

International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 18-21. märts 2014, Brüssel

Sümposiumi osalejate arv on aasta-aastalt pidevalt kasvanud ulatudes sel aastal 6000-ni. Kõikidel päevadel toimus 10-11 paralleelsessiooni, lisaks kongressi eelsed töötoad ja ettevõtete poolt sponsoreeritud seminarid.

Lisan siia mõned paljudest erinevate lektorite arvamustest, mis osades situatsioonides pakuvad kindlasti mõtteainet.

- Protektiivne juhitud hingamine operatsioonitoas. Oluline kõikidel, mitte ainult kopsukahjustusega haigetel.
 - TV 6-7 ml/kg (on oluliselt parem, kui 7-10 ml/kg)
 - BMI < 35 – kaalu järgi
 - BMI > 35 - individualiseeritult
 - Ppl < 20
 - PEEP < 5, massiivne lahtipuhumine ei ole terve kopsu korral vajalik
 - Hingamissagedus – vastavalt pH / pCO₂
- ARDS
 - Ppl 25-27 (28), kopsule parem kui 25-28
 - Kui kops lahtipuhutav, võib kasutada PEEP > 15
 - NB! Hemodünaamika
 - Ppl < 27
 - *Recruitment* kontroll: PEEP tõsta 5>>15, kui venitatavus tõuseb, siis kops lahtipuhutav ja võib PEEP kasutada. Kui ei ole lahti puhutav, kasuta PEEP<10.
 - Kõhulipõetus, vähemalt 17 h ööpäevas, siis on efekt. Kui keerata 6 tunniks, siis ei ole parem võrreldes mittekeeramisega.
 - Eesmärgiks SpO₂ 88-92%
 - 1. nädalal (eksudatiivne faas), siis vajadusel hormoon jm võtted. Hiljem enam ei aita.
- Inhaleeritavad antibiootikumid Gram negatiivse pneumonia ravis
- Äge neerude kahjustus
 - Oluline CVP tõusu vältimine e neerude järelkoormuse langetamine (elimineerida pais neerudes). AKI risk tõuseb oluliselt, kui MAP<65 mmHg + CVP >12 mmHg (korrigeerida vaja mõlemat poolt (nitroglütseriin, diureetik + vasopressor), et saavutada parim võimalik perfusioonirõhk). Ka IAH vältimine!
 - Oluline kumulatiivne vedelikubilanss. Haige kuivatamiseks intensiivravis Lasix lubatud! Aga massiivse täitmise asemel noradrenaliin neerule oluliselt parem, on ka pos. inotroopse toimega.
 - Neerule parim O₂ pakkumine MAP 70-75 mmHg korral.
 - Neeruasendusravi varane alustamine, 30-35 ml/kg h, et saavutada realselt vähemalt 25 ml/kg h.
 - Furosemiidi test. 1 mg/kg. Kui 2h diurees < 200ml, ennustab AKI 3 st ja siis ilmselt pole mõtet rohkem kasutada.
 - Albumiin – OK.
 - Teofüllin aitab madala riski korral, kui Se-kreatiniin > 1,5 mg/dl, siis ei aita ja ei tohiks profülaktikaks kasutada.

- Rosuvastatiin 40 mg preop + 20 mg kuni 3 p pärast [Leoncini M., JACC 2014].
 - Oluline, kui palju neerul reservi, palju “riskifaktoreid” suudab taluda. Kui kahjustus juba olemas, siis on AKI tekkeks väga vähe vaja. Võimalused “koormuse” vähendamiseks.
 - Kontrastaine manustamine vähemalt 5 päeva preoperatiivselt
 - ACE inhibiitorid ja AT II blokkerid 24 h preop. ära jätta
 - Diureetikumid - ei
 - NSAID - ei
 - HES –ei
 - Želatiinid – ei (Bayer O, CCM in press)
 - Hüповoleemia korrigeerimine (1 l enne kontrastainega protseduuri vedelikku), balanseeritud lahused! Kõrge kloriidide kontsentratsiooniga lahused on neeru kahjustavad.
 - Anesteetiku valik mõjutab [Kidney Intl, 2014]
 - Fenoldopam ei aita AKI profülaktikas
 - Käib aktiivne uute AKI biomarkerite otsing ja juba kasutatavate (NGAL jt) täpsete näidustuste defineerimine. Oluline on lisaks funktsionaalse AKI markerile (kreatiniin) rakendada kliinilisse kasutusse ka varasemad, struktuuraalse AKI markerid (nt. NGAL aga see on suhteliselt mittespetsiifiline).
- Jahutamine
 - 33°C vs 36°C [NEJM, Nov 2013]
 - 36 °C
 - parem elulemus, pigem tendents suurenenud suremusele 33 °C korral
 - funktsiooni taastumine parem (12 kuud)
 - trend tüsistuste vähenemisele 36 °C korral
 - Eesmärk ICP < 20 mmHg
- Kodade virvenduse ravis (nii EMOs kui op. toas/IROs) uueks ravimiks Vernakalant (Brinavess)
 - Halva prognoosiga on seotud nii hüpopglükeemia, hüperglükeemia kui ka suur veresuhkru väärtuste variaabelsus.
 - Dexmedetomidini kasutamine intensiivravis spontaanhingamisel patsiendi sedatsioonil. Oluline (ka intubeeritud pt seadtsioonil) on alustada piisavalt kõrge annusega, et blokeerida sümpaatikuse üliaktiivsus. Siis hiljem saab annust edukalt vähendada.
 - Kui mitteinvasiivse ventilatsiooni sünkroniseerimiseks enam aparadi seadistuse muutmisest ei piisa, siis 0,7-1.4 mkg/kg min. Pigem alusta suurema annusega. 1 mkg/kg min > toime 10-15 minutiga, siis saab vajadusel annust muuta.
 - www.dexdor.eu

Täna Eesti Anestesioloogide Seltsi osalemisvõimaluse eest.

Inga Karu

SA PERH