



Foto: J. Persa

REDAKTOR DZIAŁU
prof. dr hab. n. med.
Janina Stępińska
Klinika Intensywnej
Terapii
Kardiologicznej
Instytutu Kardiologii
w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie
 2011; 10 (5): 12

Wytyczne dla wszystkich

Źródła amerykańskie podają, że z powodu choroby wieńcowej i ostrych zespołów wieńcowych umiera rocznie około 330 000 chorych [1], z tego około 150 000 to zgony przedszpitalne. Reanimacja przedszpitalna może uratować tysiące ludzi rocznie. Amerykanie wprowadzili pojęcie łańcuch przeżycia, a składa się on z 4 elementów: natychmiastowego rozpoznania zagrożenia i wezwania pomocy medycznej, natychmiastowego rozpoczęcia reanimacji, natychmiastowej defibrylacji, jeśli jest potrzebna, i natychmiastowego rozpoczęcia zaawansowanych czynności reanimacyjnych i poreanimacyjnych. Oczywiście nawet przy najlepiej zorganizowanym systemie pomocy medycznej mija czas od nagłego zatrzymania krążenia (NZK) do udzielenia pomocy przez fachowy personel medyczny. Dlatego tak ważna jest edukacja w zakresie podstawowych czynności reanimacyjnych.

Świadek zdarzenia powinien natychmiast rozpocząć reanimację. Wiadomo, że wcześniej rozpoczęta i właściwie prowadzona akcja reanimacyjna zwiększa szanse przeżycia osoby po NZK [2,3]. Idealnie by było, gdyby pierwsze trzy elementy łańcucha przeżycia były zapewnione przed przyjazdem zespołu reanimacyjnego. Niestety dostępność automatycznych kardiowerterów-defibrylatorów w miejscach publicznych w Polsce jest ciągle niewielka. Tym bardziej powinniśmy się skoncentrować na dwóch pierwszych elementach łańcucha. Każda minuta opóźnienia akcji reanimacyjnej zmniejsza szansę przeżycia o około 8%.

Nawet kilkuletnie dzieci są w stanie opanować podstawowe zasady reanimacji. Szkolenia w tym zakresie powinny rozpoczynać się w przedszkolu, być systematycznie powtarzane w szkole, na uczelniach wyższych oraz w miejscach pracy. Niestety dane na temat prowadzenia reanimacji przedszpitalnej są dramatyczne – tylko 15-30% chorych jest reanimowanych przed przyjazdem fachowego personelu medycznego [4,5]. Częściowo wynika to z tego, że niewiele osób jest przeszkolonych. Niestety nawet one często nie podejmują czynności reanimacyjnych. Nie wiadomo, czy powodem niepodjęcia czynności reanimacyjnych przez osoby przeszkolone jest stres, czy niechęć do prowadzenia oddechu usta-usta lub obawa przed zarażeniem się groźnymi chorobami? Przypuszczam, że był to jeden z ważniejszych powodów zmiany wytycznych resuscytacji.

Nie ma wątpliwości, że trzeba prowadzić akcje edukacyjne na możliwie największą skalę. Idealnym narzędziem jest internet. Planuję, że w niedługim czasie takie szkolenie będzie dostępne na stronie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dobrze by było, żeby osoba, która telefonicznie zawiadama o NZK, przełączana była od razu na infolinię kierującą akcją reanimacyjną. Obowiązkowo powinny być szkolone rodziny pacjentów, którzy przeżyli NZK. Takie szkolenie powinni przejść, zanim pacjent po NZK zostanie wypisany ze szpitala. Nie ma wątpliwości, że ci chorzy są w grupie najwyższego ryzyka, a ich rodziny będą się czuły znacznie bezpieczniej, wiedząc, jak postępować.

Oczywiście dostępność defibrylatorów, czyli trzeciego elementu łańcucha, zwiększyłoby szansę przeżycia, zwłaszcza chorych, u których przyczyną NZK jest migotanie komór. W ostatnich latach udało się skrócić czas od wezwania pomocy do przyjazdu karetki pogotowia, ale w wielu miejscach jest on jeszcze zbyt długi.

Nowe zalecenia podkreślają wagę jakości czynności reanimacyjnych: źle prowadzone są nieskuteczne, a prowadzone właściwie 2-3-krotnie zwiększają szansę przeżycia.

A może samorządy zadbałyby o swoich mieszkańców? Doświadczenia np. z Seattle pokazują korzyści ze szkoleń przeprowadzonych dla wszystkich mieszkańców.

Natychmiast rozpoczęta, właściwie prowadzona resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest najbardziej opłacalną procedurą: koszty prawie żadne, potencjalne korzyści największe z możliwych – uratowanie życia.

Janina Stępińska

Piśmiennictwo

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart disease and stroke statistics: 2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2006; 113: e85-e151.
2. Wik L, Steen PA, Bircher NG, et al. Quality of bystander cardiopulmonary resuscitation influences outcome after prehospital cardiac arrest. *Resuscitation* 1994; 28: 195-203.
3. Gallagher EJ, Lombardi G, Gennis P. Effectiveness of bystander cardiopulmonary resuscitation and survival following out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA* 1995; 274: 1922-1925.
4. De Maio VJ, Stiel IG, Spaite DW, et al. Ontario Prehospital Advanced Life Support (OPALS) Study Group. CPR-only survivors of out-of-hospital cardiac arrest: implications for out-of-hospital care and cardiac arrest research methodology. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 602-608.
5. Lateef F, Anantharaman V. Bystander cardiopulmonary resuscitation in prehospital cardiac arrest patients in Singapore. *Prehosp Emerg Care* 2001; 5: 387-390.