

Komentarz

prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik
Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Pooperacyjnej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu



Artykuł Stankiewicza i współautorów przedstawia walkę o życie młodej kobiety, u której w przebiegu grypy pandemicznej doszło do wystąpienia skrajnej hipoksemii z koniecznością zastosowania membranowego natleniania pozaustrojowego (ang. *extracorporeal membrane oxygenation* – ECMO). Nie ulega wątpliwości, że bez zastosowania ECMO pacjentka nie miałaby żadnych szans na przeżycie, a determinacja, wola walki i pełny profesjonalizm zespołu

leczącego doprowadziły do spektakularnego sukcesu. Autorzy relacjonują przebieg leczenia w systematyczny, chronologiczny i pozbawiony emocji sposób, jednak niewiele trzeba, aby wyobrazić sobie ogromny dramatyzm opisanych w tym artykule sytuacji i wydarzeń.

W przypadku każdego pierwszego kontaktu z nową (a przy tym bardzo wymagającą i inwazyjną) metodą leczenia sukces jest wyjątkowo potrzebny. Dodaje to skrzydeł całemu zespołowi. Mogę to potwierdzić, opierając się na naszych własnych zabrzańskich doświadczeniach, ponieważ nasze pierwsze zastosowanie ECMO u chorej z grypą pandemiczną

również zakończyło się spektakularnym sukcesem [1]. Cały nasz zespół natychmiast przekonał się do tej metody. Wśród personelu zapanował optymizm, pomimo iż w najtrudniejszym okresie sezonu grypowego leczenie z użyciem ECMO prowadziliśmy równocześnie u trojga chorych [2].

Takie pozytywne doświadczenia są bezcenne dla personelu oddziałów intensywnej terapii (OIT), który na co dzień zajmuje się leczeniem krytycznie chorych pacjentów, w tym, niestety, często chorych bez większych szans na przeżycie. Powszechnie wiadomo, że to właśnie lekarze i pielęgniarki OIT najczęściej doświadczają z tego powodu wypalenia zawodowego i potrzebują wsparcia psychologicznego [3, 4].

W komentowanym artykule bardzo interesujący jest opis transportu chorej z Suwałk do Białegostoku. Transport ten przeprowadzono z użyciem ECMO i w trudnych warunkach zimowych. Autorzy opisują, w jak rozważny sposób zabezpieczono zasilanie elektryczne wszystkich urządzeń wobec braku karetki wyposażonej w instalację o napięciu 230 V. Transport odbył się w eskorcie policji (aby skrócić czas przejazdu) oraz straży pożarnej (aby zabezpieczyć zasilanie elektryczne z generatora prądu na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń).

Wszyscy dobrze pamiętamy pierwszy w Polsce transport chorego z podłączoną aparaturą ECMO (był on szeroko komentowany przez media). Pacjenta transportowano wtedy z Kępna do Wrocławia, a po drodze konieczne były przymusowe postoje na stacjach benzynowych z uwagi na problemy z zasilaniem aparatury [5]. Od tego czasu upłynęły już 2 lata, jednak w polskiej medycynie ratunkowej niewiele się zmieniło. W Polsce ciągle jeszcze brakuje (na ogół) karetek,

które spełniałyby kryteria „mobilnego oddziału intensywnej terapii” (ang. *mobile intensive care unit*), podczas gdy dobrze wyposażona karetka znacząco przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa każdego transportu [6]. To oczywiste – nie potrzeba do tego nawet dowodów naukowych.

Nie wymaga to wcale wielkich i spektakularnych inwestycji. Wystarczy, aby każde województwo w kraju dysponowało choć jedną karetką wyposażoną w pełne monitorowanie hemodynamiczne, zasilanie prądem sieciowym i dobrej klasy respirator transportowy. Jest to co najmniej tak samo ważne, jak wyposażenie wszystkich oddziałów referencyjnych w kraju w mobilną aparaturę do prowadzenia ECMO.

Piśmiennictwo

1. Knapik P, Przybylski R, Nadziakiewicz P, Koba R, Maciejewski T, Borowicz M, Włoczka G, Pawlak S, Zembala M. Zastosowanie utlenowania pozaustrojowego (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej wywołanej infekcją wirusem grypy pandemicznej. *Kardiologia Polska* 2011; 69: 416-420.
2. Knapik P, Misiotek H. ECMO – centralizować terapię czy nie? *Anestezjologia i Intensywna Terapię* 2011; 43: 142-143.
3. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13: 482-488.
4. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 698-704.
5. TVP info: <http://www.tvp.info/informacje/polska/po-dramatycznej-podrozy-karetka/1125484>.
6. Wiegersma JS, Droogh JM, Zijlstra JG, Fokkema J, Ligtenberg JJ. Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Crit Care* 2011; 15: R75.