

European Congress of Paediatric Anaesthesiology (ESPA)
20th-22th September 2012, Stresa, Italy

Lühikokkuvõte

Kandideerisin EAS-i Abbotti koolitustoetusele, et osaleda 4ndal Euroopa Lasteanesteesia Kongressil Itaalias. Olen ka ESPA liige, kuna lasteanesteesia on minu suur huvi.

ESPA liikmeid on ca 400, kes on erialalt anestesioloogid, pediaatrid, intensivistid või neonatoloogid, samuti on liikmete seas palju interne/residente, kõik keda huvitab lasteanesteesia ja intensiivravi ning soovivad oma kogemusi jagada.

Kongressil oli 5 paralleelset sessiooni ning igaüks sai omale sobiva valida. Eelnevalt registreeritud said osaleda praktilistes töötubades ja seminarides, milledest esitan ka lühiülevaate. Seminarid ja töötoad olid suurepäraseks võimaluseks vahetada kogemusi ja tutvustada oma riiki, töökohta, töövõtteid ja imestada/õppida teiste käest. Lektorid olid igas mõttes oma ala tipud ja neilt õppida suur au.

Praktilised seminarid:

- 1) Hingamistee. Raske ja tavapärase hingamistee käsitlus, erinevate optiliste larüngoskoopide kasutamine, rigiidse ja painduva bronhoskoobi kasutamine erineva suurusega lapsmannekeenidel.

Olulised aspektid:

- Mitte lihtsalt toru sisse, vaid teha seda ohutult.
 - Liiga suure IT vigastused. Alati peab jääma toru ja trahhea vahele piisavalt ruumi, et õhk pääseks läbi. Lahanguleiud on näidanud, et trahhea on allpool häälepaelu koonusekujuliselt kitsenev, kuid IT mitte.
 - Mansetiga toru vigastused. Ei ole aktsepteeritud enneaegsetel kuni 6a lastel. Aspiratsioonirisk ei ole näidustus. Tõsiseid tüsistusi dokumenteeritud lühiajalise protseduuri järgselt (adenoidektoomia, lühiajaliselt intubeeritud mansetiga IT-ga, oluline trahhea stenoos). Mansett vigastab häälepaelu juba tühjalt neid läbides, sest on ebakorrapärane, teravate nurkadega. IT läbimõõduga 3mm, justkui sobiv enneaegsele, kuid sama IT tühja manseti läbimõõt sobib pigem 2 aastasele.
- 2) Ärkvel regionaalnesteesia. Praktiline kursus, kus lapsmannekeenidel erinevates situatsioonides püüti

spinaalanesteesiat teostada. Võimalike probleemide lahendamine.

Spinaalanesteesia teostamine enneaegsel ja vastsündinul on Tartus pigem haruldus ja erand, kuigi mujal Euroopa suurtes lastehaiglates igapäevane tegevus.

- Näidustused: BPD, enneaegne vastsündinu, erinevad sündroomid (nt eeldatav raske intubatsioon, kopsuhaigus).
- Valmisolek: veenitee enne (ei ole aktsepteeritud, et panna hiljem jalale kui spinaalanesteesia toimib), atropiin valmis (sageli muutuvad bradükardiliseks), SpO₂, seljale Emla kreem lokaalanesteesiaks.
- Ära unusta mittefarmakoloogilisi võtteid, siin edu võti- Taste, Talk, Touch . Lapsele glükoosi, võimalusel ema kaasamine, silita nägu, ruum hämaraks, vaikseks, soojaks, valgus ainult sinna, kuhu vaja.
- Õnnestumise tagamiseks vajad:
 - 2,5...4kg last (üle 5kg ei soovitata)
 - istuv asend! (lihtsam, vajub kõssi, lõug vajub ise rinnale)
 - parim õde abistama/parim kirurg lõikama (ajalimiit)
 - mittefarmakoloogilisi võtteid
- Head nõuanded:
 - testi enne kirurgi lõiget blokki, vajadusel tee uuesti punktsioon.
 - peale spinaalpunktsiooni keera laps külje peale ja tee kohe kaudaalblokaad ära.
 - L3/4 kuni L5/S1 aktsepteeritud kõrgus
 - kui spinaalanesteesia toimib, tõsta kogu jälgimine jalale (VR mõõtmine on ebamugav, las käed olla vabad).
- Ravim. 0,5% marcaini 1mg/kg st 0,2ml/kg, kuid ära tee alla 0,5ml (ei saa head blokki). Doos on suur, sest liikvori hulk kehakilogrammi kohta on suur.

3) UH ja veenitee. Peamiselt viimasel aastal kõvasti populaarsust kogunud v.subclavia punkteerimine imikutel UH kontrolli all supraklavikulaarselt.

Eelised IJV ees:

- SCV diameeter küllaltki konstantne
- alla 10kg lapsel ei ole praktiliselt kaela
- võimalik tunneleerimine
- sisestuskoht kaugel suust, seega parem hooldada

- Õnnestumiseks vajad: asend (Trendelenburg, pea vastaspoole pööratud, käsi kõrval, õlg all), õige suurusega UH andurit (2,5cm kuni 3cm), in-plane lähenemist, verevoolu kontrolliks Doppler. Õnnestumise protsent loetakse väga kõrgeks isegi neil, kes on UH varem kasutanud täiskasvanutel, kuid mitte väikelastel. Loetakse üheks ohutumaks meetodiks tsentraalveeni kanüleerimisel alla 10kg lastel.
- 4) Riskid ja informeerimine. Seminar, kus sai mõelda pisut sellele, millele me ilmselt igapäevaselt kiire töö ajal ei palju mõtle.
- Kes informeerib ja võtab nõusoleku lapsevanemalt? Kas samal päeval saabunud last üldse anestesioloog enne näeb? Kas teine kolleeg võiks sinu patsiente informeerida?
 - Millistest riskidest oleks vaja rääkida? 87% lapsevanematest sooviks teada surma riski, 74% kõiki riske. Kas rääkida ohtlikematest või sagedasematest?
- Miks on lapsega kõik raskem?
 - Närvilised/probleemsed lapsevanemad
 - Erinev vanus, täiesti erinev lähenemine
 - Lapse kuuldes riskidest rääkimine
 - Nõuandeid
 - Anna lapsele eakohane info. Olemas koomiksid jne.
 - Last ja tema soove tuleb alati kuulata (nt kui ei taha olla alasti jne).
 - Mine alati ise last ja lapsevanemat enne plaanilist operatsiooni vaatama. 1. Sa pead saavutama usalduse mõlemaga. 2. Kolleeg ei tea sinu plaane, Kas lumbaalpunktsiooni ajal lubad emal juures olla? Kas induktsioon maskiga või tuleb enne veenikanüül?

Sellised olid minu kongressimõtted ja väike osa teadmistest, mida sealt talletasin. Kindlasti jätkan sellel kogressil osalemist ka järgnevatel aastatel. Olen selle ürituse nn hea aura all veel praegugi ja palju õpitud on soov kohe järele proovida.

Täna toetuse, mis võimaldas mul sellest kõigest osa saada.

Lugupidamisega,

Kaie Stroo

SA TÜK AIÜA osakond

kaie.stroo@kliinikum.ee

01.10.2012