



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Grudzień 2017 / nr 21



*Świąt Bożego Narodzenia w rodzinnym nastroju,
w atmosferze szczęścia i miłości, przy blasku choinki,
w najlepszym zdrowiu i nadziei na dobry Nowy 2018 Rok*

życzy Dyrekcja
Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA

Nowy sprzęt w krakowskich karetkach

Wyposażenie karetek Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego jest coraz nowocześniejsze. Do użytku oddane zostały nowe defibrylatory oraz kolejne już urządzenia do kompresji klatki piersiowej, stosowane podczas resuscytacji. Zakupione zostały również dwa respiratory, a każdy ambulans wyposażony został dodatkowo w bardzo przydatny drobniazg – koło pediatriczne.

Do tej pory w krakowskich karetkach pracowało 17 urządzeń do automatycznego uciskania klatki piersiowej. Teraz do zespołów trafiło pięć kolejnych maszyn, dzięki czemu 70 procent karetek KPR posiada wyposażenie wykraczające ponad standard. W planach są zakupy kolejnych urządzeń.

Takie aparaty jeszcze kilka lat temu były w Polsce nowością. Nie stanowią one obowiązkowego wyposażenia w ambulansach i nie są wymienione w żadnym z przepisów określających standardy wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego. Praktyka wskazała jednak, że są bardzo pomocne dla załóg karetek i z tego powodu Krakowskie Pogotowie Ratunkowe od kilku lat stopniowo wyposaża swoje zespoły w te aparaty.

Aparat do kompresji klatki piersiowej to duża pomoc podczas prowadzenia akcji resuscytacyjnej. Tego typu maszyny w prowadzeniu pośredniego masażu serca są bar-

dzo efektywne. Wykonują uciski w jednostajnym tempie, z tą samą siłą i głębokością nacisku, a przede wszystkim – nie męczą się. Podczas gdy system do kompresji klatki piersiowej pracuje, pozostali członkowie zespołu mogą zająć się innymi czynnościami ratowniczymi. Urządzenie może też być wykorzystywane podczas transportu chorego karetką.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe kupiło też trzy defibrylatory i dwa respiratory najnowszej generacji. KPR cały czas, sukcesywnie, wymienia najstarszy sprzęt, tak aby zespoły dysponowały jak najlepszym wyposażeniem.

Nowe wyposażenie służyć będzie mieszkańcom Krakowa oraz okolicznych miejscowości, m.in. Krzeszowic, Wieliczki, Węgrzce czy Jerzmanowic.

Zespoły Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego zostały też – już po raz kolejny,

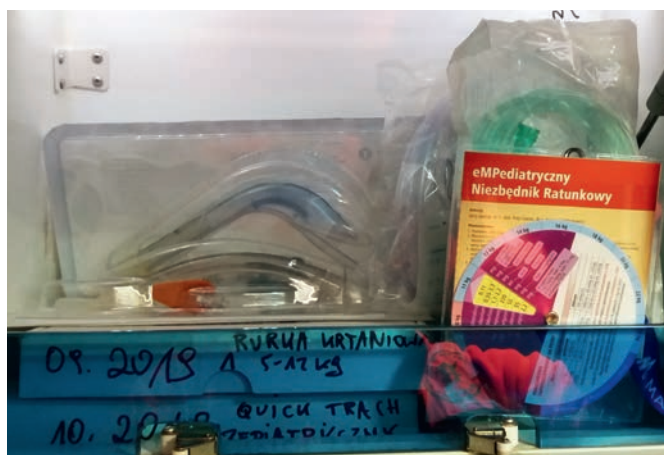
wyposażone w niewielkie ściągę – pediatriczne koła ratunkowe, pomocne w sytuacji ratowania życia dzieci.

Dzieci to pacjenci specyficzni. Dawki leków dla nich bardzo się różnią nie tylko w zależności od wieku, ale też od masy ciała. Podobnie jest z wielkością maski krtaniowej czy średnicą rurki intubacyjnej – rozmiarów jest wiele i trzeba je dobierać w odpowiednio do wieku dziecka. Każdy z tych elementów trzeba bardzo dokładnie sprawdzić na wszystkich etapach akcji ratunkowej. Koła pediatriczne ułatwiają tę procedurę, pozwalając szybko zweryfikować potrzebne dane i wykonać niezbędne obliczenia.

Krakowskie karetki zostały właśnie wyposażone w nowe wydanie, przygotowane na podstawie aktualnych wytycznych European Resuscitation Council. Można na nim sprawdzić i obliczyć m.in. rozmiar sprzętu do resuscytacji, dawki leków, zapotrzebowanie na płyny czy punktację w skali Glasgow u dzieci z różnych grup wiekowych.

Koła i niezbędniki, wydrukowane na wodoodpornym materiale, zakupione zostały dzięki wsparciu Dzielnicy XIV Czyżyny.

(red)



Święto w Płocku

W tym roku ogólnopolskie obchody Ogólnopolskiego Dnia Ratownictwa Medycznego zorganizowane zostały 13 października przez SP ZOZ Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku. Podczas uroczystości nie zabrakło pocztu sztandarowego Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.

Obchody rozpoczęły się mszą św. w Bazylice Katedralnej Wniebowzięcia NMP w Płocku, skąd uczestnicy obchodów przemaszerowali w pochodzie do Teatru Dramatycznego, gdzie odbyła się oficjalna część uroczystości. Lucyna Kęsicka, dyrektor płockiego pogotowia przywitała gości i wygłosiła referat na temat powstania i historii płockiej stacji, która obchodzi w tym roku jubileusz 20-lecia. Wśród zaproszonych gości znaleźli się m.in. Elżbieta Gapińska, posłanka na Sejm RP, Piotr Zgorzelski, poseł na Sejm RP oraz Marek Tombarkiewicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Wiceminister Tombrakiewicz wręczył nagrody im. Błogostawionego Gerarda, przyznawane przez Ministra Zdrowia osobom zasłużonym dla systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W tym roku w kategorii lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny uhonorowana została Edyta Wcisło, przewodnicząca Polskiej Rady Ratowników Medycznych. W kategorii osoby i instytucje wspierające system Państwowe Ratownictwo Medyczne nagrodę



otrzymał Piotr Skworzec, dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, a za zarządzanie ratownictwem nagrodzona została Mirosława Stocka-Mirońska, naczelnik Wydziału Ratownictwa Medycznego Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności.

Uroczystościom towarzyszyła xxx Konferencja Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej.

(red)



ODZNACZENIA, WYRÓŻN

W poniedziałek, 30 października, obchodziliśmy w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym Dzień Ratownictwa Medycznego. Zasłużeni i wyróżniający się pracownicy otrzymali odznaczenia państwowe i dyplomy, a także podziękowania, w tym podziękowania od ministra zdrowia, za udział w organizacji XVI Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym.

– Przyjechałem tu, żeby wam podziękować – mówił podczas uroczystości Piotr Ćwik, wojewoda małopolski. – Podziwiam waszą rzetelność i profesjonalizm. Dziękuję

za to, że zawsze można na was liczyć w najtrudniejszych sytuacjach.

Wojciech Kozak, wicemarszałek województwa małopolskiego podkreślił natomiast, że pracownicy krakowskiego pogotowia nie tylko sumiennie wykonują swoje codzienne obowiązki, ale też biorą udział w wielu zawodach w ratownictwie medycznym, często stając na podium. – Jesteście liderami – zaznaczył.

Małgorzata Popławska, dyrektor Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, podziękowała wszystkim za cały rok pracy,

przywołując słowa Władysława Tatarkiewicza: „Aby człowiek mógł być zadowolony z życia, jednym z najistotniejszych warunków jest, aby był przekonany, że ma ono jakiś sens, jakąś wartość”. – Jestem pewna, że naszym pracownikom to właśnie praca daje to przekonanie, że ich życie ma wartość i sens.

Podczas uroczystości wręczono również podziękowania i upominki dla wieloletnich pracowników KPR, którzy przeszli lub przechodzą już na emeryturę.

(red)

ODZNACZENIA PAŃSTWOWE OTRZYMALI:

Medal złoty za długoletnią służbę otrzymali:

Ryszard Jurkiewicz
Krzysztof Kulma
Piotr Michno



Medal srebrny za długoletnią służbę otrzymali:

Marta Foryś
Krzysztof Kosak
Kazimierz Kostkowski
Agnieszka Trzeniec-Bulanda

Medal brązowy za długoletnią służbę otrzymali:

Bartłomiej Gos
Hubert Marek
Jacek Kopeć

Podziękowania za organizację XVI Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym otrzymali:

Filip Banaś	Marta Foryś	Marek Maślerz	Marta Stoch
Małgorzata Bartochowska	Karolina Kańka	Piotr Michno	Stanisława Urbanik
Małgorzata Borchólska	Piotr Kominek	Iwona Ryczko	Bożena Woźniak-Pachota
Bogusława Dziewońska	Dorota Krawczyk	Joanna Sieradzka	

Dyplomy dla wyróżniających się pracowników Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego otrzymali:

Mariusz Andrzejczak	Dawid Gaura	Kamil Marków	Tomasz Scelina	Tomasz Turcza
Andrzej Banaś	Marek Grabowski	Tadeusz Mazur	Jerzy Stawiński	Jan Twaróg
Marek Brzostowicz	Sebastian Hajduk	Kamil Miodek	Robert Sułkowski	Przemysław Wierzbicki
Rafał Butryn	Piotr Jachimczak	Janusz Paździor	Grzegorz Ścibior	Adam Więcek
Michał Cicio	Dominik Kaleta	Maciej Polaszczyk	Wojciech Śnieguła	Hanna Wójcik
Jacek Cygan	Franciszek Kapata	Andrzej Poszwa	Karolina Świątek	Krzysztof Wsołek
Rafał Czulak	Paweł Łukasiewicz	Mateusz Putowski	Beata Tarasińska	
Anna Drygałto	Katarzyna Majka	Piotr Sap	Andrzej Trela	

Pracownicy, którzy otrzymali podziękowania z okazji przejścia na emeryturę w 2017 roku:

Teresa Kosicka-Hercog	Kazimiera Susuł	Krzysztof Głowacki	Tadeusz Zajączkowski
Zofia Macheta	Elżbieta Twardosz	Krzysztof Studziński	

WYSTĄPIENIA, PODZIĘKOWANIA



DZIEŃ RATOWNICTWA



A MEDYCZNEGO 2017



Nasi pracownicy wśród najlepszych wykładowców

Wyróżnieni za świetne wystąpienia

Nasi ratownicy medyczni znaleźli się w gronie najlepszych wykładowców podczas 5. Ogólnopolskiego Kongresu Ratowników Medycznych, który odbywał się w połowie października w Krakowie.

Mateusz Putowski zajął II miejsce w konkursie na najlepsze wystąpienie za prezentację pt. „Benzodiazepiny w zespołach ratownictwa medycznego – czy wiemy wszystko?”. Zaraz za nim na podium uplasował się **Mariusz Andrzejczak** z wystąpieniem

pt. „Dom zły – analiza akcji ratunkowej u pacjenta z zatrzymaniem krążenia spowodowanym licznymi obrażeniami ciała”.

Wyróżnienie za najlepszy wykład otrzymał **Andrzej Morajda** („s(t)ah – opis przypadku”), a również na trzecim miejscu ex aequo wyróżniony został dr n. med. Tomasz Sanak za prezentację pt. „Walking blood bank w realiach środowiska taktycznego”.

(red)

Benzodiazepiny w Zespołach Ratownictwa Medycznego.

Benzodiazepiny są jednymi z najczęściej stosowanych leków w praktyce Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM). Znajdują one zastosowanie w wielu stanach zagrożenia życia i zdrowia, stąd też niezwykle ważna jest wiedza dotycząca działania tej grupy leków. Istotna jest zarówno ogólna znajomość mechanizmu działania benzodiazepin, jak i charakterystyka poszczególnych leków. Istnieją bowiem różnice w działaniu benzodiazepin, wynikające z ich właściwości farmakokinetycznych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na liście leków znalazły się trzy leki z grupy benzodiazepin – diazepam (tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza), clonazepam (roztwór do wstrzykiwań), midazolam (roztwór do wstrzykiwań) (Rys.1). Leki te znajdują szerokie zastosowanie w leczeniu stanów padaczkowych, stanów niepokoju i lęku oraz pobudzenia psychoruchowego. Są stosowane również w premedykacji jako środki nasenne, miorelaksacyjne i uspokajające np. podczas zabiegu kardiowersji elektrycznej oraz zewnętrznej stymulacji mięśnia sercowego. Pomocniczo również w leczeniu Alkoholowego Zespołu Abstynencyjnego powikłanego drgawkami bądź majaczeniem, a także w przedawkowaniu psychostymulantów takich jak kokaina czy amfetamina.

Mechanizm działania

Benzodiazepiny (BZD) są pozytywnymi modulatorami allosterycznymi (PAM, ang. positive allosteric modulator) receptora GABA-A. W praktyce oznacza to, iż BZD nie powodują aktywacji receptora lecz wywołują

wzmocnienie jego odpowiedzi na endogenny kwas α -aminomastowy (GABA). Receptor GABA-A jest zbudowany z pięciu typów podjednostek występujących w różnych konfiguracjach. Najważniejszą z nich w kontekście BZD jest podjednostka α , która może występować w różnych izoformach (głównie $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 3$, $\alpha 5$). Badania pokazały, że każda izoforma podjednostki α odpowiada za inny efekt wywołany przez benzodiazepinę, należy jednak podkreślić, że cały układ GABA-ergiczny ma charakter hamujący ośrodkowy układ nerwowy (Tab. 1). Benzodiazepiny dostępne na ZRM, to nieselektywni agoniści receptora GABA-A.

Diazepam

Benzodiazepina długodziałająca, o okresie półtrwania 21-70h, posiadająca aktywne metabolity, których czas działania może przedłużyć działanie leku się nawet do kilku dni. Diazepam silnie działa głównie na receptory zawierające izoformę $\alpha 2$ i $\alpha 3$ oraz w większych dawkach również na $\alpha 1$. Dzięki tym właściwościom już w małych dawkach

(tj. do 10 mg) wywiera on silny efekt miorelaksacyjny i przeciwlękowy. Pierwszy z tych efektów jest szczególnie pożądany podczas procedury zewnętrznej stymulacji mięśnia sercowego w warunkach ZRM. Dzięki zaś działaniu przeciwlękowemu doskonale sprawdza się także w opanowaniu objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Należy jednak podkreślić, że osoby przewlekłe nadużywające alkoholu mogą wykazywać wyższy próg tolerancji na benzodiazepiny. Ze względu na zawartość etanolu w roztworze diazepam leku tego nie należy stosować u wcześniaków i noworodków a szczególną ostrożności należy zachować u osób z uszkodzeniem wątroby i/lub nerek. Lek należy stosować głównie w formie dożylnie, gdyż liczne źródła donoszą o niskiej skuteczności i wątpliwej dystrybucji leku podanego drogą domięśniową.

Clonazepam

Jest to benzodiazepina długodziałająca o okresie półtrwania 19-60h. W przeciwieństwie do diazepam nie posiada jednak ak-



Rys.1

Tabela 1. Główne efekty działania benzodiazepin w zależności od podtypu izoformy α .

	IZOFORMA α			
	$\alpha 1$	$\alpha 2$	$\alpha 3$	$\alpha 5$
Efekt	uspokajający, przeciwdrgawkowy, amnezja	przeciwłękowy, miorelaksacyjny	miorelaksacyjny	miorelaksacyjny amnezja

tywnych metabolitów. Dzięki czemu ryzyko kumulacji leku w organizmie pacjenta jest niewielkie. Działając głównie na receptory GABA-A $\alpha 1$ oraz na korowe i podkorowe ogniska padaczkorodne, clonazepam jest jedną z najlepszych benzodiazepin przerywających atak drgawkowy. Ciekawym jest fakt, że lek ten znalazł się również na liście adjuwantów w tzw. „drabinie analgetycznej” WHO. Ze względu na słabszą niż diazepam lipofilność, clonazepam rzadko wywołuje amnezję. Lek należy podawać po uprzednim rozcieńczeniu.

Midazolam

Krótko działająca benzodiazepina o okresie półtrwania to zaledwie 1,5–2,5h. Podobnie jak clonazepam nie posiada aktywnie działających metabolitów, a ryzyko kumulacji leku jest niewielkie. Jest jedną z najsilniejszych i najbardziej lipofilnych benzodiazepin. Po około 2 min. od podania i.v. uzyskuje się pełen efekt sedacji. Midazolam wywołuje również nie pamięć następczą.

Dzięki swoim specyficznym właściwościom zaleca się stosowanie midazolam przed różnego rodzaju nieprzyjemnymi zabiegami takimi jak np. kardiowersja elektryczna. Ciekawym jest też fakt, że midazolam wykazuje doskonałe efekty w leczeniu stanu padaczkowego, co pokazują liczne badania. Podany w formie domięśniowej działa szybko i skutecznie, dlatego też w wielu krajach zastąpił on diazepam podawany *per rectum*. Zasadne wydaje się również podanie leku i.m. w celu przerwania drgawek, gdy dostęp i.v. jest trudny do uzyskania, co rekomendują również wytyczne European Federation of Neurological Societies.

Interakcje benzodiazepin

Benzodiazepiny są leki stosunkowo bezpiecznymi i same w sobie rzadko powodują powstanie niekorzystnych efektów. Ratownik medyczny używając jednak benzodiazepin powinien mieć świadomość, że szybkie wstrzyknięcie dożylnie leku oraz łącznie

BZD z opiatami może spowodować depresję ośrodka oddechowego. Dlatego też warto ubezpieczyć się na taką ewentualność i przygotować zestaw do wspomaganie oddechu. Depresja oddechowa jest jednak najsilniejsza 3–5 min od podania leku i stopniowo ustępuje. Również alkohol należący do depresantów ośrodkowego układu nerwowego nasila działanie benzodiazepin. Nie oznacza to jednak, że należy rezygnować z podania benzodiazepin w przypadku wystąpienia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego, bowiem u osób uzależnionych symptomy takie mogą pojawić się kiedy we krwi obecny jest jeszcze alkohol.

Powyższy artykuł ma na celu nakreślenie mechanizmu działania i ogólnych zarysów właściwości benzodiazepin, personel medyczny powinien jednak zaznajomić się z charakterystyką produktu leczniczego co do dawkowania i ewentualnych przeciwwskazań.

mgr Mateusz Putowski

Nowe zasady stabilizacji kręgosłupa i zastosowania deski ortopedycznej EBM, a nie tradycja!

We wrześniu 2016 roku pojawiła się aktualizacja zaleceń International Trauma Life Support dotycząca m.in. stosowania deski ortopedycznej w celu stabilizacji kręgosłupa. Nowe podejście do tego tematu oparte jest na badaniach, publikowanych przez wiele towarzystw naukowych, a nie – jak dotychczas, na tradycji i domysłach. Znacząco zmienia sposób postępowania w urazach kręgosłupa i wymaga od pracowników służb ratowniczych zapoznania się z nowymi rozwiązaniami zarówno w teorii jak i w praktyce. Poniżej przedstawione zostały najważniejsze zasady związane z zastosowaniem stabilizacji kręgosłupa zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

ZASADY STABILIZACJI KRĘGOSŁUPA WG ITLS 2016

I. Wskazania do zastosowania stabilizacji kręgosłupa:

- Deformacja kręgosłupa, ból, osłabione czucie.
- Uraz tępy i obniżony stan świadomości.

C. Uraz wysokoenergetyczny z podejrzeniem pacjenta pod wpływem alkoholu lub narkotyków.

D. Objawy ogniskowego uszkodzenia OUN.

E. Brak możliwości adekwatnej oceny pacjenta pod kątem uszkodzenia kręgosłupa (pacjent z silną reakcją stresową, uraz głowy/mózgu, inne poważne obrażenia).

II. Mechanizm urazu wskazujący na duże ryzyko uszkodzenia kręgosłupa:

- Wypadki komunikacyjne z dużą prędkością.
- Upadek z wysokości większej niż trzykrotność wzrostu poszkodowanego.
- Siła działająca osiowo (np. upadek na nogi lub pośladki).
- Skok do wody.

E. Uraz penetrujący w okolicy kręgosłupa.

F. Sportowe obrażenia okolicy głowy i szyi.

G. Nieprzytomna ofiara urazu.

III. Objawy urazu kręgosłupa:

A. Ból kręgosłupa lub w okolicy kręgosłupa.

B. Ból kręgosłupa w trakcie poruszania się.

C. Napięcie mięśni przy kręgosłupie.

D. Rany i zniekształcenia, zasinienia, rany penetrujące i deformacje w okolicy kręgosłupa, mogące wskazywać na jego uraz.

E. Porażenie.

F. Utrata czucia.

G. Parestezje (mrowienie lub pieczenie skóry).

H. Osłabienie siły mięśniowej.

1. Stabilizację kręgosłupa należy stosować tylko u poszkodowanych z objawami klinicznymi lub gdy ocena w kierunku uszkodzenia kręgosłupa jest niemożliwa, a pacjent uczestniczył w zdarzeniu w mechanizmie urazu o dużym ryzyku (pkt. II).

2. Stabilizację kręgosłupa należy przeprowadzić w neutralnej (anatomicznej) pozycji. Do jej zachowania często potrzebne jest użycie **noszy z miękkim materacem (noszy głównych w karecie)**.

3. Pasy przeprowadza się nad stabilnymi strukturami kostnymi. Należy unikać przeprowadzania pasów nad szyją, stawami kolanowymi i pępkiem.

4. Poszkodowani, u których zastosowano stabilizację kręgosłupa muszą być monitorowani w kierunku wystąpienia niedrożności dróg oddechowych (obowiązkowo ratownik w przedziale medycznym).

5. Sprzęt do unieruchamiania kręgosłupa nie powinien powodować dodatkowego bólu i pogłębiać istniejącego urazu kręgosłupa. Głównym kryterium zastosowanego

unieruchomienia jest zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa poszkodowanemu.

6. **Nie należy zapobiegawczo umieszczać pacjenta na desce.**

7. **Stabilizacja kręgosłupa może być wykonana bez użycia deski ortopedycznej, np. za pomocą materaca próżniowego lub noszy z miękkim materacem, ze stabilizacją głowy, kręgosłupa szyjnego, tułowia i miednicy w jednej osi.**

8. **Do stabilizacji głowy w noszach z miękkim materacem można użyć stabilizatorów „klocków” do deski ortopedycznej i szerokiego plastra lub innych materiałów, które spowodują bezpieczne umocowanie pacjenta i utrzymanie kręgosłupa w osi.**

9. Deskę ortopedyczną można wykorzystać do transportu na krótkim odcinku (np. z uszkodzonego pojazdu do ambulan-su), do wyciągnięcia pacjenta z trudnego terenu lub ciasnej przestrzeni w pozycji pionowej. Następnie można przenieść poszkodowanego na nosze z miękkim materacem lub materac próżniowy. Przy dłuższym stosowaniu deska ortopedyczna może powodować odleżyny, dyskomfort i zaburzenia oddychania.

10. Pacjenta leżącego poza pojazdem (np. potrącony pieszy) można ułożyć na nosze podbierakowe, dbając o stabilizację kręgosłupa w osi długiej, a następnie przełożyć na nosze z miękkim materacem lub materac próżniowy.

11. Pacjent powinien być ułożony w taki sposób aby jego drogi oddechowe można było łatwo zabezpieczyć a wysiłek oddechowemu był minimalny.

12. Po umieszczeniu pacjenta w materacu próżniowym lub na noszach z miękkim materacem i stabilizacji głowy, dopuszcza się zdjęcie kołnierza szyjnego, szczególnie, gdy pacjent skarży się na dyskomfort z nim związany. Kołnierz może powodować dodatkowe uszkodzenie kręgosłupa szyjnego lub utrudniać oddychanie i przepływ mózgowy.

13. Selektowna stabilizacja kręgosłupa.

a) Obrażenia kręgosłupa piersiowego: umieść pacjenta w pozycji dla niego wygodnej. Na czas transportu ustabilizuj pacjenta na noszach z miękkim materacem za pomocą pasów.

b) Obrażenia kręgosłupa lędźwiowego: ułóż pacjenta na noszach z miękkim materacem lub na materacu próżniowym, unieruchom miednicę pasami od noszy w celu stabilizacji na czas transportu.

c) Obrażenia dolnej części kręgosłupa: ułóż pacjenta w pozycji dla niego wygodnej. Czasami wymaga to podgięcia nóg lub przemieszczenia tułowia poszkodowanego. Ustabilizuj i przypnij pasami na czas transportu.

14. U dzieci z poważnymi obrażeniami głowy zastosuj unieruchomienie kręgosłupa ze względu na trudności z wiarygodną oceną obecności urazu.

Powyższe zasady zostały wprowadzone do procedury PM-3, jako obowiązujące postępowanie ZRM. Trwają prace Komitetu Terapeutycznego KPR nad rozwiązaniami technicznymi, związanymi z odpowiednim ustabilizowaniem głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa przy zastosowaniu noszy z miękkim materacem. Wszelkie sugestie i pomysły pracowników Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego są mile widziane. Podjęte zostały również starania, aby poinformować Szpitalne Oddziały Ratunkowe o stosowaniu przez zespoły KPR nowych zasad.

Po więcej informacji dotyczących postępowania z pacjentem po urazie odsyłam do podręcznika *International Trauma Life Support*, Medycyna Praktyczna 2017.

Piotr Kominek



Nowe miejsce na południu Krakowa

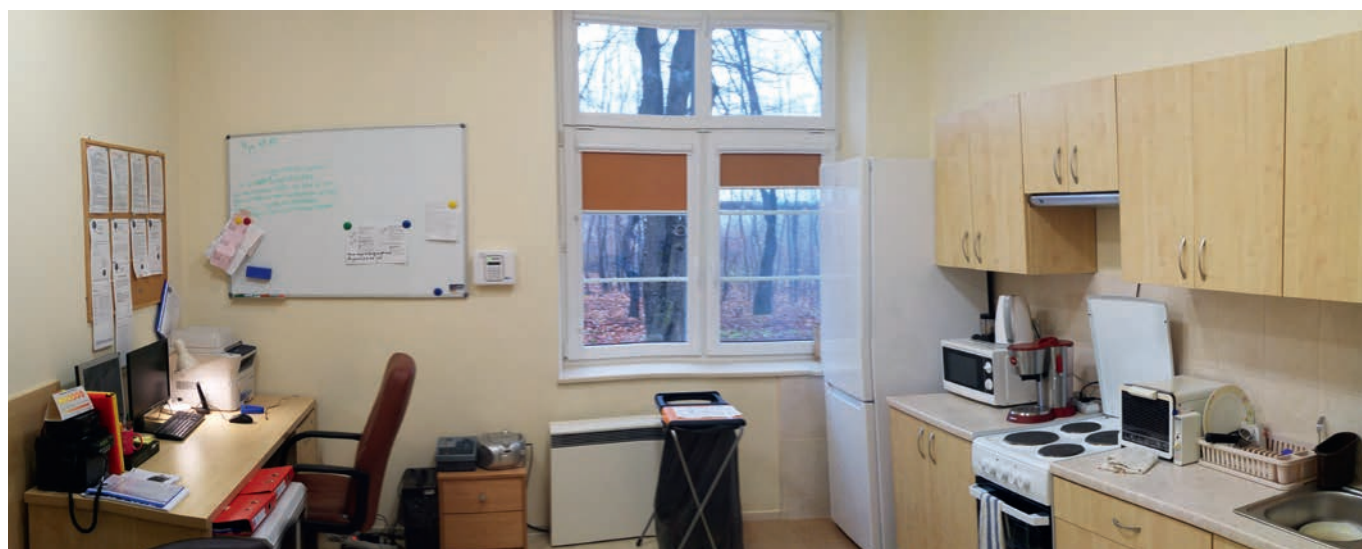


Od kilku miesięcy dwa nasze zespoły podstawowe stacjonują w nowym miejscu – w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego.

Zespoły przeniesione zostały tam z poprzedniego miejsca stacjonowania przy ul. Jugowickiej. Nowa stacja mieści się w zabytkowym budynku położonym na terenie

szpitalnego parku. Domek wyremontowany został dzięki staraniom Szpitala i komfortowo wyposażony. Mieszczą się w nim dyżurki, pokój socjalny, stanowisko komputerowe oraz dobrze wyposażona kuchnia, a także pomieszczenia gospodarcze.

Od września tym miejscem stacjonowania oraz stacjami przy ul. Wybickiego i ul. Kościuszki kieruje Stefan Baławajder. **(red)**



Projekt Mali Ratownicy cały czas się rozwija!

W ramach projektu Mali Ratownicy w ciągu kilku minionych lat przeszkoliliśmy w zakresie pierwszej pomocy już ponad tysiąc dzieci z krakowskich szkół i przedszkoli. Zajęcia prowadzone są albo w placówkach albo w siedzibie przy ul. Łazarza, gdzie dzieci mogą zwiedzić centrum dyspozytorskie oraz obejrzeć ambulans.

W trakcie zajęć dzieci dowiadują się, jak wezwać pomoc, co powiedzieć dyspozytorowi i jak postępować z poszkodowanym. Uczą się też, jak posługiwać się AED, czyli automatycznym defibrylatorem zewnętrznym – urządzeniem, które ratuje życie w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Defibrylatorów tego typu jest coraz więcej w miejscach publicznych, takich jak dworce, duże sklepy, urzędy, muzea czy kościoły.

Kursy prowadzone są przez naszą Szkołę Ratownictwa Medycznego i dlatego to jej kierownika – Bożenę Woźniak-Pachotę, możemy spotkać najczęściej na czele hałaśliwej gromady maluchów. Wielkim zaangażowaniem w szkolenie wykazują się też zawsze pracownicy Centrum Dyspozytorskiego (choć czasami usiłują jednak wystać jakąś karetkę) oraz zespoły, które niestrudzenie oprowadzają po wnętrzu ambulansu (te, którym nie udało się umknąć na wyjazd).

Wspaniała niespodziankę zrobiła nam jedna ze szkół – Szkoła Podstawowa nr 111 im. Wojska Polskiego w Krakowie, której



uczniowie przynieśli pluszowe maskotki dla naszych pacjentów.

Program Mali Ratownicy – pomysł Macieja Kotarby i Pawła Łukasiewicza finansowany jest w ramach budżetu obywatelskiego miasta Krakowa i z każdym rokiem jego zakres się poszerza. W pierwszej edycji budżetu obywatelskiego wystartował tylko w jednej dzielnicy. W kolejnych latach zdobył ogromną popularność i obejmował coraz więcej dzielnic oraz wszedł do budżetu jako program ogólnomiejski. W roku przyszłym przeszkolonych zostanie aż prawie tysiąc kolejnych maluchów. W tym roku mieszkańcy Krakowa zagłosowali też na drugi projekt – Duzi Ratownicy.

Będą to profesjonalne kursy doszkalające dla ratowników medycznych pracujących w krakowskich karetkach i szpitalach.

Już drugi rok współpracujemy też z Radą Dzielnicy II – Grzegórzki, która finansuje szkolenia z zakresu pierwszej pomocy dla nauczycieli.

Nauka obejmuje nie tylko pomoc w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, ale też postępowanie w sytuacjach problemów zdrowotnych mniej poważnych, ale za to zdarzających się w szkołach bardzo często. Pedagodzy dowiadują się m.in. jak postępować w przypadku omdlenia, krwawienia z nosa czy urazów. Cały kurs trwa około 6 godzin. (red)

