



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Grudzień 2020 / nr 33

Wesołych Świąt!

*Dużo zdrowia i wytrwałości w tych trudnych czasach,
spokojnych chwil świątecznego wytchnienia,
a także mnóstwo dobrych myśli i nadziei
na Święta Bożego Narodzenia oraz Nowy Rok 2021*

*życzy
Dyrekcja Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego*



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA

Po przeprowadzce w Olkuszu

Już od kilku tygodni nasze zespoły w Olkuszu stacjonują w nowych, komfortowych warunkach. 150 metrów kwadratowych, pięć dyżurek – tak wygląda nowe miejsce stacjonowania przy ul. Osieckiej. Oprócz biura i apteki, jest też tam obszerna kuchnia oraz dwie łazienki i pralnia. Dla ambulansów znalazło się miejsce pod zadaszeniem. Zorganizowane zostało również odrębne miejsce do dezynfekcji.

(red)



Jacek Pasierbiński – wspomnienie

Niedawno pożegnaliśmy naszego kolegę Jacka. Dla wielu z nas jest to fakt, którego nie zaakceptujemy chyba nigdy.

Przedwcześnie odszedł człowiek, którego pokłady dobroci i życzliwości dla innych wydawały się nieskończone. Bez znaczenia było czy pomocy potrzebował ktoś w pierwszej, drugiej czy dziesiątej godzinie dyżuru Jacka, w środku dnia czy w środku nocy. Nie miało znaczenia Jego zmęczenie czy natłok pracy na stanowisku. Nie bacząc na wszystko Jacek zawsze potrafił znaleźć siłę i chęć do pomocy. Służył radą nowym pracownikom, którzy byli na samym początku swojej drogi zawodowej. Wspierał też tych, którzy mimo wiedzy i umiejętności doświadczali chwili słabości. Dlatego wielu z nas brakuje słów, żeby opisać Jego osobę. Najczęściej mówimy i słyszymy – „to był dobry człowiek”.

Swoją życzliwość i spokój kierował nie tylko wobec koleżanek i kolegów z sali dyspozytorskiej. Bardzo dbał również o współpracę z członkami zespołów ratownictwa medycznego. Dla Jacka ważna była ta chyba najtrudniejsza do opisanego i nauczenia część współpracy na linii dyspozytor-ZRM czyli atmosfera, zrozumienie, wyrozumiałość. Dlatego na wieść o Jego śmierci bardzo często z ust członków ZRM słyszało się – „to był dobry dyspozytor”.

Czuwaj nad nami Jacku gdziekolwiek jesteś. Pewnie będziesz zaglądał po cichu na nasze dyżury zerkając czy wszystko dobrze działa. Wierzymy, że w chwili słabości dyskretnie wskażesz nam, jak zawsze, właściwą drogę.

***Żegnaj Dobry Człowieku,
Dobry Dyspozytorze.***

Dla wielu z nas był nauczycielem zawodu, nie tylko jako dyspozytor, ratownik czy instruktor w Szkole Ratownictwa Medycznego. Czuwał nad wszystkim, co działo się na sali dyspozytorskiej, poczynawszy od słuszności podjętych decyzji, a skończywszy na sprawdzeniu czy wszyscy mają co jeść. Zespoły wyjazdowe także mogły liczyć na jego czuwające oko, oraz na zrozumienie, gdy potrzebowały chwili wytchnienia. Był kolegą – przyjacielem, któremu można było wszystko powiedzieć, zawsze można było na nim polegać. Pewnie niewiele osób wie, że Jacek zawsze miał przy sobie taki ekwipunek, przy pomocy którego mógł naprawić wszystko co w danej chwili było potrzebne.

By zrozumieć kim dla nas wszystkich był Jacek niech posłuży fakt, że młodzi koledzy ze zmiany mówili do niego tato...

***Koleżanki i Koledzy
z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego***



Szkoła ratownictwa medycznego

Urazy sezonowe

Zawsze w okresie jesienno-zimowym uważamy wzrost liczby urazów zarówno kończyn górnych jak i dolnych. Większość z nich dotyczy osób w podeszłym wieku i to one przede wszystkim powinny znaleźć się w obszarze zainteresowań ratownictwa medycznego, ponieważ zwykle taki uraz u osoby starszej wiąże się z poważnymi konsekwencjami nie tylko ortopedycznymi.

Starsi ludzie w tym okresie zarówno życia jak i pory roku mają problemy z poruszaniem się. Ograniczenia wynikają zarówno ze zmian zwyrodnieniowych w kregostupie, stawach kończyn dolnych, a także związane są z zawrotami głowy obserwowanymi przy skokach lub spadkach ciśnienia. Pojawiają się też omdlenia wiążące się z niewydolnością krążenia, zaburzeniami rytmu pracy serca jak migotanie przedsionków czy też bradykardia, starsi pacjenci mają też zaburzenia błędnika czy problemy ze wzrokiem. Osoby w podeszłym wieku często też chorują na osteoporozę, tkanka kostna jest więc znacząco osłabiona. Dużym wyzwaniem jest nawet samodzielne poruszanie się po domu, nie mówiąc o wyjściu z mieszkania. Zimą dołącza się śliska, niestabilna nawierzchnia, co powoduje, że o tej porze roku tego typu wypadków notujemy znacząco więcej, a z pozoru niegroźnie wyglądający upadek z własnej wysokości, czyli przewrócenie się, może być brzemienny w skutkach.

Upadek i uraz u starszego pacjenta traktujemy trochę inaczej niż w przypadku urazu u osoby młodszej i nie cierpiącej na schorzenia przewlekłe, które mogłyby do takiego urazu doprowadzić. Złamania, szczególnie kończyn dolnych, u pacjentów w podeszłym wieku należy traktować bardzo poważnie – w wielu przypadkach mogą one prowadzić do długiego unieruchomienia skutkującego znaczącą destabilizacją ogólnego stanu zdrowia. Z drugiej strony – należy się też zawsze uważnie przyjrzeć przyczynom, które doprowadziły do upadku i przeprowadzić wstępną diagnostykę ewentualnego udaru, problemów kardiologicznych, wahań ciśnienia tętniczego czy poziomu glikemii.

Złamanie szyjki kości udowej to uraz uważany za typowy dla wieku podeszłego – średnia wieku osób u których dochodzi do takiego urazu to 72 lata, a częściej to złamanie występuje u kobiet.

Główne objawy to: silny ból w pachwinie, ograniczona ruchomość biodra, pacjent nie

może stać na tej kończynie, której uraz dotyczy. Często kończyna jest skrócona i zrotowana względem kończyny zdrowej. Wszystkie próby ruchu nasilają dolegliwości.

Wyjazd ZRM do osoby z takim urazem i chorobami współistniejącymi jest uzasadniony.

Po przyjeździe i ocenie miejsca pod względem bezpieczeństwa, należy ocenić stan pacjenta pod kątem ABC: świadomość, oddech, krążenie. Oczywiście, jeżeli osoba brała udział w wypadku komunikacyjnym należy wykonać szybkie badanie urazowe.

Jeżeli jest to upadek z pozycji własnego ciała, a pacjent jest przytomny, ma zachowany oddech i krążenie, **należy ocenić stan neurologiczny**, zebrać wywiad od samej osoby chorej, rodziny, czy też świadków zdarzenia wg schematu SAMPLE.

Pacjent powinien być przetransportowany do szpitala w pozycji leżącej. Wszystkie parametry wymagane w KMCR powinny być zbadane, **nie wolno zapominać o ocenie skali bólu, wdrożeniu leczenia przeciwbólowego i ponownej ocenie bólu**. Kończynę należy unieruchomić, co nie zawsze jest czynnością łatwą do wykonania u osoby starszej, która z nami nie współpracuje, a na każde najmniejsze poruszenie reaguje oporem. Jeżeli zakładamy szynę Kramera to powinna być to szyna długa, sięgająca za biodro, uwzględniająca rotację kończyny, wówczas przy chorej nodze należy ją domodelować. Zaczynamy bandażować zawsze od miejsca urazu.

Można jednak zrezygnować z unieruchomienia szyną Kramera i – w zależności od sytuacji oraz poziomu współpracy pacjenta, znaleźć inne rozwiązania. Można chorą kończynę unieruchomić kilkoma chustami trójkątnymi, wiążąc do nogi zdrowej – wtedy, zakładając pierwszą chustę w miejscu urazu, pod zrotowaną kończynę należy coś podłożyć np. koc. Można też kończynę unieruchomić odwróconą kamizelką KED. Z pewnością będzie to unieruchomienie dużo prostsze, ale też w ten sposób zaoszczędzimy osobie starszej nieprzyjemnych doznań podczas zakładania szyny.

Pamiętajmy, aby w wywiadzie zapytać o godzinę zjedzonego ostatniego posiłku – to ważna informacja dla anestezjologa, który podejmie się znieczulenia takiej osoby. Warto taki wywiad zebrać np. w domu, od rodziny, ponieważ mogą być trudności z uzyskaniem tej informacji od samego pacjenta. Również istotna informacja o zażywanych lekach oraz ewentualnych uczuleniach na leki.

Podczas transportu należy zwracać uwagę zarówno na ogólny stan pacjenta jak również monitorować stan samej kończyny – trzeba sprawdzać czy jest ciepła czy zimna, jaki jest kolor skóry czy np. jest blada, czy jest w niej zachowane czucie, czy jest możliwość poruszania palcami stopy czy jest obrzęknięta. Jeśli jest taka możliwość, rozmawiamy z osobą chorą podczas transportu, powiedzmy jej dlaczego jest przewożona do szpitala, jakie badania będzie mieć wykonywane w szpitalu. Dla osób w wieku podeszłym zachowanie kontaktu jest ważne, ponieważ są one bardziej narażone na pojawienie się stanów lękowych czy depresyjnych.

Innym urazem, który często też występuje u osób w podeszłym wieku, szczególnie w okresie zimowym, to złamanie nazywane popularnie złamaniem nadgarstka, czyli w rzeczywistości jest to **złamanie kości przedramienia**.

Objawy to: ból, obrzęk, krwiak w miejscu urazu, zniekształcenie kończyny.

U osób starszych jest to szczególna sytuacja, i wtedy ZRM zostaje wysłany do takiego zdarzenia nie tyle z powodu samego złamania – bo taka osoba mogłaby być przecież przewieziona do szpitala przez rodzinę czy kogoś znajomego, tylko z powodu okoliczności w jakich to się stało. **Najczęściej bowiem upadek jest wyrazem chorób ogólnoustrojowych, które doprowadziły np. do utraty przytomności.**

Dlatego po przyjeździe na miejsce, główną troską zespołu powinno być szczegółowe zbadanie pacjenta pod kątem m.in. udaru, zaburzeń krążenia, hipoglikemii itp. Oczywiście, nie wolno zapomnieć o zaopatrzeniu chorej kończyny, co powinno pacjentowi przynieść równocześnie ulgę w bólu. **Jeżeli w ZRM decydujemy się na założenie szyny, to powinna ona być szyną sięgającą za łokieć**. Modelujemy ją na zdrowej kończynie! Bandażujemy od miejsca urazu, a dłoń pacjenta musi w całości leżeć na szynie. Nie zapomnijmy o zdjęciu biżuterii z palców i nadgarstków. Palce powinny zostać niezabandażowane, aby móc obserwować ich ruchomość, ciepłotę oraz kolor skóry.

W tym wypadku też niekoniecznie musi być założona szyna Kramera – możemy taką kończynę unieruchomić na chuście trójkątnej. Zasady transportu obowiązują jak powyżej i jest bezpieczniej transportować takiego pacjenta na leżąco. **Pamiętajmy także o podaniu środków przeciwbólowych oraz przykryciu pacjenta, ponieważ osoby starsze mają zaburzoną termoregulację i po prostu jest im zimno.**

Bożena Woźniak-Pachota

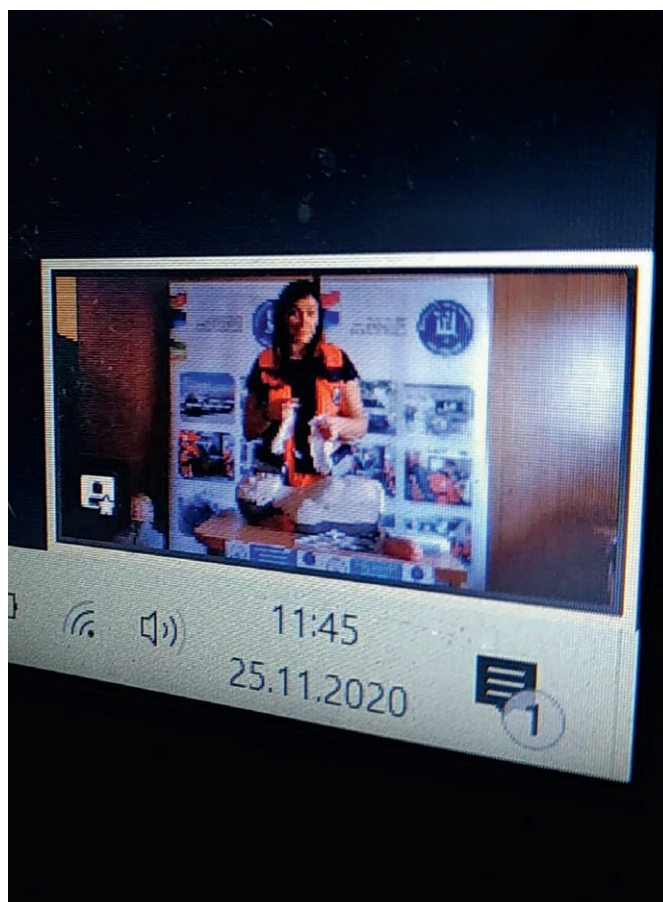
Mali Ratownicy

Pierwsza pomoc... online

Choć czasy są trudne, postanowiliśmy się nie poddawać. Od wielu już lat najmłodszy mieszkańcy Krakowa mają możliwość poznawania zasad udzielania pierwszej pomocy dzięki naszemu programowi Mali Ratownicy. Program finansowany jest z Budżetu Obywatelskiego Miasta Krakowa i dzieje się tak dlatego, że spore grono krakowian głośuje i wybiera właśnie nasze projekty. Nie mogliśmy ich zawieść i choć organizacja nie była prosta i tęsknimy za kontaktem z młodzieżą, to nasza Szkoła Ratownictwa Medycznego postanowiła poprowadzić szkolenia online dla krakowskich szkół.

Uczymy dzieci właściwego reagowania w sytuacjach zagrożenia, prawidłowego sposobu wzywania pomocy oraz zasad pierwszej pomocy. Do końca tego roku przeszkolimy aż 1200 uczniów. A w przyszłym roku działamy nadal!

(red)



Respirator: Żelazne płuca ratujące życie

Pandemia koronawirusa pokazała, jak niezbędnym urządzeniem dla medycyny są respiratory

Choć respiratory stanowią podstawowy sprzęt ratujący życie w szpitalnych oddziałach, czy pogotowiu ratunkowym przy większym zapotrzebowaniu i pacjentach w ciężkim stanie może ich po prostu brakować. Obserwujemy to właśnie podczas pandemii Covid-19, kiedy do szpitali trafia duża ilość chorych mających problemy z samodzielnym oddychaniem. Gdzie szukać nadziei? Być może w polskich konstruktorach. Od marca trwają bowiem prace nad o wiele tańszą i wydajniejszą wersją tego urządzenia.

Chęć pomocy ciężko chorym pacjentom bez zdolności samodzielnego oddechu zainspirowała inżynierów do poszukiwania rozwiązań wspomagających lub nawet zastępujących własny oddech. Zainteresowanie urządzeniami tego typu wymogła kryzysowa sytuacja pandemii koronawirusa Covid-19, a przecież respirator ma już prawie 100 lat!

Wynalazek z 1928 roku autorstwa Philipa Drinkera z Uniwersytetu Cambridge zrewolucjonizował proces leczenia osób wcześniej skazanych na szybką śmierć. Pierwszy respirator przypominał bardziej trumnę niż urządzenie ratownicze – metalowa skrzynia z wyciętym otworem na głowę! Co więcej do zmiany ciśnienia wewnątrz używano elementów odkurzacza, a dzięki temu zabiegowi uciska-



no klatkę piersiową wymuszając oddech. W kolejnych latach za sprawą firmy Warren Colilns z Bostonu udoskonalony respirator nazwano „Drinker Respirator”. Urządzenie, choć było dostępne praktycznie tylko dla najbardziej zamożnych, dało szansę na przedłużenie życia. Znany jest przypadek chorego na polio Fredericka B. Smite’a, który przeżył aż 18 lat podłączony do respiratora.

Pierwsze projekty urządzenia do wentylacji mechanicznej pojawiły już w... XV wieku!

Leonardo da Vinci w 1450 roku zaprojektował podobne urządzenie, a w 1779 roku Jean Francois Pilatre de Rozier zmechanizowany „respirator”. Natomiast pod koniec XIX wieku testowano respirator z drewna do wentylacji topielców.

Mechaniczna wentylacja to nic innego jak zastąpienie częściowe naturalnej funkcji oddychania człowieka poprzez wytworzenie różnicy ciśnień pomiędzy pęcherzykami płuc a atmosferą. Służy do tego właśnie respirator, który wykonuje sztucznie pracę wentylacji.

W Polsce oprócz zastosowań szpitalnych respiratory pod koniec lat 60. pojawiły się w karetkach reanimacyjnych jako ich stałe wyposażenie. Dzięki nim dostęp do tego urządzenia ratującego życie był zdecydowanie lepszy. Możliwy był też transport pacjentów w ciężkim stanie, choć zapas tlenu w butlach starczał raptem na kilkadziesiąt minut ich pracy.

Jednym z najpopularniejszych modeli respiratorów w PRL-u był Relog nazywany przez załogi „Repi-Killer” mający możliwości podawania tlenu tylko 21% albo 100%. Produkowała go warszawska medyczna firma Farum, która w swojej ofercie ma obecnie aż 8 różnych modeli respiratorów stacjonarnych i transportowych. Oczywiście w karetkach czy śmigłowcach pojawiał się sprzęt innych producentów – głównie z zachodnich darów np. firmy Draeger.



Kiedyś respiratory wyglądały jak szafy, obecnie są to urządzenia trochę większe od pudełka zapalek sterowane mikroprocesorami. Nie oznacza to bynajmniej, że te stare były gorsze, ponieważ zdarzają się przypadki dalszego ich użytkowania. Natomiast w ośrodkach przewlekłego leczenia stosuje się całą gamę nowej generacji respiratorów turbinowych, małych rozmiarów porównywalnych z laptopem.

Odrębną kategorię stanowi sprzęt indywidualny dla chorych przebywających w domowych warunkach, czy poruszających się na wózkach. Mogą być oni wentylowani poza szpitalem, a respirator zamontowany jest w konstrukcji pojazdu, np. pod siedziskiem. Jednym z najbardziej znanych użytkowników takiego urządzenia był Stephen Hawking cierpiący na stwardnienie zanikowe boczne i wymagający wspomagania oddychania.

Przełomowa jest też praca naukowców z Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej Polskiej Akademii Nauk. Opracowali oni proste rozwiązanie, które pozwoli na podłączenie dwóch pacjentów do jednego respiratora. Urządzenie nazwane „Ventil” zostało skierowane do produkcji w Instytucie Techniki i Aparatury Medycznej w Zabrze. Zwiększy to możliwości obecnie używanego sprzętu, a w praktyce podwoi jego dostępność.

Wynalazek był testowany i rozwijany przez profesora Darowskiego od lat 80., ale dopiero w marcu br. udało się pozyskać środki na jego produkcję. „Ventil” automa-

tycznie dzieli objętość i pozwala bezpiecznie wentylować przy pomocy respiratora dwóch pacjentów równocześnie. Choć na oddziałach próbowano rozdzielać jego funkcję już wcześniej przy pomocy prostych „trójników” nie osiągnęto zadowalających wyników.

Darowski dzięki swojej pasji i uporowi wdrożył aparat do fazy badań klinicznych, oraz go opatentował. Taki sprzęt medyczny jest niezwykle cenny w sytuacji walki z pandemią Covid-19, stąd przychyłność i zainteresowanie finansowaniem produkcji

ze strony Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Koszt takiego urządzenia to tylko 1/4 wartości nowego respiratora, co przy polskiej wiecznie niedoinwestowanej służbie zdrowia jest cennym argumentem.

Łukasz Pieniążek

Tekst pochodzi ze strony
www.menway.interia.pl.
Dziękujemy za współpracę!

Zdjęcia: Muzeum Ratownictwa w Krakowie



Testy antygenowe w karetkach

Kolejna nowość w walce z covid-19

Od początku grudnia w zespołach ratownictwa medycznego można wykorzystywać testy diagnostyczne wykrywające antygen wirusa SARS-CoV-2. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe otrzymało od wojewody małopolskiego 4380 takich testów.

Mają one pomóc w codziennej pracy, ponieważ pozwalają na bardzo szybką, już na miejscu zdarzenia, identyfikację pacjentów zakażonych covid-19. Dzięki takiej informacji zespół może od razu podjąć decyzję o tym, do jakiego szpitala należy przewieźć chorego, a pacjentów z wynikiem dodatnim, u których powodem wezwania było podejrzenie zachorowania na covid-19, może transportować bezpośrednio do szpitala z oddziałem covidowym.

Testy przeznaczone są dla pacjentów, u których podejrzewane jest zakażenie koronawirusem, czyli prezentują objawy kliniczne infekcji dróg oddechowych oraz występuje u nich co najmniej jeden z następujących objawów: kaszel, gorączka, duszność, utrata węchu o nagłym początku, utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku. Materiał do badania pobierany jest w postaci wymazu z jamy nosowo-gardłowej. Wynik uzyskujemy po 15 minutach.

Postępowanie w przypadku wyjazdu do pacjenta z podejrzeniem czy stwierdzonym zakażeniem koronawirusem jest szczegółowo opisane w procedurze Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego PM-24 COVID. Procedura jest na bieżąco uaktualniana.

Pamiętajmy, że w przypadku wyjazdu do pacjenta z podejrzeniem czy potwierdzeniem zakażenia, obowiązuje zastosowanie Indywidualnych Pakietów Ochrony Biologicznej (IPOB). Również pacjentowi należy założyć maseczkę ochronną, zdezynfekować ręce i nałożyć rękawiczki. W miarę możliwo-

ści pacjent powinien wykonać to samodzielnie. Pamiętajmy, że do interwencji u każdego pacjenta, który nie jest podejrzany o zakażenie, zespół **JEST ZOBOWIĄZANY DO ZAŁOŻENIA OCHRONY:** ust i nosa w postaci maski, oczu (gogle, przyłbice), kombinezonu wielorazowego oraz rękawiczek. (red)



Zbliża się nasz jubileusz – zapraszamy do współpracy!

W roku 2021 obchodzić będziemy jubileusz 130-lecia powstania Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego, czyli prekursora Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.

To rocznica ważna nie tylko dla nas, ale też dla całej historii ratownictwa medycznego, ponieważ krakowskie pogotowie było pierwszą taką jednostką na ziemiach polskich i drugą w Europie! Z tej okazji chcieli-

byśmy przygotować m.in. zbiór wspomnień pracowników Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego oraz jednostek, które były jego poprzednikami, a także tych, którzy współpracowali z naszą placówką. Wszyst-

kich, którzy chcieliby się podzielić swoimi historiami, nawet krótkimi anegdotami, w formie pisemnej bądź mówionej, bardzo gorąco zapraszamy do kontaktu: Joanna Sieradzka, rzecznik prasowy KPR, e-mail: rzecznik@kpr.med.pl, tel. 607-444-466.

Zapraszamy!