**Koolituse aruanne**

Viibisin 41. ISICEM *(International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine*) konverentsil Brüsselis vahemikus 22.03-25.03.22. Tegemist oli äärmiselt sisutiheda konverentsiga, kus toimus paralleelselt 8-9 sessiooni, sh loengud, seminarid ja praktilise lähenemisega töötoad.

Toon välja mõned meeldejäävamad punktid kuuldud esitlustest:

* Neuromonitooring subarahnoidaalse hemorraagiaga haigetel:

1. kord päevas on soovituslik teostada transkraniaalne Doppler uuring ning hinnata verevoolu nii ajuarterites kui ka unearteris. Arvutada Lindegaardi indeks, et diferentseerida tõelist vasospasmi hüperdünaamilisest vereringest tingitud kiiremast verevoolust.
2. NIRS monitooring võiks olla rutiinne
3. Püsi-EEG monitooring – eelkõige oluline sedeeritud haigetel, kel neuroloogilise defitsiidi kliiniline hindamine võimalik ei ole. EEG muutused ilmnevad varem kui TCD ja KT leid.

* Transtorakaalsel ehhokardiograafial suurem madalam e’ laine, kõrgem E laine ja seega suurem E/e’ suhe viitavad tõenäolisele hingamisaparaadist võõrutamise ebaedukusele. Korrelatsioon puudus LVEF ja E/A suhte ning võõrutamise põrumise vahel.

Võõrutamisest indutseeritud kopsupais põhjustab ebaõnnestunud juhtudest 36%; KOKi haigetel ebaõnnestub võõrutamine 68%-l ja eelneva kardiomüopaatiaga 52%-l patsientidest. Analüütiliselt viitab ebaedukusele hemoglobiini ja üldvalgu kontsentratsioon suurenemine, pro-BNP ja troponiini tõus.

* Muudele vasopressoritele refraktaarse vasodilatatiivse šoki korral võiks lootust olla sünteetilisest angiotensiin II-st. ATHOS-3 (randomiseeritud platseebo-kontroll) uuringus 344 patsiendiga, kes juba said kõrges doosis noradrenaliini, angiotensiin II lisamine aitas saavutada MAPi tõusu minimaalselt 10 mmHg võrra või saavutada MAP vähemalt 75 mmHg (70% vs 23%) 3 tunni möödudes. Kõrvaltoimete osas erinevust ei olnud. Alates 2019. aastast Giapreza nime all ka Euroopas heaks kiidetud.

Suured tänud konverentsi toetuse eest!

Reile Juhanson