



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Lipiec 2022 / nr 39



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA



Odeszła doktor Barbara Szymańska

Pożegnaliśmy cenioną lekarzkę

26 maja odeszła od nas nagle lek. med. Barbara Szymańska, ceniona lekarka i wieloletni pracownik Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.

Była doświadczonym specjalistą chorób wewnętrznych oraz medycyny ratunkowej,

ale wszyscy zapamiętaliśmy ją przede wszystkim jako wspaniałego człowieka.

Wszystkim pracownikom, ale z pewnością też pacjentom będzie brakowało jej niewyczerpanej empatii i życzliwości.

(red)



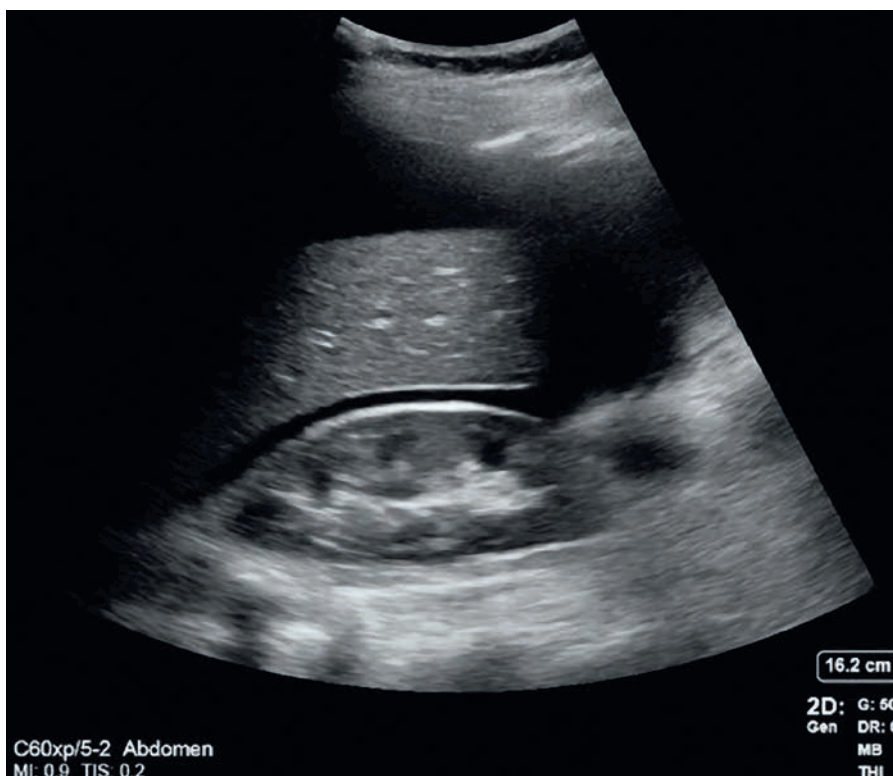
Z gabinetu na pokład karetki

USG w nowoczesnym ratownictwie medycznym

Ultrasonografia oparta na protokołach i przenośnych urządzeniach coraz częściej jest wykorzystywana na pokładach karettek Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Pod koniec maja zasoby sprzętowe zostały

zasilone o kolejne 4 aparaty ultrasonograficzne przekazane przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy. To dobra wiadomość, gdyż więcej ratowników będzie miało dostęp do nowoczesnej formy diagnostyki.

USG (ultrasonografia) kojarzy nam się z dobrze zaciemnionym gabinetem lekarskim, a samo badanie jako wysoce specjalistyczna procedura dotycząca konkretnego narządu. Z tego powodu często pojawiają



się pytania o zasadność zastosowania USG w karetkach.

Sama dziedzina obrazowania ultrasonograficznego w Polsce i na świecie jest coraz bardziej popularna. Dzieje się tak za sprawą rozwoju technologii i większej dostępności małych, przenośnych urządzeń połączonych z tabletem bezprzewodowo lub za pomocą kabla, nie ustępujących jakością obrazowania ich stacjonarnym odpowiednikom. Rozwija się także nauka i pojawiają się odpowiednie badania uzasadniające określone zastosowanie. Przykładem takiego przełomu jest rozważanie o ultrasonografii płuc. Przed rokiem 2010 badanie płuc było uznawane za niewykonalne i błędne. W obrazie ultrasonografu pojawiały się jedynie mało czytelne artefakty. Zmieniło się to za sprawą Daniela Lichtensteina, który opisał widoczne artefakty przyporządkowując je do stanów chorobowych związanych z chorobami płuc i dusznością. Wynikiem analizy zebranego materiału było opublikowanie w 2014 roku pracy „Lung Ultrasound in the Critically Ill” (z ang. *Ultrasonografia płuc u pacjentów w stanie krytycznym*) oraz protokołu BLUE (z ang. *Ultrasonografia przyłóżkowa w stanach nagłych*). Dziś o USG płuc wiemy o wiele więcej, a na oddziałach intensywnej terapii jest to podstawowe i niezbędne narzędzie różnicujące duszność.

W celu zastosowania USG w stanach nagłych stworzono i potwierdzono na podstawie EBM (z ang. *Wiedza oparta na faktach*) protokoły Point of Care. Za ich pomocą, wykorzystując określone miejsca przyłożenia głowicy USG w danych stanach chorobowych, możliwe jest uzyskanie odpowiedzi na zadane wcześniej pytania diagnostyczne. Nie jest to sposób badania dokładnie opisujący konkretny narząd, a „jedynie” potwierdzający bądź wykluczający patologie w stanach nagłych związanych z urazem lub dusznością, jak np. płyn w worku osierdziowym. Z tego powodu wspomniane badanie znajduje zastosowanie w miejscach, w których ograniczona jest dostępność zaawansowanego sprzętu diagnostycznego, a potrzebne jest szybkie działanie. Przykładami takich miejsc i sytuacji, gdzie przydatne staje się zastosowanie USG w stanach nagłych to: działania wojenne na froncie, wielodniowe wyprawy w górach, przebywanie w odseparowanych, odludnych miejscach, jak stacje arktyczne, czy wreszcie na pokładzie karetki w pogotowiu ratunkowym, gdzie coraz częściej staje się częścią podstawowego badania pacjenta. Należy jednak pamiętać, że ocena ultrasonograficzna jest tylko dodatkiem do badania pacjenta oraz elementem pomagającym w odpowiednim rozpoznaniu.

W krakowskich ambulansach prowadzimy pilotażowy program dostępu do USG

dla ratowników medycznych i pielęgniarek. Wiedza na temat USG nie wynika z kształcenia ustawicznego, więc osoby zainteresowane muszą przejść odpowiednie kursy we własnym zakresie, a ich umiejętności muszą być zweryfikowane. W obowiązującej w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym procedurze PM-28 opisany został zarówno odpowiedni tryb postępowania w celu zaliczenia weryfikacji umiejętności z zakresu ultrasonografii, jak i same zasady postępowania z urządzeniem. Zawarto tam informacje jakie protokoły mogą być stosowane na pokładzie karetki.

Pierwszym z nich jest protokół eFAST (z ang. *Rozszerzone przeglądowe badanie ultrasonograficzne w urazie*). Wskazaniem do wykonania badania może być przede wszystkim pacjent po urazie, z postawionymi następującymi pytaniami diagnostycznymi: czy u pacjenta występuje wolny płyn w przestrzeni otrzewnej, worku osierdziowym lub jamie opłucnej? W przypadku urazu możemy

podejrzewać krwotok wewnętrzny. Dodatkowo możemy ocenić płuca pacjenta pod kątem poszukiwania odmy. Istnieją naturalne ograniczenia tego protokołu, jak brak urazu lub zaostrzenie stanów internistycznych dających wynik fałszywie dodatni.

Drugim z protokołów jest protokół BLUE, który pomaga w ocenie płuc i różnicowaniu duszności. Szczególnie sprawdza się on w przypadku zaostrzeń stanów internistycznych dających objawy niewydolności oddechowej jak np. zaostrzenie niewydolności serca czy zapalenie płuc, w tym to wywołane przez COVID-19.

W procedurze PM-28 zostały także zawarte informacje o niestosowaniu USG w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Liczne badania oraz rekomendacje komitetu wykonawczego Europejskiej Rady Resuscytacji ILCOR nie zalecają rutynowego stosowania ultrasonografii w takich przypadkach. Uzasadnienie tego stanowiska to wydłużanie oceny rytmu podczas resuscytacji poprzez

wykonywanie oceny ultrasonograficznej przez osoby niemające odpowiedniego doświadczenia, co może mieć wpływ na przeżywalność.

Zaproponowane protokoły wydają się dobrą bazą do rozpoczęcia zdobywania doświadczenia praktycznego w ambulansach KPR. W przyszłości, mając doświadczonych pracowników, możliwe będzie wprowadzenie kolejnych protokołów.

Podsumowując, ocena ultrasonograficzna zgodna z protokołami Point of Care staje się ważnym elementem diagnostyki pacjenta w stanie zagrożenia życia. Można ją traktować jako punkt wyjścia do dialogu zawodowego pomiędzy ratownikami medycznymi, pielęgniarkami i lekarzami pracującymi z jednym pacjentem na różnych etapach udzielania mu pomocy.

Grzegorz Niemczyk
Ratownik medyczny,
przewodniczący Komisji ds. USG w KPR

Kardiowersja elektryczna i stymulacja przezskórna w praktyce ZRM – opisy przypadków zespołów Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Prawo serii

Kardiowersja elektryczna i elektrostymulacja przezskórna to procedury będące w uprawnieniach członków zespołów ratownictwa medycznego do samodzielnego wykonania. Fakt, że procedury te nie są stosowane często powoduje, że właściwa umiejętność ich zastosowania wymaga nieustannego doskonalenia. Odpowiednio przeszkoleni członkowie ZRM nie mają trudności we właściwym stosowaniu tych procedur. Identyfikując własne ograniczenia, na każdym etapie postępowania warto sięgać po pomoc specjalisty, tak jak w przedstawionych poniżej przypadkach. Jak widać, prawo serii działa – w odstępie zaledwie 3 dni, w tym samym zespole, KO1-008, opieki wymagali pacjenci, wobec których należało zastosować kardiowersję elektryczną i elektrostymulację przezskórną. Trudno przewidzieć, kiedy stanie się w obliczu wyzwań, które wymagają wiedzy i umiejętności ponad codzienność praktyki działania ZRM, stąd trzeba pamiętać o właściwym przygotowaniu.

Najbardziej powszechnie stosowanym rodzajem elektroterapii w praktyce zespołów ratownictwa medycznego jest defibrilacja niesynchronizowana, stosowana w terapii migotania komór i częstoskurczu komorowego w nagłym zatrzymaniu krążenia.

O wiele rzadziej wykorzystywanymi procedurami w warunkach przedszpitalnych są kardiowersja elektryczna i stymulacja przezskórna, które począwszy od 2016 roku mogą samodzielnie wykonywać ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu.

Przypadek pierwszy: kardiowersja elektryczna

W połowie maja zespół KO1-008 w składzie Jakub Zapędowski (ratownik medycz-

ny – kierownik ZRM) oraz Grzegorz Wysocki (ratownik medyczny – kierowca) został zadysponowany do 65-letniego pacjenta, u którego wystąpiła nagła duszność podczas codziennych zakupów w sklepie. Nigdy dotąd u pacjenta nie występowały epizody duszności.

Po dotarciu na miejsce zdarzenia, ratownicy zastali pacjenta przytomnego, nieco splątanego (AVPU-A/V, GCS-14), w pozycji siedzącej z objawami duszności spoczynkowej (tachypnoe 30/min, pozycja ortopnoe, nieznaczny wysiłek oddechowy, zwracały uwagę przepełnione żyły szyjne). Z wywiadu ustalono, że objawy pojawiły się nagle, bez uchwytnej przyczyny. Pacjent negował ból w klatce piersiowej, nie przyjmował na stałe leków, pozostawał jedynie w chemioterapii

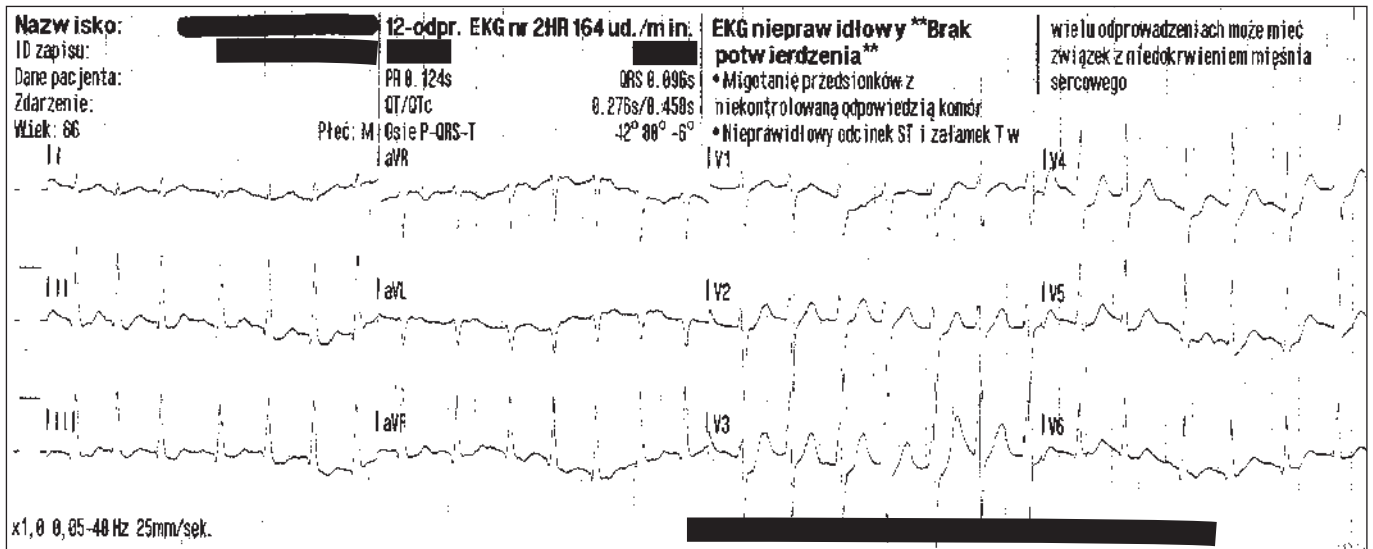
z powodu choroby nowotworowej. W dniu zdarzenia nie przyjmował posiłków.

Na podstawie badania podmiotowego trudno było uchwycić potencjalną przyczynę dolegliwości pacjenta, rozważano zatorowość płucną, ale odpowiedzi w poszukiwaniu diagnozy dostarczyło dopiero dokładne badanie ABCDE:

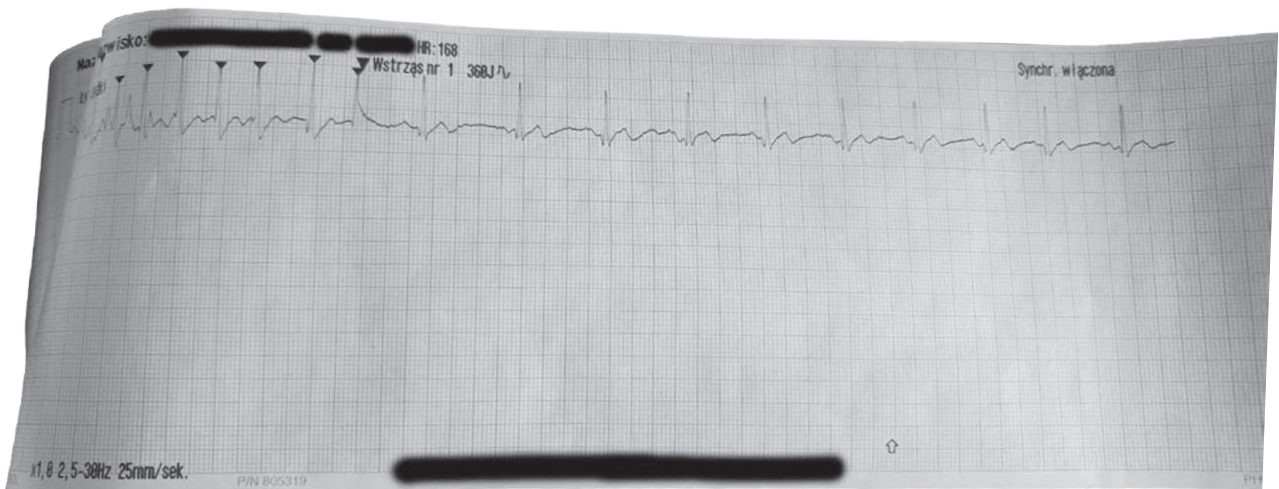
A – drogi oddechowe drożne i niezagrożone;

B – częstość oddechów 30/min, osłuchowo nad polami płucnymi symetryczny szmer pęcherzykowy, tchawica w osi ciała, żyły szyjne przepełnione, nieznaczny wysiłek oddechowy, saturacja – nieznaczalna;

C – tętno na t. promieniowej niebadalne, na tętnicy szyjnej bardzo szybkie i trudne do oceny pod względem miarowości. Ciśnie-



Ryc. 1 12-odprowadzeniowe EKG pacjenta 1. z migotaniem przedsionków i szybką odpowiedzią komór.



Ryc. 2 Moment konwersji do rytmu zatokowego po wykonaniu kardiowersji elektrycznej u pacjenta 1.

nie tętnicze nieoznaczalne, skóra – blada, zimna, spocona, nawrót kapilarny w granicach 5 sek. W zapisie 12-odprowadzeniowego EKG: migotanie przedsionków z szybką odpowiedzią komór; średnio w granicach 170/min (140-220/min). Jak wynikało z wywiadu, pacjent do tej pory nieleczony kardiologicznie;

D – glikemia 87 mg%, bez cech niedowładu, bez patologii w zakresie unerwienia n. VII;

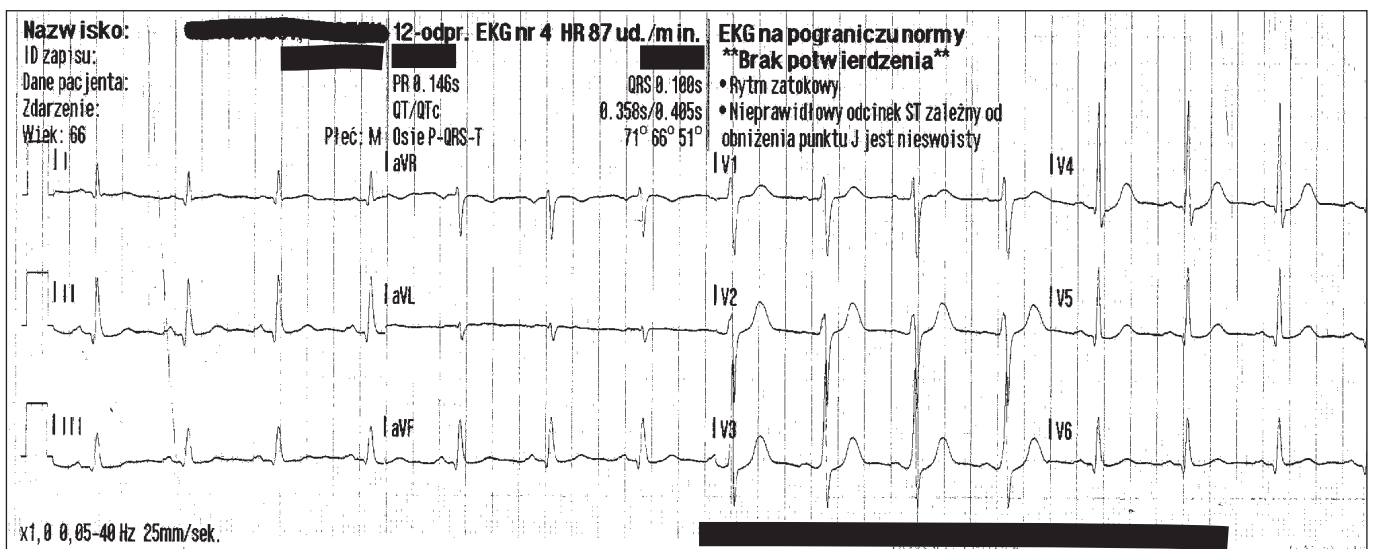
E – bez istotnych patologii.

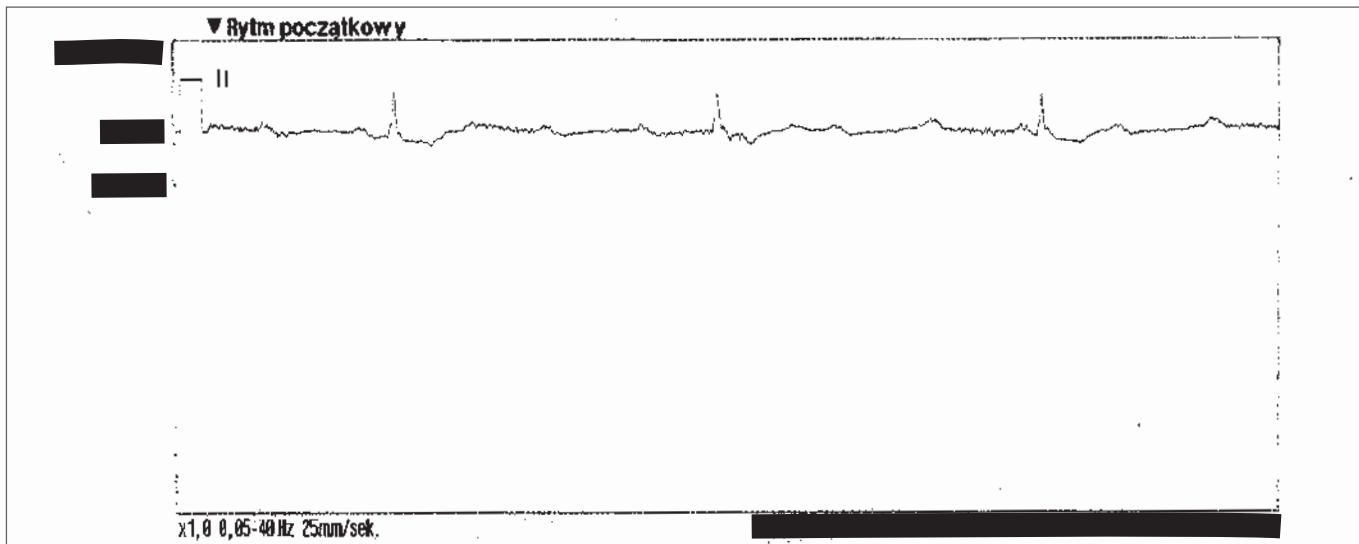
Wywiad i badanie przedmiotowe pozwoliły wyciągnąć wnioski, że najbardziej prawdopodobną przyczyną dolegliwości pacjenta jest tachyarytmia w przebiegu migotania

przedsionków z cechami niestabilności hemodynamicznej. Wobec tego, w oparciu o wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji z 2021 roku podjęto decyzję o wykonaniu kardiowersji elektrycznej, na którą pacjent wyraził zgodę.

Już w trakcie badania pacjentowi podawano tlen w wysokim przepływie 12 l/min

Ryc. 3 12-odprowadzeniowe EKG pacjenta 1. po konwersji do rytmu zatokowego.





Ryc. 4 Zapis początkowy rytmu serca pacjentki 2.

na masce z rezerwuarem. Po zamontowaniu pacjenta, przygotowano i podano heparynę 5000 j.m. w celu ograniczenia ryzyka wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych oraz analgesodację – w tym celu wykorzystano fentanyl w dawce 100 mcg oraz midanium 5 mg. Po zbadaniu reakcji pacjenta na bodźce i upewnieniu się, że pacjent pozostaje nieprzytomny (AVPU-U) dokonano przyrządowego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych z użyciem rurki ustno-gardłowej i kontynuowano tlenoterapię bierną.

Po naklejeniu elektrod samoprzylepnych wzdłuż długiej osi ciała, włączono na defibrylatorze synchronizację i wykonano kardiowersję maksymalną dawką wyładowania tj. 360 J uzyskując konwersję do rytmu zatokowego.

Bezpośrednio po wykonaniu procedury dokonano reoceny stanu pacjenta, potwierdzając obecność oznak życia. W ponownym badaniu uzyskano powrót tętna na t. promieniowej (w granicach 72/min), ciśnienie tętnicze 80/50 mmHg, symetryczne i mia-

rowe tętno na tętnicach udowych. Osłuchowo nad polami płucnymi nadal obecny był obustronny szmer pęcherzykowy, stopniowo obserwowano ustąpienie objawu przepętnienia żył szyjnych. Wykonano kolejne 12-odprowadzeniowe EKG, w którym potwierdzono obecność miarowego rytmu zatokowego z częstością w granicach 80/min, bez cech świeżego niedokrwienia m. sercowego.

Przed podjęciem transportu obserwowano u pacjenta okresowe występowanie bezdechu, co prawdopodobnie związane było z niepożądanym działaniem leków użytych w analgesodacji. Wobec tego podjęto decyzję o wspomaganiu oddechu pacjenta z użyciem worka samorozprężalnego i 100% tlenu. Uzyskano w ten sposób wyrównanie oddechu, a w monitorowaniu poziomu saturacji obserwowano wynik 99%. Wkrótce pacjent stopniowo zaczął odzyskiwać świadomość, aż do stanu pełnej przytomności.

W międzyczasie kierownik ZRM zasięgnął pomocy specjalisty kardiologa i po wykonaniu teletransmisji zapisów EKG do najbliż-

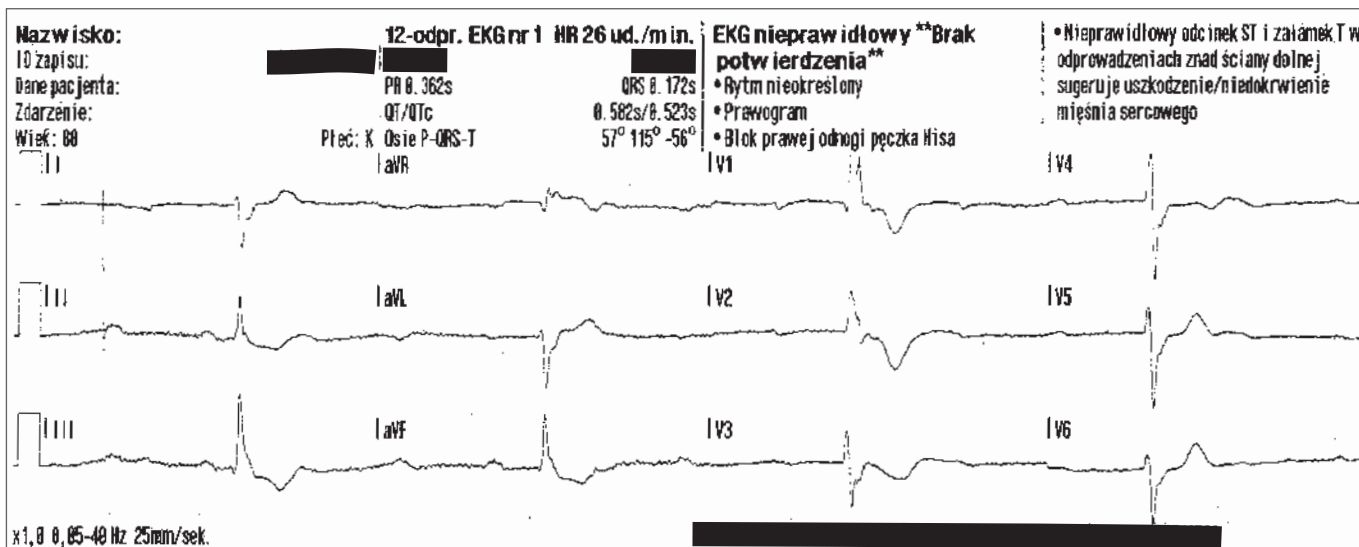
szej pracowni hemodynamiki ustalił zasadność transportu pacjenta do najbliższego SOR. Z każdą kolejną chwilą stan pacjenta poprawiał się. Na czas transportu włączono powolny wlew 250 ml sterofundinu i siarczanu magnezu w dawce 2 g. Przed przekazaniem do SOR pacjent podziękował zespołowi twierdząc, że nigdy wcześniej nie czuł się tak dobrze.

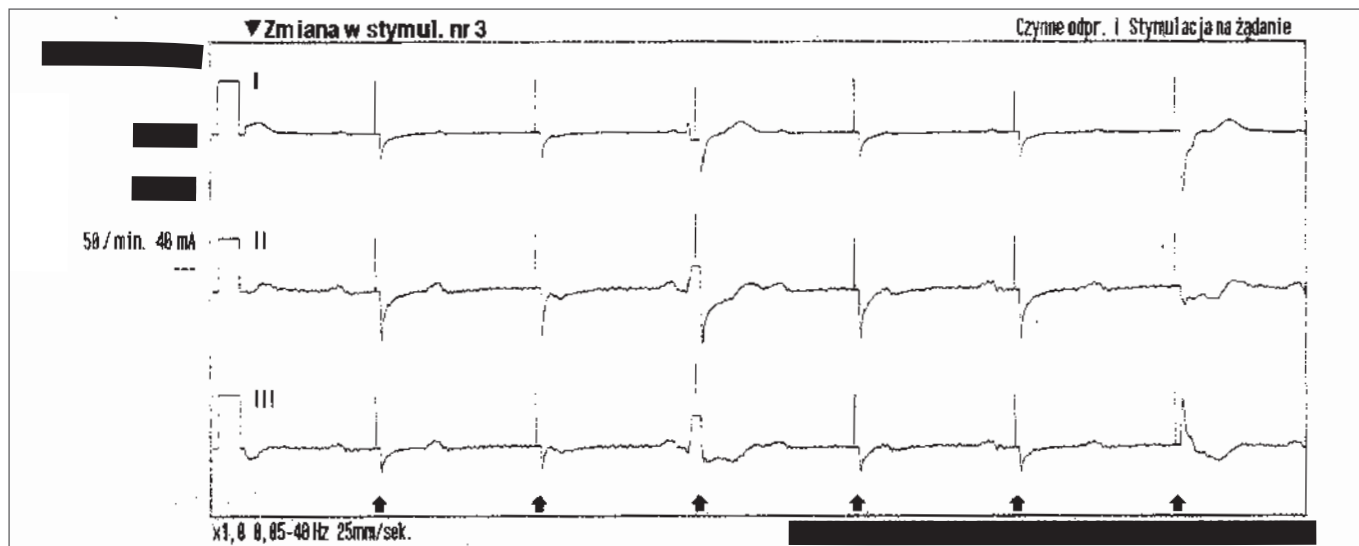
Przypadek drugi: elektrostymulacja przezskórna

Kilka dni wcześniej zespół K01-008 w składzie Krzysztof Palimonka (ratownik medyczny – kierownik ZRM) oraz Henryk Wiertek (ratownik medyczny – kierowca) otrzymał wezwanie do 80-letniej pacjentki z powodu utraty przytomności i charczącego oddechu z zachowanymi oznakami życia.

Na miejscu zdarzenia obecna była córka pacjentki, od której zebrano wywiad medyczny. Pacjentka zastana w pozycji leżącej na łóżku (AVPU- V/P). We wstępnym badaniu potwierdzono obecność oddechu (12/min) i tętna na t. szyjnej (wolne, w gra-

Ryc. 5 12-odprowadzeniowe EKG pacjentki 2.





Ryc. 6 Zapis przechwycenia elektrycznego w stymulacji przezskórnej u pacjentki 2.

nicach 24/min). Po manualnym udrożnieniu dróg oddechowych – drogi oddechowe drożne. Niezwłocznie wykonano badanie ABCDE, zbierając jednocześnie wywiad.

Wg relacji córki, 6 dni przed zdarzeniem pacjentka została wypisana ze szpitala, gdzie została przyjęta z powodu bradykardii i bloku całkowitego serca. Jak wynikało z epikryzy karty informacyjnej jako prawdopodobną przyczynę dolegliwości identyfikowano wówczas stosowany przez pacjentkę Rytmonorm w dawce 3×150 mg. Przy wypisie zalecono odstawienie tego leku, ale jak przyznała córka, pacjentka nadal go przyjmowała. Poza tym w wywiadzie chorobowym: napadowe migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, stan po usunięciu tarczycy kilka lat temu, cukrzyca typu 2, hipercholesterolemia, stan po kompresyjnym złamaniu kręgosłupa lędźwiowego, sarkopenia, zespół kruchości. Na stałe pacjentka przyjmowała: Euthyrox, Eliquis, Rytmonorm, Trajenta, Kalldium, Milurit, Tialorid, Hepatil, Ketipinor, Azopt. Alergii u pacjentki nie zgłoszono, posiłek pacjentka przyjmowała około dwie godziny przed zdarzeniem.

W badaniu przedmiotowym:

A – drogi oddechowe zagrożone, początkowo utrzymywano drożność manualnie poprzez odchylenie głowy ku tyłowi i uniesienie żuchwy, bez wydzielin w jamie gardła;

B – liczba oddechów 12/min, poziom saturacji 91%, osłuchowo nad polami płucnymi symetryczny szmer pęcherzykowy, bez wysiłku oddechowego, zwracały uwagę przepełnione żyły szyjne, tchawica w osi ciała. Rozpoczęto tlenoterapię bierną;

C – tętno na tętnicy promieniowej niebadalne, na tętnicach udowych symetryczne – miarowe, wolne, ciśnienie tętnicze nieoznaczalne, skóra – blada, wychłodzona obwodowo, spocona, nawrót kapilarny w granicach 4 sekund. Tętno serca stłu-

mione. W 12-odprowadzeniowym EKG: blok całkowity serca, akcja serca w granicach 20/min, z cechami RBBB. Uzyskano dostęp donaczyniowy i rozpoczęto leczenie farmakologiczne wg wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji z 2021 roku;

D – źrenice równe i reaktywne, glikemia 139 mg%, GCS 7/15;

E – temperatura 36,8 st. C, wyniszczenie.

Jak się spodziewano, początkowa terapia farmakologiczna rozpoczęta w trakcie badania, nie przyniosła pożądanego efektu. Po podaży całkowitej dawki atropiny – 3 mg, rozważano podaż wlewu adrenaliny i stymulację przezskórną. Z uwagi na podejrzenie niedokrwienia m. sercowego (na tamten moment nie posiadano wiedzy, czy RBBB obecny w EKG jest utrwalony, czy świeży) zdecydowano o zastosowaniu stymulacji przezskórnej, zapis EKG wskazywał na blok poniżej pęczka Hisa.

Pacjentce podano analgesodację – fentanyl 50 mcg i midanium 2,5 mg, następnie udrożniono drogi oddechowe z użyciem rurki ustno-gardłowej, utrzymując tlenoterapię bierną. Po naklejeniu elektrod samoprzylepnych rozważano pożądaną częstość stymulacji. Wg relacji córki na co dzień pacjentka w pomiarach domowych miała zachowane tętno w gr 50-60/min, miała wówczas zachowaną perfuzję mózgową i czuła się dobrze. Z uwagi na ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego, wolną czynność serca w chwili badania (ok. 20/min), częstość stymulacji ustalono na 50/min. Rozpoczęto stopniowe zwiększanie energii stymulacji. Przechwycenie elektryczne nastąpiło już przy 40 mA – u pacjentki występowała kacheksja, stąd impedancja ściany klatki piersiowej nie była wysoka.

Ponieważ w badaniu odpowiedzi hemodynamicznej na stymulację nie stwierdzano zgodności tętna z zapisem monitorowanej akcji serca (tętno na tętnicach udowych

nadal było wolne – w gr 18/min) kontynuowano stopniowe zwiększanie energii stymulacji. Po osiągnięciu poziomu energii 100 mA nadal nie uzyskiwano adekwatnej odpowiedzi hemodynamicznej. Podjęto decyzję o zasięgnięciu pomocy specjalisty kardiologa. Po wykonaniu teletransmisji zapisu EKG, w rozmowie telefonicznej uzgodniono włączenie dodatkowego wlewu adrenaliny w najmniejszej możliwej dawce. Na miejsce dotarł również do pomocy zespół specjalistyczny w składzie: Sylwia Niewiara – lekarz, kierownik ZRM, Katarzyna Śmiełowska – ratownik medyczny, Wojciech Krawczyński – ratownik medyczny, kierownik. Pacjentkę w trakcie prowadzonej stymulacji z wlewem adrenaliny na pompie infuzyjnej – przeniesiono do karetki. Uzupełniono analgesodację o kolejne dawki fentanylu (50 mcg) i midanium (2,5 mg). W porozumieniu z lekarzem, który wspólnie z kierownikiem ZRM KO1-008 monitorował pacjentkę w transporcie, do farmakoterapii włączono dodatkowo salbutamol w łącznej dawce 0,5 mg iv (w dawkach podzielonych). Nadal jednak nie uzyskano adekwatnej do stymulacji elektrycznej odpowiedzi hemodynamicznej. W międzyczasie powiadomiono SOR i pracownię hemodynamiki o transporcie pacjentki. Zgodnie z planem przejęcia opieki nad pacjentką w szpitalu, po wstępnym pobraniu badań laboratoryjnych w SOR pacjentka miała zostać przyjęta w pracowni hemodynamiki celem wszczęcia elektrody endokawitarnej. Zespół KO1-008 asystował w czynnościach podejmowanych w szpitalu do chwili przetranszowania stymulacji z użyciem aparatury szpitalnej.

Krzysztof Palimonka
Ratownik medyczny,
Kierownik
zespołów wyjazdowych



Małopolski Festiwal Smaku W kolejce do karetki



Nasz ambulans był, jak się okazało, jedną z największych atrakcji podczas otwarcia Małopolskiego Festiwalu Smaku zorganizowanego przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego.

W niedzielę, 12 czerwca, na terenach Muzeum Lotnictwa Polskiego w Krakowie zgromadziły się tłumy. I te właśnie tłumy stanęły również w kolejce do... naszego am-

bulansu. Każdy maluch chciał koniecznie zwiedzić wnętrze karetki oraz (dziękujemy Organizatorom za cierpliwość!) wypróbować działające sygnały dźwiękowych.

Ale najważniejsze sprawy działały w rozstawionym obok namiocie. Nasza ekipa każdemu, małemu i dużemu, pokazywała, jak należy udzielać pierwszej pomocy i co robić w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia. Cieszymy się, że zainteresowanie było tak ogromne!

(red)





Już niedługo Bukowno – nowe miejsce stacjonowania

Małopolska Zachodnia już niedługo wzmocniona zostanie nowym zespołem ratownictwa medycznego, który będzie stacjonował w Bukownie. Na uruchomienie zespołu zgodę wyraził już Minister Zdrowia, a w poniedziałek, 2 maja, w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim podpisany został list intencyjny w tej sprawie.

Dokument podpisali: Łukasz Kmita, Wojewoda Małopolski, Małgorzata Popławska, dyrektor Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, Mirosław Gajdziszewski, Burmistrz Miasta Bukowna oraz – w imieniu Starosty Olkuskiego, wicestarosta Paulina Polak. Sygnatariusze zobowiązali się do podjęcia działań oraz współpracy w celu uruchomienia w Bukownie działającego przez 12 godzin w ciągu doby zespołu podstawowego.

Zgodnie z zapisami w liście intencyjnym, Wojewoda Małopolski – inicjator uruchomienia nowego zespołu – podjął już działania formalne zapewniające środki finansowe na ten cel i wpisał ZRM do planu wojewódzkiego. Burmistrz Miasta Bukowno

ma natomiast podjąć działania w kierunku zapewnienia dla nowego zespołu miejsca stacjonowania na terenie miasta Bukowno. Działania te wspierał będzie Starosta

Olkuski. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe zapewni z kolei obsadę dyżurów.

(red)



Przeprowadzka w Węgrzcach Z góry na dół

W naszym miejscu stacjonowania w Węgrzcach zmiana, która pozornie jest niewielka, ale ma w istocie duże znaczenie, również dla pacjentów. Zamiast na drugim piętrze, nasze zespoły mają teraz pomieszczenia na parterze budynku.

Są sytuacje, gdy rzeczywiście liczy się każda minuta. To właśnie wtedy, gdy, żeby zejść do ambulansu, zespoły musiały pokonać parę pięter. Tak właśnie było w Węgrzcach, ale od niedawna, po remoncie całego budynku, przenieśliśmy się na parter. Znacząco też poprawił się komfort naszych pomieszczeń. W wydzielono w nich trzy pokoje jednoosobowe z łazienkami, pokój socjalny, dyżurkę, magazyny leków i wyrobów medycznych, magazyn sprzętu i sanitariaty. (red)



Poród przy drodze przez las

Przy drodze przez las w piątek, 13 maja, Adam Łata i Wojciech Wieczorek – zespół Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego sprowadził na świat zdrową Maję.

Poród miał trwać o wiele dłużej, rodzice mieli spokojnie wybrać się do szpitala. Ale Maja postanowiła się pospieszyć i załoga karetki nie miała nawet czasu na znalezie-

nie parkingu. Gratulujemy dzielnym rodzicom i zespołowi!

Członkowie ZRM są przeszkoleni i wiedzą, jak odebrać poród, a nasze karetki są wyposażone w pakiety sprzętu i środków do opieki nad noworodkiem, niemniej jednak porody w ambulansach nie są częstą sytuacją i takie wydarzenie zawsze jest wyjątkowe! **(red)**





W Serwach i w Jarnołtówku Nasi na mistrzostwach

W Serwach w dniach 1-3 czerwca odbyły się XV Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym, w których udział wzięły dwa nasze zespoły w składzie: Maciej Ćwik, Michał Proszkowiec, Maciej Rybka oraz Marek Grabowski, Dawid Mrowiec i Marcin Kotata.

22 załogi z całej Polski musiały zmierzyć się z zadaniami, których scenariusz wzorowano na prawdziwych zdarzeniach, m.in. próbie samobójczej czy ratowaniu osoby tonącej.

Organizatorem trzydniowego Podlaskiego Rajdy Ratownictwa Medycznego była Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku.

20-22 czerwca w Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego zorganizowało w malowniczych Górach Opawskich I Opolskie Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym, w których wzięli udział przedstawiciele Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego: Tomasz Bawołek, Wit Wal-

czak, Grzegorz Wysocki oraz Jakub Mazur, Arkadiusz Sitarek, Mateusz Wajda, a także Hubert Gawlas, Tomasz Seweryn i Tomasz Sołek.

W rywalizacji startowało 26 zespołów z całego kraju. Przygotowano dla nich m.in. symulację upadku z wysokości, a także dwie konkurencje nocne, w tym jedno zdarzenie masowe.

(red)



« Fot. DENIS ELIS | dzięki uprzejmości Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego