

Koolituse aruanne

EAS toetusel osalesin EUROANESTHESIA 2022 kongressil Milanos.

Kongressil esimese päeval suurt huvi pakkus pro-con formaadis loeng kõrimask anesteesiast keisrilõige korral. Kasutamise poolt oli lektor dr. Massimiliano Sorbello, vastu [Ellen P. O'Sullivan](#). Auditooriumilt küsides on ainult vähesed seda kasutanud. Loengus aga tuli välja, et sel teemal on sadu ja sadu uuringuid positiivsete (vs tracheal tube, insertion time lühem SAD korral, esimese katse õnnestumise % sama kui int. toruga) tulemustega eeskäät elekttiivse SC (keisrilõige) korral. Metaanalüüsi alusel 8097 juhtumi korral kasutati SAD (supraglottic airway device) SC korral ja ei olnud ühtegi aspiratsiooni juhtumi (küll 1 regurgitatsioon juhtum). Tasub mainida et uuringutel kasutati lihasrelaksante kõrimaski asetamisel. Kuna aga suurim osa uuringutest antud teemal ei ole justkui kõige parema kvaliteediga (Hiina ja Lähis-ida keskused) ei julgenud anda dr. Sorbello abosoluutse soovitusena kasutada SAD oma igapäevases praktikas. Kui aga kasutada siis kindlasti 2. generatsiooni SAD ja parturientidel ilma aspiratsiooni liskifaktoriteta (normaalse BMI-ga, plaanilised, paastunud haiged...).

Järgnevalt võtsin osa Trauma sessioonist kus meid jagati tööruhmadesse (7-9 inimest) ja peale ettekannet lektori poolt pidime lahendama situatsiooniülesanded (raseda trauma, hingamisteede trauma, TBI, trauma indutseeritud koagulopaatia). Akadeemilisest aspektist uut infot pole teada saanud kuid siiski oli huvitav jagada kogemust kolleegidega erinevatest riigidest (Austraaliast, Iraanist ja nii edasi).

Huvitav oli kuulata uuest sedatsiooniravimist -Remimazolaamist, mis on juba eelmisest aastast Euroopa liidus heaks kiidetud. Lühikese poolestusajaga bensodiasepiin, mille toime saabub ja möödub kiiremini kui midasolaamil.

Täitsa huvitav oli dr. Anthony Absalom loeng vanurite protseduraalselt sedatsioonist. Näiteks väikeses randomiseeritud topelt-pimedas uuringus (N=48 kirurgilist eakat patsiendi) Intranasaalne deksametoniin (0.5-2 mcg/kg) põhjustas tunnise viivitusega suhteliselt suurt MAP langust (kuni 30%). Effekt oli doos sõltuv. Sedatsiooni efekt oli samas rahuldav. Intranasaalne midasolaam (5 mg) olulist hemodünaamilist mõju ei avaldanud, sedatsioon efekt oli samuti hea.

Dr. Mark Coburn rääkis premedikatsioonist bensodiasepiinidega. Nagu teame EJA 2017 a. postoperatiivse deliiriumi juhend ei soovi midasolaami kasutamist eakatel haigetel. Soovitusel põhinev on üsna nõrk. Viimased uuringud aga huvitaval kombel näitavad midasolaamiga premedikatsiooni (doosis 2 mg) saanutel eakatel suuremat 30-päeva elulemust (2021 M. Neuman BJA) ning postoperatiivse deliiriumi esinemine pole 2 mg iv. Midasolaami saanutel suurem.

Regionaal anesteesia valdkonnast dr. Albrecht rääkis, et intravenoosne deksametasoon (0.1-0.2 mg pro kg) on oma blokaadi toime pikendamisel sama efektiivne kui perineuraalne (off label use), kõrvaltoimete profiil sama. Tema isiklikult soovitab seetõttu kasutada just intravenoosset deksametasooni. Loengus mainiti ka deksametasooni huvitavat haruldast kõrvaltoimet-võib provotseerida maania episoodi bipolaarse häirega patsientidel. Liposomaalne bupivakain millest on viimasel ajal palju juttu olnud ei pikenda oluliselt blokaadi kestvust võrreldes tavalise bupivakainiiga+perineuraalse deksametasooniga. (26 tundi vs 27 tundi ühes mitte liposomaalse bupivakaini tootja poolt sponsoreeritud uuringus).

Lõpuks positiivse mulje jättis dr. Imran Ahmad loeng ärkvel intubatsioonist, kus ta annab praktilised soovitused kuidas protseduuri läbi viia ja isegi näitab oma patsientide intubatsiooni videosid (ettevalmistamisest int. toru sisestamiseni 5 min).

Olen väga tänulik Eesti Anestesioloogide Seltsile konverentsil osalemise toetuse eest!