**Koolituse aruanne**

Viibisin 40. ISICEM (*International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine*) konverentsil Brüsselis vahemikus 31.08-03.09.21.

Hoolimata sellest, et COVIDi tõttu oli sel aastal osalejate arv veidi väiksem kui tavaliselt, oli tegemist väga sisuka konvrentsiga. Kõikidel päevadel toimus korraga 7-8 paralleelsessiooni.

Lisan siia mõned olulisemad punktid kuuldud ettekannetest:

* **Analgeesia/sedatsioon intensiivravis**
	+ Deliiriumi ennetamises on oluline päeva ja öö rütmiga arvestamine, ka sügavalt sedeeritud haigel.
	+ Sügavat sedatsiooni vajavatel haigetel tuleks seda monitoorida (ntks pEEG), et vältida sööst-supresiooni, mis aitab oluliselt vähendada deliiriumi esinemissagedust.
	+ Relaksatsiooni kasutamisel IROs esineb kuni 3% haigetel ärkvelolekut (seetõttu on samuti oluline sedatsiooni monitoorimine).
	+ Propofooli kasutamisel kipume alahindama/mitte arvestama selle poolt pakutud kaloraaži.
	+ Soovitati IRO haigetel kasutada rohkem ketamiini (nii protseduurideks kui ka püsisedatsiooniks).
* **Kardiogeenne šokk**
	+ Medikamentoosne ravi pole oma edukust suutnud tõestada enam kuid 20 aasta jooksul ning uute juhiste alusel tuleks kardiogeense šoki ravis kasutada julgemalt mehhaanilist toetust.
* **Antibakteriaalne ravi**
	+ Antibakteriaalse ravi deeskaleerimisel soovitatakse kasutada prokaltsitoniini
		- PCT < 0,25 ng/l 🡪 Lõpeta AB ravi (juhul kui haige üldseisund on paranemissuunas)
		- PCT 0,25-0,5 ng/l või PCT langus > 80% algväärtusest 🡪 kaalu AB ravi lõpetamist
		- PCT väärtus > 0,5 ng/L või langus < 80% algväärtusest 🡪 Jätka AB ravi.

Ülalmainitu on vaid väike osa konverentsilt saadud infost.

40. ISICEM konverents oli erialaliselt väga arendav ning seetõttu soovitan kõikidel kolleegidel selles osaleda.

Olen tänulik, et Eesti Anestesioloogide Selts toetas minu osalemist konverentsil.

Vladislav Mihnovits,

Arst-resident