalääkärin vastaanotolla. Erikoista suomalaiseen

toimintakulttuuriin tottuneelle oli se, että konsultaatiopoliklinikan ensimmäinen vastaanottoaika oli vasta kello 15 iltapäivällä ja vastaanottoajat olivat harvakseltaan, jopa puolentoista tunnin välein.

Vaikka alkuperäinen suunnitelmani laparoskooppisiin syöpäleikkauksiin tutustumisesta ei toteutunutkaan, oli vierailuni Istituto Clinico Humanitakseen mielenkiintoinen kokemus. Suosittelen muillekin tutustumista työskentelytapoihin ulkomaisissa sairaaloissa – matkailu avartaa. SGY:lle osoitan kiitokset matka-apurahasta, joka mahdollisti vierailuni. ■

yksikön toimivuutta kehuttiin. Yksikössä on kuuden leikkaussalin ja heräämön lisäksi erillinen valmistelutila, jossa seuraavana toimenpiteeseen tulevalle potilaalle tehdään esivalmistelut samalla kun leikkaussali siivotaan edellisen toimenpiteen jäljiltä. Kun vielä leikkaussalihoitajien palkkaus on sidottu tehtyjen toimenpiteiden lukumäärään, mainittiin keskimääräisen vaihtoajan olevan noin kymmenen minuuttia. Elävässä elämässä vaihtoaika oli kuitenkin selvästi pitempi.

Kierrot edelleen kunniaasaan

Vuodeosasto oli yhteisosasto, jossa hoidettiin gynekologisten potilaiden lisäksi urologisia potilaita. Osastolla oli edellisellä viikolla leikatuista potilaista toipumassa vielä kaksi. Toiselta oli poistettu laparoskooppisesti kookas kohdunkaulasyövän para-aortaalinen imusolmukemetastaasi ja toiselle oli tehty vulvakarsinooman residiivin takia eksenteraatio. Edellisen osastohoito oli pitkittynyt virtsaummen takia, jälkimmäisellä puolestaan oli haavainfektio. Mielenkiintoista oli havaita, että hoitajan sijasta lääkäri huolehti haavan aikaa vievästä paikallishoidosta. Potilaskierrolla käytiin monta kertaa päivässä ja samalla pidettiin ajan tasalla omaisia, jotka viettivät osastolla pitkiä aikoja. Potilaat tulivat omaisensa kanssa myös tri Tozzin konsultaatiopoliklinikalle, jolloin heille kerrottiin hyvin

ENTOG -vaihto Lissabonissa 28.2.–4.3.2008

■ Teksti ja kuvat SUSANNA JAAKKOLA

Kutsu ENTOG -vaihtoon tuli poikkeuksellisesti heti Itävallassa olleen kokouksen jälkeen joulukuussa 2007. Vaihto toteutettiin nyt EBCOG kongressin yhteydessä Lissabonissa. Ehkä kireän aikataulun vuoksi olin Suomesta ainoa matkalle hakenut ja päässyt erikoistuva. Itselleni ajoitus ja paikka olivat parhaat mahdolliset; edellisestä käynnistäni Lissabonissa Interrail -matkalla oli vierähtänyt jo 15 vuotta ja sopivasti aktiivivapaaviikkokin oli suunniteltu kyseiselle viikolle. Etelä-Suomen surkea talvikin lähes pakotti haaveilemaan kevätauringon pilkahduksista Portugalissa.

Lissabonin lentokentältä minut tuli hakemaan kaimani, erikoistuva lääkäri Susana Santo, joka esitteli pimenevässä illassa Santa Marian Yliopistolisen keskussairaalan. Seuraavana aamuna suunnistin aamuruuhkassa metrolla paikalliseen Naistenklinikkaan, terminaalisairaalaan. Viisikymmentäluvulla rakennettua massiivista sairaalarakennusta ei viime aikoina oltu pahemmin korjailtu, maalit ja korkkilattiat halkeilivat ja tupakan tumppeja lojui portaikoissa. Yleisilme sisätiloissa oli nuhjuinen kirkkaassa Portugalin auringossa, ulkona sen sijaan loistivat istutukset.

Lääkäreitä on paljon ja tehtävät sen mukaisia

Naistentautien osastolla erikoistuvat lääkärit hoitivat leikkauspotilaiden haavat ja kotiuttivat potilaat. Lääkäri Portugalissa tekee hyvin paljon töitä, jotka meillä tekee hoitaja, esimerkiksi pesee ja peittelee leikkauspotilaan ja ►



ottaa verikokeet päivystysaikana. Lääkärit toimivat 5–6 hengen tiimeissä, joihin kuului 3 senioria ja 2–3 erikoistuvaa. Sairaалalääkärit vaihtoivat tiimiä 6 kk välein. Leikkauspuolella opetusta annettiin kädestä pitäen, kirjalliset työt näyttivät kaikki jäävän juniorin hoidettavaksi, myös seniorin leikkauksista. Minkäänlaista sanelu- tai konekirjoituskulttuuria ei näyttänyt olevan, vaan osastolla teksti kirjoitettiin käsin, päivystyksessä suoraan tietokoneelle. Kertakäyttöpeitteily, instrumentit ja leikkaussalin kattausta olivat hyvin samanlaiset kuin Suomessa. Kolmessa leikkaussalissa tehtiin töitä; yhdessä avoleikkauksia, toisessa laparoskopiaa ja kolmannessa hysteroskopiaa paikallispudouksessa sekä asennettiin mm. TVT-Secur nauhoja. Kohdunpoistoista ymmärtääkseni suurin osa oli abdominaalisia, vaginaalista ilman prolapsia ei juurikaan tehty ja LH:a ei ainakaan erikoistuville opetettu. Kun lääkäreitä on paljon, diagnostista laparoskopiaakin oli tekemässä kaksi erikoistuvaa seniorin kanssa! Syövän leikkaaminen oli keskitetty erilliseen keskukseseen. Hygieniasta pidettiin huolta, leikkauksen aikana huuhdeltiin vatsaonteloa useaan otteeseen ja haavoja pestiin postoperatiivisesti desinfektioaineilla.

Pihtejä suositaan

Santa Mariassa oli n. 3000 synnytystä vuodessa. Sektioprosentti oli yli 30.

Cytotec-induktio aloitettiin jo H 40–41, mikä ehkä osaltaan selittää korkeaa sektioprosenttia. Synnytyssalissa oli viisi vuodepaikkaa avautumisvaiheeseen ja ponnistuspaikkoja kolme, eli potilas siirtyi ponnistamaan eri huoneeseen. Synnytyksen hoitaa kätilö tai erikoistuva lääkäri. Kaikki lääkärit kehuivat kilvan pihtejä verrattuna imukuppiin ja varmasti ovatkin taitavia niiden käytössä. KTG:a seurattiin koko synnytyksen ajan. Synnytyssalissa oli myös oma anestesialääkäri, joten epiduraali oli tarjolla kaikille halukkaille. Sektiosali oli synnytyssalin yhteydessä.

Kulttuurieroja

Neljän klinikkapäivän aikana näki monenlaista ihmeellistä asiaa. Resursien haaskaukselta tuntui, että päivystämässä oli koko tiimi kerrallaan, ja kun kuudesta tiimin jäsenestä yksi oli lomalla ja yksi sairaana, ei haitannut, kun jäljellä oli edelleen neljä lääkäriä! Hämmäntävä oli myös poliklinikka, jossa samassa huoneessa toimi juniori- ja seniorilääkäri yhtä aikaa omien potilaitensa kanssa. Siinä konsultointi ainakin oli mutkatonta. Salassapitovelvollisuudesta tuskin voidaan puhua, kun potilaat kuulivat toistensa tarinat siinä samassa. Ultraäänitutkimuksia tehtiin vain tarvittaessa ja pääsääntöisesti vain uä-spesialistin tekemänä. Vaikutelmaksi jäi, että potilaat eivät ainakaan sanele tai vaa-

di tutkimuksia tai hoitoja, vaan kiltisti ottavat vastaan sen, mitä lääkäri heille suunnittelee.

ENTOG-sessio oli siis ensimmäistä kertaa EBCOG:n yhteydessä, joten puitteet olivat mahtavat. Varsinaisessa sessiossa pohdittiin erikoistuvien lääkäreiden asemaa ja työoloja eri puolilla Eurooppaa ja eroja niistä todella löytyy. Esimerkiksi Portugalissa joillakin aloilla oletuksena on 70 työtuntia viikossa. EWTG (European Work Time Direction) puhutti jälleen, tavoitteena olisi pudottaa viikkotyömäärä 48 tuntiin elokuusta 2009 lähtien. Lokikirja tuntui olevan käytössä suurimassa osassa maita.

Erikoistumisajan koulutusta pyritään yhtenäistämään keston ja sisällön puolesta, tavoitteena ilmeisesti mahdollistaa työvoiman liikkuvuus yli rajojen... Kaiken tämän perusteella koulutukseen ja työoloihin Suomessa voi olla varsin tyytyväinen.

Kaiken kaikkiaan mahtava viikko aurinkoisessa Lissabonissa 22 eri maasta tulevan 32:n erikoistuvan lääkärin kanssa. Sairaalamailma tuli tutuksi Lissabonissa ja systeemit myös Englannissa, josta mahtava kämppikseni Clare Lipetz oli kotoisin. Itse olin onnellinen myös saamastani viikon kielikylvystä. Lissabonin nähtävyyksiin tuli myös jonkinlainen tuntuma ja Fado kitarat ja laulu eivät unohtu!

Suosittelen lämpimästi, KIITOS SGY! ■

Astellas Vesicare

Erikoistuvien kuulumisia

EGO-laiset (Erikoistuvat Gynekologit ja Obstetrikot) kokoontuivat toukuun alussa 8.–9.5. Vantaalle erikoistuville lääkäreille puolivuositain järjestettävään koulutukseen. SGY:n pientyöryhmänä toimiva EGO järjestää koulutuspäivät kaksi kertaa vuodessa Organon Schering-Plough:n tuella. Koulutuksen aiheet pyörivät kolmen vuoden syklissä ja tarkoituksena on, että kaikki erikoistuvat pääsisivät ainakin kerran erikoistumisensa aikana osallistumaan kaikkiin aiheisiin.

Järjestävinä paikkakuntina toimivat vuorotellen eri yliopistopaikkakunnat siten, että Helsingissä koulutuksia on saman syklin aikana kahdesti. Koulutuksen aihe on Oulussa ultraääni, Kuopiossa yleisgynekologia, Turussa gynekologinen kirurgia, Tampereella obstetriikka ja Helsingissä vuorotellen onkologia tai endokrinologia. Tällä kertaa perehdyimme endokrinologiaan. Kahden päivän luentorunko oli jaettu seuraaviin aihepiireihin: endokrinologia, infertilitetti, HRT, gynekologinen endokrinologia ja ehkäisy. Paikaksi oli valittu ehkä hieman vauhdikkaassakin maineessa oleva Hotelli Vantaa Tikkurilassa. Sijainniltaan hotelli oli erinomainen, rautatieasema oli aivan vieressä ja lentokenttäkin vain lyhyen matkan päässä.

Koulutuspäivät tarjosivat erikoistuville lääkäreille erinomaisen tilaisuuden päivittää tietojaan juuri meille suunnitellulla ohjelmalla. Osallistujia oli tälläkin kertaa runsaasti, yhteensä 108. Toivottavaa tietysti olisi, että koulutuspäivät huomioitaisiin sairaaloiden toiminnassa

ja mahdollisimman moni erikoistuva pääsisi koulutukseen osallistumaan. Miespuolisten kollegoiden määrä oli syksystä ilahduttavasti nousussa (4, kasvua 100 %!), mutta varsinaista ruuhkaa iltajuhlan miestenhuoneeseen ei vielä tänäkään vuonna päässyt syntymään.

Myös koulutuspäivien sosiaalinen anti on tärkeä. Saimme hyvän mahdollisuuden tutustua tuleviin kollegoihimme ja pääsimme myös vaihtamaan eri sairaaloiden kuulumisia. Kahden tiukan koulutuspäivän aikana kevät oli edennyt vauhdilla. Koulutuspäivien jälkeen juna-asemalla saimme huomata, että pienet hiirenkorvat olivat muuttuneet isoiksi lehdiksi luentosalissa istuessamme.

Seuraavien koulutuspäivien aiheena on obstetriikka ja koulutuspäivät pidetään Tampereella 16.–17.10. Osallistumisoikeuden saadakseen on erikoistuvan oltava SGY:n jäsen. Syksyn koulutuspäiville osallistuvien uusien tulokkaiden jäsenhakemusten tulee olla jätettynä elokuun loppuun mennessä. Olisi myös tärkeää, että seniorikollegamme muistaisivat informoida uusia tulokkaita sekä koulutuspäivistä että jäsenhakemuksesta. Erikoistuvilla lääkäreillä on mahdollisuus vaikuttaa seuraavien päivien luento-ohjelmaan, toiveita voi lähettää vaikkapa

allekirjoittaneelle sähköpostilla.

Päivät olivat koulutuksellisesti erittäin onnistuneet ja myös sosiaalisesti antoisat. Suuret kiitokset sekä luennoitsijoille että osallistujille, toivottavasti näemme syksyllä Tampereella! ■



EGO:n hallitus: Jatta Tuohimaa, Anne Rissanen, Anna Terho, Jonna Honkanen, Riikka Tähtinen, Outi Äyräs, Päivi Rahkola ja Sirpa Tauru.

Orion Indivina

Sikiöseulontojen laadusta ei saa tinkiä

Raskausajan ultraäänitutkimuksia on tehty varsin kirjavalla tavalla. Aiemmin osa hoidettavissa-kin olevista poikkeavuuksista jäi löytymättä ja toisaalta väärien hälytysten takia tehtiin turhaan invasiivisia tutkimuksia. Sen vuoksi seulonnat oli tarpeen yhtenäistää. Valtioneuvoston asetus raskausajan seulonnoista astui voimaan 1.1.2007. Sen mukaan kuntien on tarjottava seulontatutkimukset yhtenäisellä tavalla vuoden 2010 alkuun mennessä.

Eettisesti herkkä asia

Sikiöseulonnoista käyty eettinen keskustelu on pyörinyt yksioikoisesti Down-syndrooman ympärillä. Onko Down-lapsella enää oikeutta syntyä? Kehitysvamma-liitto kysyy, ovatko sikiöseulonnat yhteiskunnan viesti, että vammaisia lapsia ei haluta. Jotkut ovat sitä mieltä, että sikiöseulonta on rodunjalostusta. Ollaan huolestuneita siitä, että mitä vähemmän yhteiskunnassa on vammaisia, sitä vähemmän erilaisuutta siedetään. Äitejä, jotka ovat päättäneet pitää vammaisen lapsen saatetaan pitää vastuuttomina. Vammaisen lapsen synnyttäminen tarkoittaa elinikäistä sitoutumista; normaalisti lapsi aikuistuuessaan lähtee kodista elämään itsenäistä omaa elämäänsä, vammaisen ei siihen pysty. Jokainen tekee kuitenkin valintansa itse ja sitä pitää kunnioittaa.

Stakesin tilastojen mukaan Suomessa todetaan vuosittain noin 2000 raskautta, jossa sikiöllä on epämuodostuma. Epämuodostumaksi kirjattu löydös voi olla merkityksettömän pieni tai se voi olla vakava, jopa letaali. Vuonna 2007 poikkeavista löydöksistä Down-syndroomia oli 142. Näistä puolet keskeytettiin ja 72 Down-lastaa syntyi. Kaikkiaan epämuodostumia todettiin 1700 lapsella, joten yli 95 % kaikista poikkeavuuksista on jokin muu kuin Down.

Kärsimyksen vähentämistä vai suvaitsemattomuutta?

Onko seulontatutkimuksissa kyse inhimillisen kärsimyksen vähentämisestä vai kyvyttömyydestä suvaita

poikkeavuutta? Edellä mainitut kommentit osoittavat, että seulontatutkimusten tarkoitusta ei ole kunnolla ymmärretty. Seulonta ei ole karsimista. Se on lääketieteellinen tutkimus, joka on osa raskauden hyvää seurantaa ja hoitoa. Suurin osa seulontaan osallistuvista haluaa yksinkertaisesti vain tietää, miten raskaus sujuu. Tutkimuksiin osallistuvat myös ne, jotka eivät missään nimessä hyväksy raskauden keskeytystä. Jos poikkeavaa ilmenee, siihen voidaan sopeutua raskauden aikana, jolloin tieto ei tule yllätyksenä vasta synnytyksen yhteydessä. Jotkut poikkeavuudet voidaan hoitaa jo raskauden aikana.

Seulonnan avulla synnytyksen laskettu aika varmistuu, tiedetään, onko raskaus yksi- vai monisikiöinen, mikä on istukan sijainti. Seulontatutkimusten avulla on mahdollista saada tieto myös sellaisista poikkeavuuksista, joita on mahdollista hoitaa. Esimerkiksi sydänvian löytyessä ajoissa valitaan synnytyspaikka, jossa lastenkirurgit ovat heti valmiita korjaamaan vian.

Keskeytykset vähentyneet

Seulonnoissa löytyy myös sikiön kehityshäiriöitä, joiden vuoksi osa vanhemmista haluaa keskeyttää raskauden. Keskeytysten määrä ei ole kuitenkaan lisääntynyt. Stakesin tuoreimman tilaston mukaan vuonna 2006 tehtiin 300 keskeytystä vähemmän kuin edellisellä vuonna. Ainoastaan alle 35-vuotiailla seulonta johti keskeytysten lisääntymiseen; heillä Down-raskauksista keskeytettiin aiemmin 33 %, nyt 47 %. Kaikkiaan Suomessa tehtiin viime vuonna reilut 10 000 raskauden

keskeytystä. Niistä 88,7 % tehtiin sosiaalisin syin ja vain 2,8 % sikiöllä todetun poikkeavuuden takia.

Laadusta ei saa tinkiä

Kunnilla on enää alle kaksi vuotta aikaa toteuttaa seulonnat asetuksen velvoittamalla tavalla. Tehtävä on vaativa, ja jotkut kunnat ovat jo joutuneet pikakouluttamaan seulojia. Useimmat kunnat joutuvat ulkoistamaan seulonnat. Valitetta-



vasti palvelujen laatu ei aina ole asetuksen mukainen. Yksityiset palveluntuottajat saattavat tarjota tutkimuksia halvalla tinkien laadusta. Esimerkiksi eräs kunta kilpailutti seulonnat ja antoi yhdelle palveluntuottajalle täydet viisi laatupistettä. Toinen palveluntuottaja sai laatuvertailussa nolla pistettä, mutta voitti tarjouskilpailun halvemman hinnan takia. Toivottavasti huono laatu ei ajan mittaan tule kunnalle kalliiksi.

Finohta vastaa kuntasektorin kouluttamisesta ja valvoo seulontojen toteuttamista. Yksityisellä taholla laadusta vastaa palveluntuottaja itse. Olen itse joutunut tilanteeseen, jossa ultraäänitutkimuksessa oli sanottu kaiken muun olevan hyvin, mutta sikiöllä ei ole päätä. Pariskunta ryntäsi hädissään vastaanotolle päivystykseenä. Pää löytyi ja kaikki muukin. Kesti kuitenkin toista tuntia vakuuttaa järkyttyneelle pariskunnalle, että sikiö on kehittynyt normaalisti.

Olisi suotavaa, että näin tärkeässä asiassa laatuvaatimukset olisivat yhtenäiset myös yksityissektorilla. Se on ennen kaikkea raskaana olevien etu, mutta myös koko yksityissektorin etu. ■

Raskaudenkeskeytykset v. 2006/Stakes

- Keskeytyksiä 10 645
 - 300 (3 %) vähemmän kuin edellisenä vuonna.
- 88,7 % sosiaalisin perustein
- 6,1 % alle 17 v.
- 3,8 % yli 40 v.
- 2,1 % neljä lasta
- 2,8 % todettu tai mahdollinen sikiövaurio

Seulontavaihtoehdot

- Ei osallistu seulontoihin
 - Normaali raskaudenseuranta
- Ei osallistu kromosomiseulontaan
 1. Yleinen varhaisraskauden ultraäänitutkimus rvko 10–14
 2. Keskiraskauden rakenneultra rvko 24
- Osallistuu kromosomiseulontaan
 1. Veriseula rvko 8–11 ja NT-ultra rvko 10–12 tai
 2. Veriseula ja yleinen varhaisraskauden ultra rvko 14–15
 3. Keskiraskauden rakenneultra rvko 18–21

GYNO-LACT

**Emätintä suojaavia
maitohappobakteereita**

**YLLÄPITÄÄ JA PALAUTTAA
EMÄTTIMEN LUONNOLLISTA
BAKTEERITASAPAINOA**

Emättimen bakteeritasapainon häiriö aiheuttaa pahanhajuista vuotoa, kutinaa ja kirvelyä.

Maitohappobakteerit normalisoivat tasapainon ja palauttavat emättimeen suojaavan pH:n.

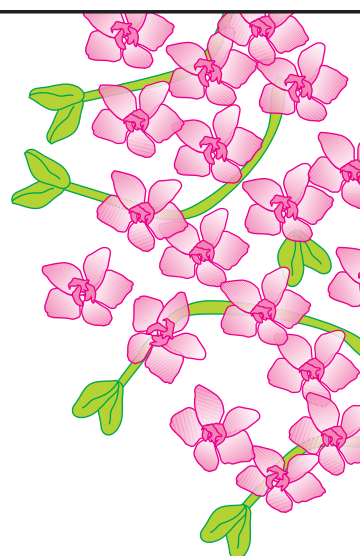
1 tabletti sisältää 3 eri *Lactobacillus*-maitohappobakteerikantaa ja 2 miljardia maitohappobakteeria.

1 emätintabletti iltaisin 7 vrk:n ajan.

Tutustu pakkausselosteeseen.

Apteekeista ja terveystuokupoista.

UUTUUS!



*Siisti käyttää
ei valu eikä tahraa!*



Vitabalans oy

www.vitabalans.com

Kohdunulkoisen raskauden Käypä hoito -ohjeet on päivitetty Miten tämä järjestyksessään kolmas suositus syntyi?

Kohdunulkoisen raskauden Käypä hoito -suositus laadittiin ensimmäisen kerran Suomen Gynekologiyhdistyksen aloitteesta jo vuonna 1998. Suositus päivitetään viiden vuoden välein eli nyt 2.4.2008 julkaistu uusi suositus on jo järjestyksessään kolmas. Kun työhön ensi kerran ryhdyttiin 10 vuotta sitten, oli kohdunulkoisen raskauden diagnostiikassa ja hoidossa tapahtunut isoja muutoksia, joten se kuului hyvin ajankoh-
taisena ensimmäisiin yhdistyksemme käypähoitosuosituksiin.

Alkuperäisestä työryhmästä allekirjoittaneen lisäksi tässä työssä oli mukana enää kollega Pekka Kulju, jonka intoa korostan tässäkin yhteydessä. Työryhmään yleensä on koostunut alan spesialisteista ja mukana edellisissä versioissa ovat tässä mielessä olleet Eija Tomás TAYS/naistenklinikasta, Mika Rantala Turun AVA-klinikasta, Jukka Puolakka Keski-Suomen keskussairaalasta, Bruno Cacciatore HYKS/naistenklinikasta ja Sirkka-Liisa Ala-Fossi Seinäjoen keskussairaalasta. Yleislääkärinä oli mukana alkuvaiheessa Veli-Pekka Prinssi Härkätien terveyskeskuksesta (Lieto) ja tietopalvelun ja varmuusasteen näytön asiantuntijana Marjukka Mäkelä Stakesista ensimmäistä päivitystä tehtäessä. Jälkikiitokset vielä heille kaikille.

Kunkin Käypä hoito -suositustyö-

ryhmän kokoonpano perustuu jäsenen tietotaitoon aiheesta. Tämän pohjalta joku tutustuu lähemmin ongelman epidemiologiaan, toinen diagnostiikkaan, kolmas hoitoon, neljäs ongelmiin, viides ennusteeseen jne. Lisäksi ryhmään kuuluu Käypä hoito (KH) -toimittaja, joka järjestää ryhmän käytännön asiat, kertoo työtä helpottavista koulutustilaisuuksista kuten kriittisen arvioinnin kurssista tai opastaa ohjekirjojen käyttöön. Monet työryhmän jäsenet, jotka tulevat mukaan kliinisestä toimestaan, eivät välttämättä tiedä mitään esim. NAKeista, jotka tarkoittavat NäytönAsteKatsauksia. KH -toimittaja ohjaa työhön ja hoitaa lisäksi työryhmän ilmoitukset sidonnaisuuksista, järjestelee kustannussopimukset täyttökuntoon ja ilmoittaa työryhmälle mm. tarjotuista apurahoista. Lopuksi hän työstää teknisen toimittajan kanssa saadusta materiaalista oikoluettavan version, josta sitten lopullinen tuotos valmistuu. Duodecimin palveluksessa toimivan KH -toimittajan rooli on siis ensiarvoisen tärkeä.

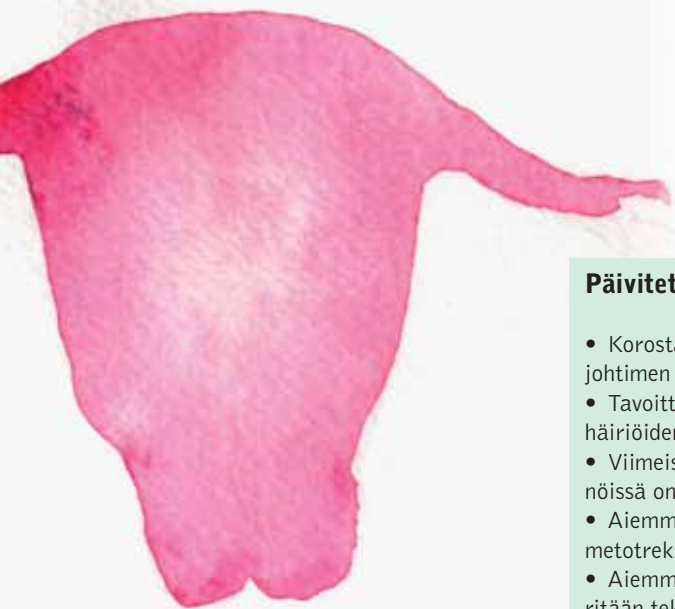
Kun työryhmä tällä kertaa aloitti päivittämisen, arvelin jutun olevan "piece of cake". Ja olihan se tavallaan helpotaisempi verrattuna vuosiin 1997–1998. Silloin tehtiin ensimmäinen suositus, joka rakennettiin A:sta Ö:hön, kuin "tyhjältä". Mutta kyllä työstö tälläkin kertaa vaati paljon, enemmän kuin oletin. Siitä huolimatta rupeama oli hyvin mukava, "helppokin", ja erityisesti hyvin palkitseva. Tästä on kiittäminen työryhmää kokonaisuudessaan. Yhteishenkemme oli erinomainen, vertaansa vailla.

Työryhmän saatua toimeksiannon

se tavanomaiseen tapaan järjestäytyi, valitsi puheenjohtajan ja jakoi jokaiselle erillistehtävät. Priimusmoottorina toimiva KH -toimittaja toimi kokoonkutsujana ja tarjosi yhdessä Duodecimin Käypä hoito -toimiston kanssa kokouspaikat ja kaiken tarvittavan kirjallisuusmateriaalin työryhmän jäsenille. Tämä helpotti olennaisesti kokousten välillä tehtävää paperityötä. Varsinaisen substanssin siivilöinti jäi sitten kullekin ryhmän jäsenelle "kotitehtäväksi". Tällä kertaa 'Ekstran' päivitysryhmä toimi vähän reilun puoli vuotta, ja sai edellisen suositusversion siinä ajassa päivitettyä painatuskuntoon. Yhteisiä kokouksia tätä varten pidettiin puolisen tusinaa. Oman aikansa käytöstä jäsenet voisivat kukin antaa tarkan viestinsä, mutta kokemuksesta voin kertoa, että kysymys ei ole aivan vähäisestä tuntimäärästä! Kuvaavaa oli, että ei mennyt yleensä päivää tai ainakaan viikkoa ilman meiliä, jossa piti taas miettiä, miten vastaisi työryhmän jäsenen kysymykseen tai arvioisi uutta tuotettua materiaalia niin, että jollakin fiksulla vastauksella joko backmeilisä tai seuraavassa kokouksessa osaisi asiaa kommentoida. Puheenjohtajan ja tavallaan myös yhdistyksen edustajan ominaisuudessa arvostan tämän panostuksen erittäin korkealle.

Tämänkertaiseen työryhmään Duodecimin kautta ehdotetut ja valituksi tulleet jäsenet eivät kaikki olleet allekirjoittaneelle edes nimituttuja. Kristiina Hotakainen, joka on kliinisen kemian erikoislääkäri Helsingin Yliopistosta ja HUSLabista oli aivan erinomainen "vieraan erikoisalan" edustaja nöyrine, mutta hyvin rakentavine





Päivitetty suositus

- Korostaa varhaista diagnostiikkaa sairastavuuden vähentämiseksi (mm. munanjohtimen repeäminen, verenvuoto) ja hedelmällisyyden säilyttämiseksi.
- Tavoitteena siirtyä seerumin kvantitatiivisen hCG-määrityksen käyttöön raskaushäiriöiden diagnostiikassa.
- Viimeisten kymmenen vuoden aikana kohdunulkaisen raskauden hoitokäytännöissä on tapahtunut isoja muutoksia.
- Aiemmin ensisijaisena hoitona oli leikkaus. Nykyään suositetaan aiempaa enemmän metotreksaattilääkitystä ja seurantahoitoa.
- Aiemmin laparoskopia oli ensisijainen diagnosointikeino, nykyään diagnoosi pyritään tekemään kaikututkimuksen ja istukkagonadotropiini (S-hCG) määrityksen avulla.
- Nykyään suositetaan yhä enemmän poliklinistä hoitolinjaa.

kommentteineen ja kysymyksineen. Toinen uusi jäsen gynekologikollega Tiina-Liisa Erkinheimo oli oikeastaan vain nimituttu Seinäjoen keskussairaalaan, mutta aivan uskomaton ”työmyyrä” mm. NAKien työstämisessä. Tarja Sokka Mikkelin keskussairaalaan, gynekologikollega niin ikään, oli tuttu jo vuosien takaa Turun kaudeltaan. Hänen ansionsa olin tunnistanut jo silloin ja ne ovat edelleen erinomaisesti tallella. Gynekologiylilääkäri Pekka Kulju Lapin keskussairaalaan on ollut mukana kaikki suosituskerrat. Hän on terävä-älyinen käytännön mies, joka osaa keskittyä olennaiseen ja myös tiedemaailman asioihin – ennakkokäsityksistään poiketen. Sokerina pohjalalla oli jo useampaan otteeseen mainittu KH -toimittaja, jona toimi gynekologikollega Piia Vuorela Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä. Hän oli varsinainen tämänkertaisen suosituksen synnyttämisen ”äiti” eli avainhenkilö. Kiitos siitä vielä, Piia, meidän kaikkien puolesta. Samalla vielä tässäkin yhteydessä onnittelut uuden perheenisäyksesä johdosta (poikalapsi helmikuussa 2008), jonka ”pyöräytit” kuin symbolisesti tämän projektin lopuksi.

Otsikon perusaihe eli päivitetty hoitosuositus löytyy tiivistelmänä Aikakauskirja Duodecimin numerosta 2008;124(7):807-8 ja sähköisenä versiona kokonaisuudessaan Käyvän hoidon kotisivuilta osoitteesta www.kaypahoito.fi.

Tärkeimmät suosituksen muutokset on esitetty oheisessa tiivistelmässä. ■

Käypä hoito -työryhmän jäsenet esittelyssä

■ Kysymykset ja teksti PIIA VUORELA, kuvat jäsenten kotiarkistot

Minkälainen kollega ryhtyy töihin koko Suomen hyväksi? Minkälainen kollega tekee tärkeän projektin, jonka kaikkia työtunteja ei Duodecimin tarjoama apuraha taida kuitenkaan kattaa? Halusimme seuraavan minihaastattelun avulla esitellä Käypä hoito -suosituksemme päivitystyöryhmän pintaa syvemältä. Työryhmän jäseniltä kysyttiin:

1. Miten sinusta tuli lääkäri?
2. Miten päädyit erikoisalallesi?
3. Missä työskentelet?
4. Käypä hoito suositustyön hyvät ja huonot puolet?
5. Mitä muuta lääkärintyön ja Käypä hoito työn lisäksi elämäsi mahtuu?

Juha Mäkinen, synnytys- ja naistentautien professori

1. Paras kaveri houkutteli lukion vii-meisellä luokalla.
2. Synnytysten ihmeellinen maailma, operatiivan lisäksi.
3. Turun yliopisto, TYKS
4. Loistava tiimi. Ei huonoja puolita.
5. Musiikki (Beatles ja ReBeat), urheilu ja liikunta, luonto, hyvä ruoka ja viinit, joukko läheisiä ja ystäviä.



Tiina-Liisa Erkinheimo, synnytys- ja naistentautiopin erikoislääkäri

1. Äitini ammatin myötä sairaala oli lapsesta lähtien minulle tuttu ja kiehtova miljö. Lääkärin ammatti oli biologin ammatin ohella yläasteelta lähtien suurin ammattihaaveeni. Olen aina ollut kiinnostunut luonnonilmiöistä ja jo pienestä pitäen tein ruumiinavauksia kaikenlaisille tästä ajasta poissiihtyneille pikkueliöille (psykopatologiaa??).

2. Minusta piti tulla pediatri, mutta onneksi elämä kuljetti minut erikoisalalle, jossa saa tehdä työtä lasten ja naisten hyväksi. Synnytys- ja naisten taudit ovat operatiivisuudessaan ja nopeatempoisuudessaan erinomaisen mielenkiintoinen ala.

3. Työskentelen osastonlääkärinä Seinäjoen keskussairaalassa.

4. Hienoa, että työryhmänä perehdytään syvällisesti ja kriittisesti uusimpiin ko. aihetta käsitteleviin julkaisuihin ja mietitään hoitosuosituksia. Omassa arkisessa työssä ei tällä tarkkuudella ole useinkaan mahdollista ongelmiin perehtyä. KH-työstä jää kaipaamaan myös niitä kriittisiä keskusteluja, jotka osoittivat että osallistujat olivat kukin perehtyneet todella kirjallisuuteen, ja julkaisuihin vedoten kommentoitiin hoitosuositukseen valittavia lauseita. Läpikäytävien julkaisujen määrä oli huikea ja kun työ teh-



tiin vielä omien toimien ohella, oli yön hiljaiset tunnit taas sitä parasta (ja väsyttävintä) kirjoitusaikaa.

5. Tärkein työni ja harrastukseni ja suurin elämäniloni lähde on olla äitinä Markukselle (3v), Suville (10v) ja Anterolle (12v) ja aina niin herttaisena ja viehkeänä vaimona miehelleni Antille. Jos aikaa vielä sattuu yli jäämään, vietän sen mielelläni rullaluistellen, meloen, juosten, metsässä vaellellen, puutarhamultia tonkien ja pikkueliöitä katsellen (PS. en enää tee niille ruumiinavauksia – parantunut?).

Pekka Kulju, synnytys- ja naistentautiopin erikoislääkäri, yleislääketieteen erikoislääkäri

1. Ei sitä ainakaan suvussa ollut. Lukiossa olin melko varma, että työurani liittyy johonkin hyvin konkreettiseen tekemiseen. En myöskään suunnitellut pitkää kouluttautumista. Toisin kävi.

2. Kirurgiassa olisi ollut sitä konkretiaa riittävästi, gynestä tykkäsin, mutta suunnitellut siitä erikoisalaa. Periferian terveyskeskukset olivat 70-luvulla hyvin varustettuja ja tarjosivat mielenkiintoisen työn ja hyvän asunon. Päädyin Kittilään, jossa olinkin tk:ssa monta vuotta. Lähdin erikoistumaan yleislääketieteeseen, mutta veto käsitöihin oli suurempi. Yleislääketiede kannatti kuitenkin tehdä loppuun päätavoitteen jo ollessa gynekologia.

3. Lapin keskussairaalan naisten klinikalla.

4. Käyvän hoidon vakiväki on hionut prosessin jo niin hyvin toimivaksi, että sain keskittyä pelkästään sisällön tuottamiseen. Kokoon tumisiin liittyvät rutiinit toimivat hyvin vaivattomasti. Huonoa oli vain oma tottumattomuuteni tieteellisten tekstien arviointiin.

5. Harrastan tanssia, erityisesti argentiinalaista tangoa. Opetan ja opetelen sitä viikoittain. Remontoin jatkuvasti jotain rakennusta. Saan siitä elämäni lisää sitä kaipaamaani konkreettista tekemistä.



Tarja Sokka, synnytys- ja naistentautiopin erikoislääkäri

1. Lääkärin ammatti oli toiveammattini koko kouluajan lukioon saakka, jolloin mietin vakavasti muitakin vaihtoehtoja. Viimeisenä kesänä ennen kirjoituskisaa olin Saksassa kesätöissä, ja sen jälkeen oli vain ehdottomasti päästävä Berliiniin opiskelemaan ja lääketiede tuntui hyvältä ratkaisulta.

2. Gynekologia kiinnosti jo opiskeluaikana, ja en oikein muuta erikoisalaa edes ajatellutkaan.

3. Erikoislääkärinä Mikkelin keskussairaalassa tällä hetkellä puoliviikkoina.

4. Käypä hoito -suositustyö oli haastavaa ja mielenkiintoista. Aika kului nopeasti kirjallisuuden parissa, ja vanhasta aiheesta löytyi aina uutta mietittävää. Erityisesti mieleen jäivät pitkät kokouksemme, joissa oli aina innostunut keskustelu jokaisesta lauseesta ja pilkusta. Käypä hoito -suositustyö vei paljon enemmän aikaa kuin olin ajatellut, ja se oli tietysti tämän työn huono puoli.

5. Kun perheessä on kaksi teini-ikäistä lasta ja yksi mies ja yksi koira, ei varsinaista loppoaikaa juuri jää. Kesällä yritän kuoputtaa puutarhaa ja kitkeä rikkaruohoja ja kasvattaa kesäkurpitsaa (ainoa kasvi, mikä kasvaa hoidotta), ja viime talvena yritin virkistää italialan kielen opintojani, tosin en kovin ahkerasti.



Kristina Hotakainen, kliinisen kemian erikoislääkäri

1. Ihan itsestään! (Mitään muita vaihtoehtoja ei käynyt mielessä.)

2. Ihan vahingossa! Kurssikaveri värväsi minut 1993 isänsä tutkimusryhmään syventäviä opintoja tekemään. Syventävät tulivat aikanaan tehdyiksi, mutta tutkimuksesta ei tullut loppua...

3. Samassa ryhmässä olen edelleen, Helsingin yliopiston kliinisen kemian yksikössä – tosin nykyään kliinisen opettajan ominaisuudessa.

4. Erittäin antoisaa, poikkeuksellista ja avartavaa ryhmätyöskentelyä! Huonoina puolina kaikenlaisen työn huonot puolet; kiristää aikataulua ja haittaa harrastuksia.

5. Kaksi vauhdikasta vesseliä ja yhtä vauhdikkaan miehen sisältävä perhe, sukulaiset, ystävät, yhteiset ja omat harrastukset, liikunta, luonto...



Piia Vuorela, synnytys- ja naistentautiopin erikoislääkäri, Käypä hoito -toimittaja

1. Koulussa minua kiinnosti biologia, erityisesti ihmisen biologia. Jonakin vuonna biologian kirjassa sitten oli koko sivun kuva sikiöstä. Se oli mielestäni kiehtova, en saanut siitä katsettani irti ja palasin aina katsomaan sitä uudelleen.

2. Varmaan se oli tuo edellä mainittu sikiön kuva. Ja sitten mielestäni maailman väestöongelma oli niin paha, että opiskeluvaiheessa ajattelin ryhtyväni ehkäisyttäjäksi ja parantaa väestöongelman. Kumpaakaan ei ole

vielä tapahtunut.

3. Ennen äitiyslomaani olin töissä Helsingin Naistenklinikalla ja tutkijana Helsingin Biomedicumissa. Äitiysloman jälkeen saatan olla työtön työnhakija.

4. Pidän ryhmätyöstä, ja hyvin toimiva tiimi, kuten tässä suosituksessa oli, on ilo sinänsä. On hauskaa, että työpäivän jälkeen voi olla innostunut olo.

5. Urho 130 cm, Aarne 120 cm, Paa-vo 60 cm ja Jan 190 cm. Jään tässä kylä naisvähemmistöön ja olenkin ajatellut ehdottaa KH johtoryhmälle uudeksi suositusaiheeksi "Poikalasten kasvattaminen".■

- SGY on ehdottanut vuoden 2009 Lääkäripäiville koulutusta aiheesta endometriooosi. Lisäksi hallitus päätti, että SGY toimii taustajärjestönä seksuaalista hyväksikäyttöä käsittelevässä koulutuksessa.

- Syklin mainosmäärät ovat vähentyneet viime vuoteen verrattuna. Pohdittiin keinoja kohentaa tilannetta. Tulevaisuudessa mainosten hankintaan osallistuu useampi hallituksen jäsen.

- Jäsentiedotuksen parantamiseksi pohdittiin mm. sähköpostin aktiivisempaa käyttöä. Sähköpostitiedottamista päätettiin käyttää tarpeen mukaan, mutta Sykli on edelleen pääasiallinen informaatioväline.

- Jäsenhakemuskavake todettiin puutteelliseksi ja vanhanaikaiseksi. Päätettiin laatia uusi sähköinen hakemuskavake kotisivuille.

- Satu Suhonen ja Arimo Valasto jatkavat SGY:n edustajina Väestöliitossa.

- Antti Valpas toimii Juha Tapanaisen sijaisena NFOG:n hallituksen kokouksessa kesäkuussa Reykjavikissa.

- Tulevilla SGY:n koulutuspäivillä sosiaalisesta ohjelmasta vastaavat ensisijaisesti paikalliset kollegat ja SGY:n hallitus on taustatukena. ■

Kevätkokouksen pöytäkirja 2008

Suomen Gynekologiyhdistys r.y:n kevätkokous pidettiin Hämeenlinnassa Aulangolla torstaina 24.04.08 klo 17 alkaen.

1. Kokouksen avaus
Yhdistyksen puheenjohtaja Juha Tapanainen avasi kokouksen klo 17.20.
2. Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus
Kokous todettiin laillisesti kokoonkutsutuksi ja päätösvaltaiseksi.
3. Kokouksen järjestäytyminen
Kokouksen puheenjohtajaksi valittiin Juha Tapanainen ja sihteeriksi Kati Ojala. Pöytäkirjan tarkastajiksi ja ääntenlaskijoiksi valittiin Jouko Järvenpää ja Aarre Kivelä.
4. Esityslistan hyväksyminen
Kokouksen esityslista hyväksyttiin.
5. Vuosikokouksen 2007 pöytäkirjan hyväksyminen
Vuosikokouksen 2007 pöytäkirja esitettiin kokoukselle ja hyväksyttiin muutoksitta.
6. Apurahojen jako
 1. Ulla-Maija Mäkilän muistorahaston palkinto (1500 €) merkittävimmästä vuonna 2007 valmistuneesta synnytys- ja naistentautiopin väitöskirjasta myönnettiin LT Annika Riskalle. Hänen väitöskirjansa käsitteli munatorvisyöpää. Palkinnon ojensi professori Juha Tapanainen.
 2. Professori Pertti Kirkinen ja professori Jorma Paavonen jakoivat Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat (ä 3500 €). Apurahan saivat Katja Ahinko-Hakamaa, Mervi Haapsamo, Maija Jakobsson, Ester Jääskeläinen ja Päivi Rovio. Samalla professorit kertoivat uudesta Keskon toimitusjohtajan Matti Halmesmäen lahjoittamasta 10 000 € summasta, joka jaetaan Pirkka-stipendinä. Lopuksi professorit kertoivat suunnitteilla olevasta uudesta Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön logosta, joka julkistetaan syksyllä 2008 SGY:n 80-vuotisjuhlien yhteydessä.
 3. Erikaislääkärin matka-apurahan (1500 €) klinikkavierailua varten sai LT Riikka Aaltonen.
7. Jäsenasiat
Vuosikokouksen jälkeen on yhdistykseen hyväksytty 21 uutta jäsentä, jotka ovat Ivi Saar, Sanna Westerlund, Johanna Melin, Maiju Grönvall, Terhi Lindgren, Sami Onoila, Henna Oksanen, Kristi Juhmen, Reetta Hirvonen, Aija-Liisa Ryyänen, Maris Keldrina, Sirpa Keränen, Maria-Elina Mosorin, Tanja Länsman, Nanna Sarvilinna, Päivi Malmström, Riina Korjamo, Anu Aalto, Marian Jaalama, Hanna-Mari Siivonen ja Anni Ellenberg. Puheenjohtaja ja sihteeri jakoivat paikalla olleille jäsenkirjat ja yhdistyksen historiikin sekä toivottivat heidät tervetulleiksi mukaan yhdistyksen toimintaan. Puheenjohtaja esitteli ehdotukset uusista SGY:n kunniajäsenistä. Uusiksi kunniajäseniksi valittiin Eero Carpen, Paavo Mäntyviita, Ignace Vergote ja Juriy Wladimiroff.
8. Ilmoitusasiat
Puheenjohtaja esitteli tulevien koulutuspäivien ajankohdat.
9. Muut asiat
Muuta asioita ei ollut.
10. Kokouksen päättäminen
Puheenjohtaja päätti kokouksen klo 17.55.

Pöytäkirjan vakuudeksi 30.04.2008

Juha Tapanainen	Kati Ojala
puheenjohtaja	sihteeri

Olemme tarkastaneet Suomen Gynekologiyhdistys r.y.:n kevätkokouksen pöytäkirjan ja todenneet sen kokouksen kulkua vastaavaksi.

Jouko Järvenpää	Aarre Kivelä
-----------------	--------------

Hedelmöityshoitojen määrä lisääntyy tasaisesti

Stakes on julkaissut alustavia tietoja vuoden 2007 hedelmöityshoitotilastoista. Tiedot on kerätty 27 hoitoa antavasta klinikasta. Tilastojen mukaan Suomessa tehtiin viime vuonna noin 13 300 hedelmöityshoitoa. Näistä 8 750 oli koeputkihedelmöityksiä, mikrohedelmöityksiä tai pakastetun alkion siirtoja ja runsaat 4 500 keinohedelmöityksiä (inseminaatioita). Tämän lisäksi vuosittain aloitetaan noin tuhat hoitoa, joissa käytetään luovutettuja sukusoluja tai alkioita.

Hoitojen määrä lisääntyi 9 % edellisvuodesta. Syyskuussa 2007 voimaan tulleen hedelmöityshoitolaain vaikutus-

ta hoitojen määriin ei voida vielä arvioida neljän kuukauden tietojen perusteella.

Lapsen syntymään johti noin joka viides koeputkihedelmöitys tai pakastetun alkion siirto. Vuoden 2006 koeputkihedelmöityshoidoista syntyi 1 985 lasta 1 763 synnytyksessä. Tämä vastaa 3,4 % kaikista syntyneistä lapsista ja 3,1 % kaikista synnytyksistä. Luovutettujen munasolujen avulla syntyi 197 lasta (0,3 % kaikista syntyneistä).

Monisikiöisiä synnytyksiä oli kaikista synnytyksistä 11 %. Ensimmäistä kertaa ei raportoitu yhtään kolmosten tai nelosten synnytystä. Vuosien 1992–2005 hoidoista on syntynyt yhteensä 97 kolmoset tai neloset. Monisikiöisten synnytysten väheneminen

johtuu yhden alkion siirtojen yleistymisestä. Vuoden 2007 ennakkotietojen mukaan koeputkihedelmöityksissä yhden alkion siirtojen osuus oli 57 % ja pakastetun alkion siirroissa 55 %.

Inseminaatioista (IUI) valtaosa eli 85 % tehtiin puolison siemennesteellä ja 17 % luovutetulla siemennesteellä. Aloitetuista hoidoista noin 9 % johtaa elävän lapsen syntymään. Hoitotulokset olivat paremmat luovutetulla siemennesteellä (13 %) kuin puolison siemennesteellä (8 %). Inseminaatio-synnytyksistä 11 % oli monisikiöisiä. Tämä on sama osuus kuin koeputkihedelmöityksissä ja merkittävästi korkeampi kuin spontaanisti alkunsa saaneissa raskauksissa (1,2 %). Syynä monisikiöisyyden yleisyyteen ovat hoidossa käytetyt hormonit. ■

Acta Obstet Gynecol Scand netissä – ja muita kesän huvituksia

It is now possible for you and your colleagues (all NFOG members/subscribers) to get online access to all articles of Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. For FREE! Read more: www.nfog.org

Kun olet lomaillessasi tutustunut huolellisesti Actan sivustoihin ja kahlannut Syklin läpi, toimitus suosittelee kuvataiteesta kiinnostuneille vierailua Purnussa Orivedellä (www.purnu.fi), jossa voi korkeatasoisen kuvataiteen lisäksi ihailla kaunista maisemaa ja maanantaisin sauna näyttelylipun hintaan kuvanveistäjä Aimo Tukiaisen savusaunassa (13–15 miehet, 15–17 naiset).

Musiikin harrastajille suomalainen kesä on runsauden sarvi. Loppukesän nautintoihin kuuluu Tuusulanjärven Kamarimusiikki 27.7.–2.8.2008 (www.tuusulanjarvifestival.fi). Pekka Kuusisto tuo sukulaisensa ja ystävänsä musisoimaan Tuusulanjärven ympäristön intiimeihin konserttitiloihin ja taiteilijakoteihin. Minkä istumamukavuudessa häviää, sen konserttien tunnelmassa voittaa, moninkertaisesti.

Vaikka kesä onkin lomailua ja lepäilyä varten, monet käyttävät lomaansa myös kunnon kohotukseen. Tosi friikkien kesä huipentuu Helsinki City Marathoniin 16.8.2008 klo 15.00 (www.helsinkicitymarathon.fi).

Vietipä kesäsi miten tahansa, toimitus toivottaa kaikille lukijoilleen rentouttavaa lomaa!

Sykli

Suomen Gynekologiyhdistyksen 80-vuotisjuhlakokous 13.–14.11.2008

Suomen Kansallisooppera, Alminsali, Helsinki

Torstai 13.11.08	Perjantai 14.11.08
Presymposium: Edunvalvonta, Suomen Gynekologit ry Pj. LL Timo Rapeli 9.30 Lääkärin työaika Dos. Olli Meretoja, SLL 10.15 Ajankohtaista yksityissektorin gynekologille LKT Marjut Laurikka-Routti 11.00 Lounas 12.00 Koulutuspäivien avaus, SGY:n pj Prof. Juha Tapanainen Teema: Naisten parhaaksi vuodesta 1928 Pj. Prof. Juha Tapanainen 12.05 SGY 1928–2008 Prof. Juha Mäkinen, TYKS 12.40 Huomispäivän gynekologi – virkamies, yrittäjä vai kutsumustyöläinen? Kansleri Kari Raivio, HY 13.15 Suomalaisien gynekologien vaikutus naisten terveyteen Dos. Seija Grenman, TYKS 13.45 Kahvitauko ja näyttely 14.30 Seth Wichmann -luennoitsijan esittely SGY:n pj Juha Tapanainen 14.35 Seth Wichmann -luento Teema: Honorary Lectures Pj. Prof. Juha Tapanainen 15.00 Auditing the training system in Europe Prof. Juriy Wladimiroff, Erasmus University, Rotterdam, Hollanti 15.30 Training of gynecologic oncologists Prof. Ignace Vergote, U.Z. Gasthuisberg, Leuven, Belgia 16.00 Koti ja sen valtiatar – naisten elinympäristön muutos uuden ajan Euroopassa Prof. Kaari Utrio 17.00 SGY:n vuosikokous 19.30 Iltajuhla	Teema: Vaihdevuosisoireiden hoito Pj. Prof. Aila Tiitinen ja Dos Tomi Mikkola 9.00 Estrogeeni ja sydänvaikutukset Dos. Tomi Mikkola, HYKS 9.30 Onko hormonihoitolla sijaa osteoporoosin hoidossa? Prof. Marjo Tuppurainen, KYS 10.00 Kahvitauko 10.30 Hormonihoito ja rintasyöpäriski – suomalaista tutkimustietoa EL Heli Lyytinen, HYKS 11.00 SERMit – onko niistä apua vaihdevuosisoireiden hoitoon? Prof. Aila Tiitinen, HYKS 11.30 Voisiko menopaussi-ikää tulevaisuudessa siirtää? Prof. Juha Tapanainen, OYS 12.00 Lounas Teema: Keisarileikkaus ja monisikiöraskaudet Pj. Dos Aydin Tekay ja LT Maija-Riitta Ordén 13.15 Opening of the Obstetric Session Dos Aydin Tekay, OYS 13.20 An Optimized Caesarean Section Prof. Michael Stark, The New European Surgical Academy, Berliini 14.10 Suomalainen keisarileikkaus EL Nanneli Pallasmaa, TYKS 14.40 Kahvitauko 15.10 Monisikiöraskauden komplikaatiot ja seuranta Dos. Aydin Tekay, OYS 15.45 Monisikiösyntyys LKT Vedran Stefanovic, HYKS 16.15– Päivien päätös, SGY:n pj Juha Tapanainen

80-vuotisjuhlakokous ja syyskoulutuspäivät 13.–14.11.2008 Suomen Kansallisoopperan Alminsali ja Vanha Ylioppilastalo, Helsinki

Suomen Gynekologiyhdistys ry täyttää 80 vuotta vuonna 2008. Juhlavuoden vuosikokous ja siihen liittyvät koulutuspäivät järjestetään Helsingissä. Kokouspaikkana on Kansallisoopperan Alminsali, jossa pidetään päivien luennot, lääketieteellinen näyttely ja juhlakokous. Tilaisuuteen on osallistumisoikeus SGY ry:n jäsenillä. Iltajuhla järjestetään Vanhalla Ylioppilastalolla, juhlaan voivat osallistua myös avecit.

Novo Nordisk järjestää keskiviikkona 12.11.2008 iltasymposiumin, johon jäsenet saavat erillisen kutsun ja ohjelmatiedot.

Ilmoittautuminen muuttuu: Ilmoittautuminen tapahtuu kätevimmin SGY ry:n kotisivujen kautta: www.gynekologiyhdistys.fi/ilmoittautuminen. Ilmoittautumislomakkeessa ovat pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Faxilla (09-6188 5259) ja postitse (Anne Teeriaho, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Kalevankatu 11 A, 00100 Helsinki) voi ilmoittaa samat tiedot: osallistujan nimi, sähköpostiosoite, to-pe osallistuminen, iltajuhlaan osallistuminen, avec ja ruokatoiveet. Sähköposti on tärkeä, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla. Siihen vastaamalla paluupostissa tulee todistuslomake, jonka voit sitten tulostaa itsellesi.

Ilmoittautuminen on tehtävä 24.10.2008 mennessä.

Osallistumismaksut: Maksut on maksettava myös 24.10.2008 mennessä. Erikoislääkärit 150 €/ yksi päivä ja 280 €/ kaksi päivää. Erikoistuvat 110 €/ yksi päivä ja 220 €/ 2 päivää. Maksut maksetaan SGY ry:n tilille 217238-2380. Eräpäivän jälkeen on maksettava 15 € kirjaamismaksu.

Iltajuhla: 80-vuotisjuhlakokouksen iltajuhla järjestetään Vanhalla Ylioppilastalolla alkaen klo 19.30. Hotelli Crowne Plazasta on bussikuljetus Vanhalle klo 19.00–19.15, paluukuljetukset puolen yön jälkeen erillisen aikataulun mukaan. Avecien iltajuhlamaksu on 80 €.

Pukukoodi: Juhla- tai tumma puku.

MAJOITTUMINEN: Majoitusta varten on varattu kiintiö Hotelli Crowne Plazassa (entinen Hotelli Hesperia, Oopperaa vastapäätä). Varaukset suoraan hotellista, (09) 2521 0000; fax (09) 2521 3999; e-mail: helsinki.cph@restel.fi. SGY suosittelee mahdollisimman varhaista varaamista. Varaukset 15.10.2008 mennessä. Huonehinnat: 1-hh 165–205 €/ vrk ja 2-hh 190–230 €/ vrk, samoilla hinnoilla voi majoittua halutessaan myös pe–la välisen yön.

ILMOITTAUTUMISLOMAKE

**Suomen Gynekologiyhdistys ry, 80-vuotisjuhla ja syyskoulutuspäivät, Alminsali ja Vanha Ylioppilastalo, Helsinki
13.–14.11.2008**

Ilmoittautuminen ja osallistumismaksut 24.10.2008 mennessä.

Osallistuja (nimi tekstaten)		
Osallistun: to–pe ☐	vain to ☐	vain pe ☐
Avec mukana iltajuhlassa: ☐ (iltajuhlamaksu 80 €) Ei iltajuhlaa: ☐ Iltajuhlan pukuna: Juhla- tai tumma puku		
Olen erikoislääkäri: ☐	erikoistuva: ☐	Olen uusi jäsen: ☐
Sähköpostiosoite:		

Ilmoittautuminen mieluiten e-maililla em. tiedot sisältäen: anne.teeriaho@duodecim.fi fax: (09) 6188 5259.
Postitse: Anne Teeriaho, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Kalevankatu 11 A, 00100 Helsinki.

Seuraavat sgy ry koulutukset:

- 12.–13.02.2009 Reprodutioendokrinologian koulutuspäivät, Kansallismuseon Auditorio, Helsinki
- 23.–24.04.2009 Kevätkokous ja -koulutuspäivät, Jyväskylä Paviljonki, Jyväskylä
- 12.–13.11.2009 Vuosikokous ja syyskoulutuspäivät, Hotelli Caribia, Turku
- 22.–23.04.2010 Kevätkokous ja -koulutuspäivät, Biomedicum, Helsinki
- 11.–12.11.2010 Vuosikokous ja syyskoulutuspäivät, Tampere-talo, Tampere

Ulkomaiset kokoukset:

- 27.9.–2.10.2009 XIX Figo World Congress, Kapkaupunki, Etelä-Afrikka.
- Tähän kokoukseen tullaan järjestämään yhteismatka jäsenille ja perheenjäsenille erillisten tarjousten perusteella.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 23.–24.4.2009 Paviljonki, Jyväskylä

Torstai 23.4.2009

Presymposium: Vulvan premalignit ja malignit taudit

Pj. Dos. Ulla Puustola

- 9.00 LSA- ja VIN – muutokset
LT Merja Yliskoski, KSSHP
- 9.30 Vulvan Pagetin tauti
LT Marianne Hinkula, OYS
- 10.00 Vulvan levyepiteelisyöpä
LKT Jyrki Jalkanen, HYKS
- 10.30 Vulvan seudun muut malignoomat
LT Maarit Vuento, TAYS

11.00 Lounas

**12.00 Koulutuspäivien avaus
SGY:n pj Juha Tapanainen**

**Teema: Seksuaalinen väkivalta ja kaltoinkohtelu osana
potilaidemme arkitodellisuutta. Kuinka tunnistaa ja toimia?**
Pj. LL Leena Väisälä

- 12.05 Johdatus teemaan: sketsi ja jälkipuinti
LL Leena Väisälä, Jussityöntekijät Martti Pennanen
ja Timo Aarnivala
- 13.00 Poliisin rooli ja tehtävät tutkinnassa
Komisario Jonna Turunen, Helsingin poliisilaitos
- 13.30 Mitä tapahtuu oikeussalissa?
Asianajaja Marjatta Karhuvaara
- 14.10 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen

Teema: sana teema jatkuu

Pj. LL Leena Väisälä

- 14.40 Nuorten seksuaalinen kaltoinkohtelu
Projektikoordinaattori Kirsi Porras,
Väestöliitto Hki
- 15.20 Mistä tunnistaa väkivallan, mitä voi vastaanotolla
tehdä potilaan hyväksi?
LL Pirkko Brusila, Väestöliitto Hki
- 16.00 Miten uhria voidaan auttaa terapialla?
Psykoogi, traumaterapeutti Anne Suokas-Cunliffe,
Traumaterapiayhdistys
- 16.40 Yhteenveto ja päätöskeskustelu
LL Leena Väisälä
- 17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaoston
vuosikokous
- 19.30 Iltajuhla

Perjantai 24.4.2009

Teema: Lantionpohjan ongelmat

Pj. Dos. Pentti Kiilholma

- 8.30 Miten laskeumapotilas pitäisi tutkia?
LT Kari Nieminen, TAYS
- 9.00 Laskeumien epidemiologiaa – kenelle tulee
laskeuma?
LKT Aarre Kivelä, OYS
- 9.30 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
- 10.00 Surgical Anatomy of Pelvic Floor
Prof. Huub van der Vaart; Utrecht, Hollanti
- 11.00 Laskeumaverkkotutkimukset – missä mennään?
LL Tapio Väyrynen, HyS
- 11.30 SGY tutkii
SGY:n vpj
- 12.00 Lounas

Teema: Lantionpohjan ongelmat jatkuvat

Pj. LT Pauliina Aukee

- 13.00 Sulkijalihasvauriot ja ulosteinkontinenssi
synnytyksen jälkeen – voidaanko ne estää?
Dos. Aydin Tekay, OYS
- 13.30 Synnytysten vaikutus lantionpohjan toimintaan
LL Jaana Kröger, K-SKS
- 13.50 Fysioterapia – kriittinen arvio
Dos. Olavi Airaksinen, KYS
- 14.30 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
- 15.00 Parantaako kohdunpoisto lantion pohjan
toimintahäiriöitä?
LT Pauliina Aukee, K-SKS
- 15.30 Moniammatillinen yhteistyö laskeumien hoidossa
Dos. Matti Kairaluoma, K-SKS
- 16.00– Päivien päätös, SGY:n pj Juha Tapanainen

Gynekologisen Kirurgian Seuran koulutuspäivät Biomedicum, Helsinki 25.–26.9.2008

Laskeumien ja inkontinenssin kirurginen hoito

Torstai 25.9.08

- 8.00 Ilmoittautuminen, näyttely ja kahvi
9.00 Avaussanat, Jyrki Jalkanen HYKS
9.05 Lantionpohjan anatomia, Riikka Aaltonen TYKS
9.25 Lantionpohjan toiminnan tutkiminen, Matti Kairaluoma KSKS
9.45 Live-kirurgiaa
Laparoskooppinen laskeumaleikkaus, Arnold Wattiez
Vaginaalinen laskeumaleikkaus, Tapio Väyrynen
12.45 Näyttely ja lounas
14.15 Laparoscopic prolapse surgery, Arnold Wattiez Ranska
15.00 Laskeumakirurgian sudenkuoppia, Matti Kairaluoma KSKS
15.20 Näyttely ja kahvi
16.00 Kokemuksia päiväkirurgisesta laskeumakirurgiasta, A-M Heikkinen KYS
16.15 Laskeumakirurgia ja synnytys, Kirsi Rinne KYS
16.30 Mielenkiintoisia potilastapauksia
17.00 Vuosikokous
19.30 Iltajuhla, Ravintola Bank

Perjantai 26.9.08

Vaginan etuosan laskeuma

- 9.00 Cystocelen leikkausindikaatiot ja perinteinen korjaus, Pentti Heinonen TAYS
9.20 Cystocelen korjaus vaginaalisella verkolla, Teuvo Takala PHKS
9.40 Verkon ja eturafian vertailu, Reijo Hiltunen Seinäjoen KS

Vaginan takaosan laskeuma

- 9.50 Rectocelen ja enterocelen leikkausindikaatiot ja perinteinen korjaus, Pentti Heinonen TAYS
10.10 Vaginan takaosan korjaus vaginaalisella verkolla, Tapio Väyrynen Hyvinkään sairaala
10.30 Näyttely ja kahvi

Vaginan yläosan laskeuma

- 11.10 Kohdun laskeuman korjaus (kohtu poistamalla tai säästämällä), Pentti Kiilholma TYKS
11.35 Vaginan pohjan laskeuman vaginaalinen korjaus (verkolla tai ilman), Kari Nieminen TAYS
12.00 Vaginan pohjan laskeuman ja enterocelen laparoskooppinen korjaus, Jyrki Jalkanen HYKS
12.30 Mesh complications in prolapse surgery, Christian Falconer Ruotsi
12.50 Näyttely ja lounas

- 14.10 Critical analysis of prolapse surgery, Christian Falconer Ruotsi

Inkontinenssikirurgiaa

- 14.55 Stress-inkontinenssin leikkausindikaatiot ja menetelmät, Antti Valpas EKKS
15.20 Cystocelen tai kohdunlaskeumaan liittyvän stress-inkontinenssin hoito, Seija Ala-Nissilä TYKS
15.40 TVT ja TOT- leikkauksiin liittyvät komplikaatiot, Eija Laurikainen TYKS
16.00 Päätössanat, Jyrki Jalkanen HYKS

Luentopaikka:

Biomedicum Helsinki, Haartmaninkatu 8, 00290 Helsinki

Osallistumismaksu:

280 €/2 pv ja 150 €/1 pv (alv 0%) sisältäen luennot, lounaat, kahvit ja iltajuhlan aterioineen. Maksulomakkeet lähetetään viitenumeroiden kera kesän lopulla. Muista viitenumero maksassa. Jos työnantaja maksaa osallistumismaksun, tulee laskussa näkyä kaikkien osallistujien nimet tai viitenumerot! Laskun tosite on esitettävä ilmoittautumisessa!

Ilmoittautuminen 19.9.2008 mennessä, jonka jälkeen maksu nousee (300 €/2 pv ja 200 €/1 pv). Viikkoa ennen peruuttaneille palautetaan puolet osallistumismaksusta, mutta myöhemmin peruuttaneille maksua ei palauteta.

Ilmoittautuminen:

- GKS:n kotisivuilta www.terveysportti.fi/gks koulutuskohdassa olevan ilmoittautumislomakkeen kautta sähköisesti.
 - Sihteeri Nina Hedkrokille, NKL/HYKS, PL 140, 00029 HUS, puh 050 427 2860, fax 09-4717 4801, e-mail nina.hedkrok@hus.fi
- tulosta kotisivuilta koulutuskohdasta ilmoittautumislomake ja lähetä Ninalle tai
– ilmoita Ninalle nimi, työpaikka, kotiosoite, e-mail, osallistuminen koulutuspäiville (1 tai 2 päivää), osallistuminen iltatilaisuuteen, erityisruokavalio

Majoitus:

Gynekologisen Kirurgian Seuralla on kiintiö (kiintiötunnus GKS) Hotelli Radisson SAS Plazaan, Mikonkatu 23, 00100 Helsinki. Puh 020 1234 700, fax 020 1234 740, e-mail: reservations.finland@RadissonSAS.com, www.radissonsas.com. Jokainen hoitaa itse varauksen ja maksu suoraan hotelliin 21.8.2008 mennessä. 1hh 153 €/huone/vrk ja 2hh 173 €/huone/vrk sisältäen arvonlisäveron, aamiaisen ja aamusaunan. Hotellilta pääsee luontopaikalle raitiovaunulla numero 4.

Iltatilaisuus: Ravintola Bank, Unioninkatu 20.

Näyttely: Ota yhteys Jari Sjöbergiin, jari.sjoberg@hus.fi.

Koulutuspäivät on tarkoitettu vain seuran jäsenille. Jos et ole vielä jäsen, voit anoa jäsenyyttä kotisivujen kautta www.terveysportti.fi/gks kohdasta jäsenasiat tai sihteeriltä Sari Koivu-rova, Naistenklinikka OYS, PL 24, 90020 OYS.



ICS Finland- koulutuspäivä 2008

Ikääntyvän potilaan virtsausongelmat



Perjantai 19.9.2008, klo 8.30–15.30
Helsinki, Kansallismuseo, luentosali

Kohderyhmä: ikääntyvien potilaiden virtsausongelmia hoitavat lääkärit ja hoitajat, uroterapeutit, fysioterapeutit
Helsingin yliopiston lääketieteelliseltä tiedekunnalta anotaan koulutuspäivää teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi gynekologian, urologian ja yleislääketieteen erikoisaloille.

Osallistumismaksu 50 €, joka sisältää lounaan ja kahvit, maksetaan ennakkoilmoittautumisen yhteydessä 8.8.08 mennessä tilille: Sampo 800027-37380625. Tiedustelut: sihteeri@kontinenssiliiton.fi tai ilkka.perttila@hus.fi

Perjantai 19.9.2008	
8.30	Ilmoittautuminen
9.00	Koulutuspäivän avaus Dos. Pentti Kiilholma
	I sessio: Pj. prof. Teuvo Tammela
9.10	Neurologin näkökulma Erl. Mika Saarela
9.35	Geriatrin näkökulma Ylil. Maria Nuotio
10.00	Keskustelu
10.15	Kahvitauko ja tutustuminen näyttelyyn
	II sessio: Pj. dos. Pekka Hellström
10.45	Gynekologin näkökulma – konservatiivinen hoito LT Beata Stach-Lempinen
11.05	Gynekologin näkökulma – operatiivinen hoito, mm. Bulkamid™ Prof. Carl Gustaf Nilsson
11.35	Urologin näkökulma Dos. Juha Koskimäki
12.00	Keskustelu
12.15	Lounas ja tutustuminen näyttelyyn
	III sessio: Pj. esh. Seija Salomaa
13.15	Virtsaoireisen miehen hoitoketjumallin kehittäminen Päijät-Hämeessä Dos. Taina Isotalo
13.35	Inkontinenssipotilaan ohjaus hoitotyön haasteena Sh, seksuaali- ja uroterapeutti Jaana Seppänen
13.55	Keskustelu
14.10	Kahvitauko ja tutustuminen näyttelyyn
	IV sessio: Pj. erl. Ilkka Perttilä
14.30	Toteutuuko hoitoketjun mallin mukainen inkontinenssihoito Pohjois-Karjalassa? Ylil. Jaana Fraser
15.00	Keskustelu
15.15–15.30	Yhteenvedo ja päätössanat Erl. Ilkka Perttilä

Rintasyöpäpotilaan vaihdevuodet

Suomen Rintasyöpäryhmä, Suomen Menopausstitutkimusseura



Luentosali 1, Biomedicum,
Haartmaninkatu 8, 00290 Helsinki

Perjantai 24.10.2008

11.00	Lounas	
12.00	Kokouksen avaus Päivi Polo ja Riikka Huovinen	
12.10	Pj. Päivi Polo Liitännäishoidot rintasyöpäpotilaalla Riikka Huovinen	
	Antiestrogeenit	
12.30	Onkologin näkökanta	Kaija Holli
12.50	Gynekologin näkökanta	Eila Suvanto-Luukkonen
	Aromataasin inhibiitio	
13.10	Gynekologin näkökanta	Antti Perheentupa
13.30	Onkologin näkökanta	Arja Jukkola-Vuorinen
13.50	Paneelikeskustelu	
14.10	Novartiksen puheenvuoro	
14.20	Kahvitauko ja näyttely	
	Pj. Riikka Huovinen	
15.15	Liitännäishoidot ja amenorrhea Aila Tiitinen Vaihdevuosisihormonilääkitys rintasyöpäpotilaalla	
15.45	Onkologi Minna Tanner	
16.05	Gynekologi Annika Auranen	
16.25	Paneelikeskustelu	
17.00	Päätössanat	
17.00–17.30	Menopausstitutkimusseuran kokous	

Osallistumismaksu 80 € maksetaan Suomen Menopausstitutkimusseuran tilille: Tampereen seudun osuuspankki TSOP 573257-214649. Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomukseksi Menopausstitutkimusseuralle muiden kuin Suomen Rintasyöpäryhmän jäsenien osalta. Menopausstitutkimusseuran jäsenmaksu 15 € / vuosi peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta. Koulutusta anotaan erikoislääkärinkoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 5 tunnin ajalta endokrinologian, geriatrian, syöpätautien, naistentautien ja synnytysten, yleiskirurgian, plastiikkakirurgian, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikaisaloille (Helsingin yliopisto).

Novartis Oy järjestää Turusta bussikuljetuksen Helsinkiin TYKS:n äitipl:n edestä to 23.10. klo 14, samoin Tampereelta TAYS alueelta (tarkka lähtöpaikka seuran internetsivuilla myöhemmin) to 23.10 klo 14 Novartisin 23.10. järjestämää presymposiumia varten. Paluukuljetukset järjestetään puheenvuorotojen ja seuran kokouksen jälkeen klo 18. Myös muilta paikakunnilta järjestetään kuljetukset tarvittaessa vastaavina ajankohtina, tiedustelut heidi.laakso@novartis.com. Novartis järjestää presymposiumiin osallistujien majoituksen Helsingissä.

Ilmoittautumiset (HUOM! Ilmoitathan, kuulutko vanhana jäsenenä/ haluatko liittyä Suomen Menopausstitutkimusseuraan, ja osoitteesi) majoitusvarausten vuoksi pe 21.9.2008 mennessä e-mail: heidi.laakso@novartis.com. Ohjeet myös Menopausstitutkimusseuran nettiosoitteessa www.menopausseiteura.net. Näyttelyasiat rahastonhoitaja Tomi Mikkola, e-mail: tomi.mikkola@hus.fi, puh gsm: 050 427 1187. Muut tiedustelut sihteeri Jarna Moilanen, e-mail: jarna.moilanen@vaestoliitto.fi, puh (09) 616 221.

Kutsu Menopausstitutkimusseuran syyskokoukseen

Suomen Menopausstitutkimusseura ry:n syyskokous pidetään Biomedicumissa Helsingissä perjantaina 24.10.2008 klo 17.00 alkaen.
Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.
Tervetuloa
Hallitus

2008 KESÄKUU

- 15.–18.6. 34th European Congress of Cytology, Rovaniemi, Finland. www.cytology2008.fi
- 22.–26.6. 7th World Congress in Fetal Medicine, Sorrento, Italy. www.fetalmedicine.com/wcfm2008
- 23.–25.6. Gynecological Cancer and Laparoscopic Approach: State of the Art, Strasbourg, France. www.eits.fr

HEINÄKUUKU

- 6.–9.7. 24th Annual Meeting of the European Society for Human Reproduction and Embryology, Barcelona, Spain. www.eshre.com
- 18.–24.7. 4th Annual Summer Institute in Maternal-Fetal Pharmacology, Burlington, Vermont, USA. www.cihir-sc.gc.ca/e/35722.html

ELOKUUKU

- 24.–28.8. 18th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Chicago, USA. www.isuog.org

SYYSKUU

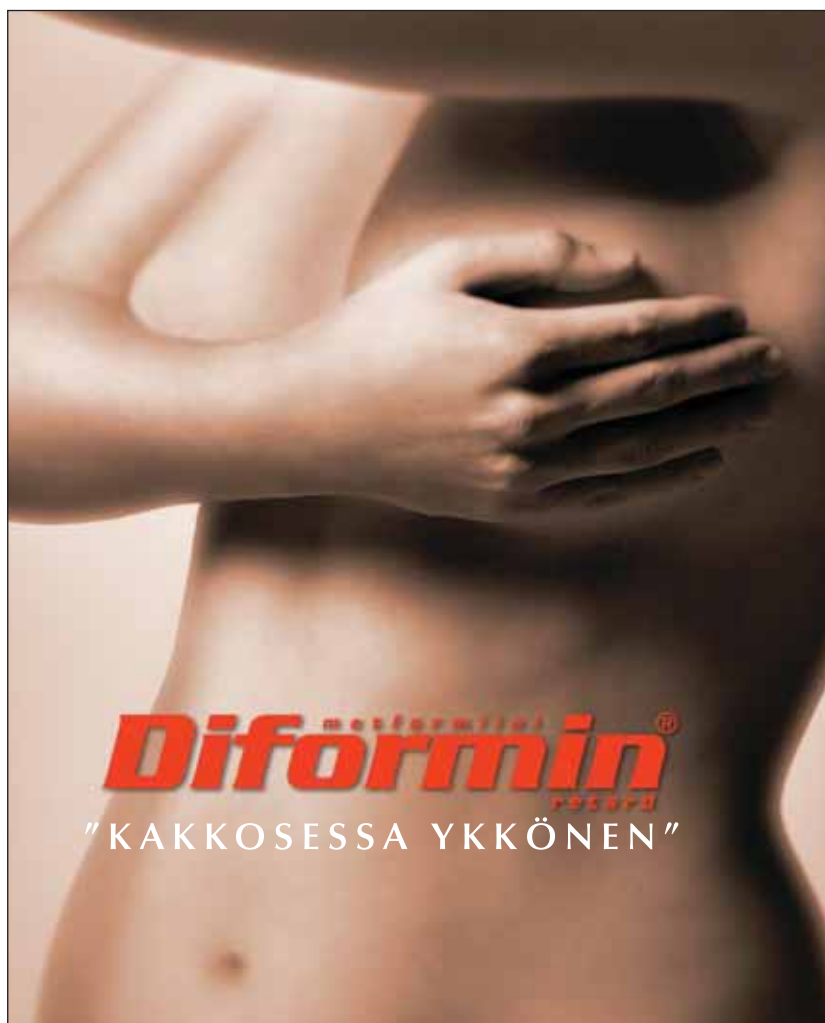
- 8.–10.9. International Congress in Fetal Medicine, Warsaw, Poland. www.fetal.congress2008.pl
- 8.–10.9. Laparoscopic gynecological surgery. Current Techniques in the Treatment of Severe Endometriosis, Strasbourg, France. www.eits.fr
- 10.–13.9. XXIst European Congress of Perinatal Medicine, Istanbul, Turkey. www.kenes.com/ecpm
- 10.–13.9. Placenta – Established hypotheses and current concepts, IFPA Meeting, 12th EPG Conference, Seggau Castle, Austria. www.ifpaconference.org/2008
- 13.–17.9. 33rd Annual Meeting of the International Urogynecological Association, Taipei, Taiwan. www.iuga2008.org
- 19.9. ICS Finland -koulutuspäivä. Ikääntyvän potilaan virtsausongelmat. Helsinki. Lisätietoja: sihteeri@kontinenssikliubi.net
- 21.–25.9. 16th World Congress of International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, Washington

DC, USA. www.isshp.com

- 25.–26.9. Gynekologisen kirurgian seuran koulutuspäivät, Helsinki. www.terveysportti.fi/gks
- 26.–27.9. Gynaecologi Practici, Tuohilampi. www.fimnet.fi/gynpract

LOKAKUU

- 9.–10.10. Suomen Perinatologinen Seura, Hämeenlinna. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
- 9.–11.10. 17th Annual Congress of European Society for Gynaecological Endoscopy, Amsterdam, The Netherlands. www.esge.org
- 16.–17.10. EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), obstetriikka, Tampere. www.sgy-ego.org
- 17.–18.10. Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract
- 20.–24.10. 38th Annual Meeting of International Continence Society, Cairo, Egypt. www.icsoffice.org
- 24.10. Suomen Menopausseuran syyskokous, Helsinki, yhdessä Rintasyöpäryhmän kanssa. Rintasyöpäpotilaan



Metformiini on tyypin 2 diabeteksen ensisijaislääke*

DIFORMIN® RETARD 500 mg, 750 mg ja 1 g depottabletti. **VAIKUTTAVA AINE:** Metformiini. **KÄYTTÖAIHEET:** Aikuistyyppiin diabetes (tyypin 2 diabetes), jos pelkällä ruokavalioidolla ja liikunnalla ei saavuteta riittävän hyvää sokeritasapainoa ja oraalinen lääkehoito on aiheellista aloittaa. Voidaan käyttää ensisijaisena lääkkeenä liikapainoisille diabeetikoille. Metformiinia voidaan käyttää monoterapiana tai se voidaan yhdistää toiseen oraaliseen diabeteslääkkeeseen tai insuliiniin. **ANNOSTUS:** Suositeltu aloitusannos on 500 mg aamulla. Annosta voidaan suurentaa viikon välein, kunnes saavutetaan riittävä vaikutus. Ylläpitoannos on tavallisesti 500–1000 mg kaksi kertaa päivässä. Enimmäisannos on 3 g vuorokaudessa. Insuliiniin yhdistettynä metformiinia annetaan normaaleina annoksina ja insuliinin annosta muutetaan verensokerimittausten perusteella. **VASTA-AIHEET:** Munuaisten vajaatoiminta. Kohtalainen tai vaikea maksan vajaatoiminta. Alkoholisismi. Vaikea sydämen tai keuhkojen vajaatoiminta. Aliravitsemus. Tilat, joihin liittyy kudoshypoksia. Ketoositaipumus. Yliherkkyys valmisteiden jollekin aineosalle. **VAROITUKSET JA VAROTOIMET:** Maitohapposidoosi on hyvin harvinainen, mutta vakava komplikaatio, jota on raportoitu potilailla, joilla on ollut merkittävä munuaisten vajaatoiminta. Munuaisten toiminta on syytä tutkia ennen hoidon aloittamista ja sitä tulee seurata hoidon aikana. Metformiinihoito suositellaan keskeytettäväksi yleisanestesiassa tehtävien leikkausten ajaksi sekä tilanteissa, joissa esiintyy kudoshypoksiaa (esim. sydäninfarkti). **YHTEISVAIKUTUKSET:** Jodi- ja rauta-aineet. DIFORMIN-valmisteiden käyttö suositellaan keskeytettäväksi 48 tuntia ennen varjoainekuvausta ja hoitoa suositellaan jatkettavaksi 48 tunnin kuluttua varjoainetutkimuksen jälkeen, kun munuaisten toiminta on ensin tarkistettu. **RASKAUS JA IMETYS:** Valmisteita ei suositella käytettäväksi raskauden eikä imetyksen aikana. **HAITTAVAIKUTUKSET:** Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan oireet, kuten pahoinvointi, oksentelu, ripuli, vatsakipu ja ruokahaluttomuus. Näitä esiintyy useimmin hoidon alkuvaiheessa ja yleensä ne häviävät itsestään. Haittavaikutusten välttämiseksi DIFORMIN-annokset suositellaan otettavaksi aterioiden yhteydessä tai niiden jälkeen. Tutustu valmisteyhteenvedoon ennen lääkkeen määräämistä. **KORVATTAVUUS:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100 %). Diabetes (103). **LISÄTIEDOT:** Oy Leiras Finland Ab, PL 1406, 00101 Helsinki. Puh. 020 746 5000, faksi 020 746 5091, www.leiras.fi.

PAKKAUKSET JA HINNAT: (VOH + alv 06/07)

100 tabletin läpipainopakkaus:		
DIFORMIN® RETARD		
500 mg	depottabl.	9,15 e
750 mg	depottabl.	12,16 e
1 g	depottabl.	14,49 e

*Duodecim 2007; 123(12): 1490–520

LEIRAS

vaihdevuodet. www.menopaussiseura.net
 • 25.–28.10. 12th Biennial meeting of International Gynecologic Cancer Society. Bangkok, Thailand.
www.kenes.com/igcs

MARRASKUU

- 13.–14.11. SGY:n vuosikokous (80 v), Helsinki. www.gynekologiyhdistys.fi
- 27.–30.11. The 11th World Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology & Infertility, Paris, France. www.contecmed.com/cogi/paris
- 28.–29.11. Suomen Lääketieteellisen Biologinen Ultraääniseura, Ensimmäisen trimesterin UÄ-tutkimus + hands-on training, Espoo. www.fimnet.fi/ultraaaniseura

JOULUKUU

- 4.–6.12. Second Congress of the Asia-Pacific Council on Contraception (APCOC), Macau, China. www.comtecmed.com/apcoc
- 12.12. Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract

2009 MAALISKUU

- 5.–8.3. 13th World Congress on Human Reproduction, Venice, Italy. www.humanrep2009.com
- 26.–28.3. 5th International Symposium on Diabetes and Pregnancy, Sorrento, Italy. www.kenes.com/diabetes-pregnancy
- 29.3.–3.4. Doppler-Ultrasound in the Fetal Examination. 16th International Symposium and Workshop. Oberlech-Arlberg, Austria. <http://web.mac.com/g.tulzer>

HUHTIKUU

- 2.–3.4. Perinatologisen seuran kevät- ja vuosikokous, Kuopio. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
- 23.–24.4. SGY:n kevätkokous, Jyväskylä. www.gynekologiyhdistys.fi

TOUKOKUU

- 14.–16.5. 3rd International Congress IVI, Madrid, Spain. www.comtecmed.com/ivi/2009

ELOKUU

- 30.8.–3.9. 12th World Congress of the World Federation for Ultrasound on Medicine and Biology, Sydney, Australia. www.wfumb2009.com

SYYSKUU

- 13.–17.9. 19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Hamburg, Germany. www.isuog.org

LOKAKUU

- 1.–2.10. Suomen Perinatologinen Seura, Seinäjoki. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
- 4.–9.10. XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. Cape Town, South Africa. www.figo2009.org.za
- 24.–28.10. 9th World Congress of Perinatal Medicine, Berlin, Germany. www.wcpm9.org





Taitoa

on valita oikeat välineet.



Mindray ja Voluson,
ultraäänilaitteet



Stan, sikiön
ST-analysaattori
sekä KTG-laitteet



Milou, KTG-käyrien
valvonta- ja
arkistointijärjestelmä

Tuotteet ja tarvikkeet terveydenhuollon diagnostiikkaan ja tutkimukseen.
Tutustu tuotteisiimme kotisivuillamme www.sonar.fi



puh. 020 7411 990 • sonar@sonar.fi

MARRASKUU

- 12.–13.11. SGY:n vuosikokous, Turku. www.gynekologiyhdistys.fi

2010 HUHTIKUU

- 22.–23.4. SGY:n kevätkokous, Helsinki. www.gynekologiyhdistys.fi

SYYSKUU

- 3.–7.9. 20th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Prague, Czech Republic. www.isuog.org

LOKAKUU

- 11.–12.11. SGY:n vuosikokous, Tampere. www.gynekologiyhdistys.fi

- Tuorein versio kalenterista löytyy SGY:n nettisivuilta www.gyn.fi kohdasta Koulutus
- Jos sinulla on ehdotuksia koulutuskalenteriin, lähetä ne osoitteella maiya-riitta.orden@kuh.fi

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Ilmestyy	Aineistopäivä
4. 2008	Syyskuu	12.09. 15.08.
5. 2008	Lokakuu	24.10. 19.09.
6. 2008	Joulukuu	19.12. 14.11.

LAskettelevat Lapsen PÄästäjät lähtevät viikolla 5 vuonna 2009 Itävaltaan ja kohteena on Ischgl!

Vuoden 2009 hiihtomatka on järjestyksessä 22. Lähtöpäivä on lauantai 24.1.2009. Hiihtomatka on tarkoitettu SGY:n jäsenille ja heidän perheilleen virkistys- ja opintomatkaksi. Iloinen Ischgl Tirolissa on varmaan useimmille hiihtäjille tuttu ja turvallinen. Kaikki uudet Ischglin valloittajat ovat tervetulleita joukkoon.

Ilmoittautumishojeet:

Aurinkomatkat ja Sun Ski ovat mukana matkajärjestelyissä.
Varattuna on 77 paikkaa.

Sun Ski oppaasta kannattaa katsoa hotellivaihtoehtoja.
Matkan varaaminen alkaa 26.5. puh 010 446 7447 tai
ryhmamynti@aurinkomatkat.fi

Ilmoitettava:

Nimi

Syntymävuosi (lapset, seniorit)

Yhteystiedot: sekä postiosoite (= laskutusosoite) että meiliosoite
(ryhmätiedotteita varten) ja puhelinnumero

Samat tiedot matkakumppanista
Hotellitoive, jos on

Hiihtokelejä odotellessa,

Mervi Haarala, "pääministeri", mervi.haarala@fimnet.fi,
puh. 050 301 2808

Pia Ebert, "ulkoministeri"

Veli-Matti Ulander, "opetusministeri"

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

Puheenjohtaja Juha Tapanainen

OYS / Naistenklinikka,
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 3172 fax (08) 315 4310
juha.tapanainen@oulu.fi

Varapuheenjohtaja Aila Tiitinen

HYKS / Naistenklinikka,
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 1217, fax (09) 4717 4801
aila.tiitinen@hus.fi

Sihteeri Kati Ojala

OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 3052, 040 744 1688
fax (08) 315 4310
kati.ojala@oulu.fi

Varainhoitaja Mikko Loukovaara

HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 2526
mikko.loukovaara@hus.fi

Klubimestari Paavo Mäntyiita

HYKS / Kätilöopiston sairaala,
PL 610, 00029 HUS
p. 0400 464 123, fax (09) 694 2788,
paavo.mantyiita@ap-pine.inet.fi
paavo.mantyiita@hus.fi

Tiedotussihteeri Maija-Riitta Ordén

KYS / Naistenklinikka,
PL 1777, 70211 Kuopio
p. 044 717 2700, 040 594 4999
maiya-riitta.orden@kuh.fi

Jäsenet

Maarit Vuento

TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
p. (03) 3116 5539, 050 367 8767
fax (03) 3116 4360
maarit.vuento@pshp.fi

Pentti Kiilholma

TYKS / Naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 2303, 040 841 3570
fax (02) 313 2340
pentti.kiilholma@tyks.fi

Antti Valpas

EKSHP / Naistentaudit,
Valto Käkelänkatu 1,
53130 Lappeenranta
p. (05) 611 11, 044 791 5514,
fax (05) 611 5360
antti.valpas@ekshp.fi

Tarja Olkinuora

Felicitas, 00100 Helsinki
p. (09) 612 2750, 040 545 9565
tarja.olkinuora@felicitas.fi

Riikka Tähtinen

Verstaankatu 1 B 43
33100 Tampere
050 548 2577
riikka.tahtinen@uta.fi

Jäsenhakemus Suomen Gynekologiyhdistyksen hallitukselle

Anon kunnioittavasti Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenyyttä.

HENKILÖTIEDOT:

Täydellinen nimi (alleiviivaa puhuttelunimi):

Syntymäaika ja -paikka:

Ylioppilaaksitulovuosi ja -koulu:

Lääket. lis. tai laill. lääk. vuosi/yliopisto:

LKT ja muut oppiarvot vuosi/yliopisto:

Tärkeimmät virat, toimet ja luottamustoimet:

Nykyinen virka, mistä alkaen:

Osoite:

S-posti:

Allekirjoitus ja päiväys:

/ 20

Puollan

ottamista Suomen Gynekologiyhdistyksen jäseneksi

Ylilääkäri

Hallitus käsittelee jäsenanomukset kahdesti vuodessa, noin 1–2 kk ennen kevät- ja syyskoulutuspäiviä olevassa kokouksessaan.

Aion osallistua seuraaville: a) ☐ syyskoulutuspäiville b) ☐ kevätkoulutuspäiville

Täytä lomake selkeällä käsialalla tai koneella, kiitos!

Palautusosoite: Kati Ojala, OYS / Naistenklinikka, PL 24, 90029 OULU

OSOITTEENMUUTOS

Nimi:

Vanha osoite:

Uusi osoite:

S-posti:

Puhelin:

Osoitteen saa ☐ ei saa ☐ julkaista jäsenluettelossa

Lähetys sähköisesti osoitteella kati.ojala@oulu.fi

Kati Ojala
OYS / Naistenklinikka
PL 24
90029 OULU

Salassapidettävää vai julkista?

U seimmat meistä muistanevat potilasosastojen ns. kiertokärryt. Potilaiden sairauskertomukset olivat niissä siisteissä riveissä, helposti vilkaistavissa, jos joku tieto vaati tarkistusta. Tuoreessa muistissa ovat myös lääkärikeskusten muovikuoriin pakatut käsin kirjoitetut sairauskertomukset tai synnytyssalien isot mustat kirjat, joista yhdellä vilkaisulla näki, montako lasta oli viime vuorokautena syntynyt, mikä oli syntymäpaino ja lapsen vointi. Yhtään tietoa ei puuttunut, siitä piti osastonhoitaja huolen.

A ikansa elänyttä. Paperi on paperia, jonka tuli polttaa ja aika haurastuttaa. Kuulakärkikynästä tuli historiallinen jäänne; tärkeät potilastiedot tulee säilöä sähköiseen järjestelmään, jossa ne säilyvät ikuisesti (tai ainakin lailla säädetyt vuosikymmenet) huonepinta-alaa viemättä. Tähän saakka kaikki ovat yhtä mieltä – tästä eteenpäin alkavat ongelmat.

E n puutu ohjelmisto-ongelmiin, se on kokonaan toisen jutun aihe. Jo tiukka potilastietojen salaus tuottaa riittävästi ongelmia. Kun ennen potilaan yksissä kansissa olleet tiedot olivat kerrallaan korkeintaan parinkymmenen henkilön luettavissa, nyt sähköisessä muodossa ne ovat ainakin teoriassa satojen henkilöiden saatavilla. Tämän estäminen vaatii tarkkoja suojaustoimia. Sähköinen järjestelmä edellyttää jokaisen sairauskertomustietoihin kajoavan henkilökohtaista kirjautumista järjestelmään, mikä pahimmassa tapauksessa kestää minuutteja tai kaueminkin. Niinpä potilaan senkka selvisi ennen papereiden vilkaisulla sekunneissa, nyt sen tarkistaminen vie minuutteja. Myös potilaan oikeudet tietojensa salaamiseen ovat laajentuneet. Potilaalla on oikeus päättää, kenen hän sallii nähdä sairauskertomustietonsa. Kun häneltä sitä aktiivisesti kysytään, on aivan loogista varmuuden vuoksi päättää, että ei kenenkään. Näin potilas voi esimerkiksi yksityisellä lääkäriasemalla rajoittaa sairauskertomustietojensa saatavuutta kuitenkin ymmärtämättä samalla jopa vaarantavansa oman hoitonsa, kun toinen lääkäri ei tiedä, mitä toinen on havainnut tai hoidoksi määrännyt. Tietosuojaja suojelee potilasta, mutta saattaa johtaa pahimmillaan hänet myös vaaraan.



Terveystieteidenhuollossa pyritään siis maksimoimaan salattavien tietojen pysyminen salassa. Olemme ajatelleet, että ihmisten sairastamiseen liittyvät tiedot ovat niitä intiimeistä intiimimpiä. Maailma on kuitenkin muuttunut. Sairastamisesta – myös mielen – on tullut aikakauslehtien jokaviikkoista lööppitavaraa, siis erittäin julkista. Kaikki alkoi paniikkihäiriöstä. Ahdistuneisuudesta, jota paniikkihäiriökin edustaa, tuli ensimmäinen mielen julkinen muotisairaus. Sitä seurasi burn outiksi ristitty masennus. Yksi jos toinenkin avautui työuupumuksestaan, siitä tuli ahkeran ja uhrautuvan työntekijän mittari. Nykyään nämä ovat jo julkisuusarvoltaan kevyen sarjan tauteja. Nyt ihmisille kerrotaan tämän tai tuon julkimon alkoholismista tai kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Skitsofreniastaan kertovia en ole vielä nähnyt, ehkä se on toimittajankin mielestä vielä liian pelottava tauti?

Tässä on puolensa. Mielen sairauksista tulee jokapäiväisiä, hoidettavia ja hyväksyttäviä. Stigma pienee. Toisaalta ihmettelen, miksi tällaista sairausjournalismia luetaan ja miksi se myy. Helpottaako tieto, että muillakin menee välillä huonosti – jopa huonommin kuin minulla? Kummastelen myös sitä, että yhteiskunta toisaalta pyrkii kaikin keinoin suojelemaan kansalaisiaan ja toisaalta kolmanneksi valtiomahdiksi kutsuttu lehdistö paljastaa kaiken kuviteltavissa olevan. Olemme siirtyneet amerikkalaismalliseen journalismiin, jossa terapiakin on julkista, ja vapaaehtoisia mattimeikäläisiäkin näyttää riittävän televisioruutuun saakka.

O n inhimillistä olla kiinnostunut toisista ihmisistä. Harva meistä on enää täysin ei-julkinen, lähes jokaisesta löytyy tietoa googlaamalla. Virkatietoja, julkaisuja, venekerhon hallituksen

jäsenyyksiä, maratontuloksia. Itse olen paljastanut teille, että olen mummo, että harrastan akvarelli-maalausta ja että lehtemme taiteija ja puolisoni ovat yksi ja sama henkilö. Facebookissa en kuitenkaan ole enkä pidä blogia. Olen vanhan koulun naisia – on asioita, joita en kerro julkisuudessa, ja vierastan ajatusta, että elämässä ei olisi mitään omana tietona pitämisen arvoista. ■

Pfizer Toviaz

Organon Nuvaring