KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii
dr hab.med. Krzysztof Kusza prof. UMK
Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medium UMK
85-094 Bydgoszcz ul. Skłodowskiej-Curie 9
Tel.+48 52 585 47 50; tel/fax +48 52 585 40 22; e-mail: kikanest@cm.umk.pl

Bydgoszcz 09.12.2009

295/K/2009

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Dziękując za inicjatywę oraz umożliwienie spotkania z reprezentantami środowisk kardiochirurgicznych oraz anestezjologicznych w celu powołania w Polsce do życia struktur pozwalających w zorganizowany i przewidywalny sposób zrealizować procedurę oksygenacji pozaustrojowej zgodnie ze wskazaniami medycznymi u chorych z rozpoznaniem ostrej niewydolności oddechowej pod postacią ARDS lub pneumonitis viralis w przebiegu zakażenia wirusem grypy, chciałbym stwierdzić że spotkanie to miało nie do przeceniania znaczenie z tytułu poszerzenia świadomości lekarzy w zakresie trybu postępowania z tą grupą chorych.

Odnosząc się do treści rozmowy z Panią Minister informuję , że Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii otrzymują ode mnie w dniu dzisiejszym dyspozycję dotyczącą takiego zorganizowania przyjęć do OAiIT aby wyselekcjonowane ośrodki do prowadzenia terapii ECMO w oparciu o miejscowe oddziały kardiochirurgii posiadały zdolność do otwarcia w przypadku niezbędnej konieczności takiego stanowiska. Dyspozycja ta będzie dotyczyła wszystkich oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Kardioanestezjologii. Równocześnie za pośrednictwem Konsultantów zwrócę się do Wojewodów o wsparcie ich w tych czynnościach w zakresie, który pozwoliłby na alokację chorych z OAiIT o wysokim poziomie referencyjności, do innych oddziałów szpitalnych w związku z tym, że chorzy ci nie spełniają kryteriów pobytu w OAiIT, a jedynym powodem ich hospitalizacji są odmowy przyjęć z powodu nieodwracalnego uszkodzenia OUN oraz konieczności prowadzenia wobec nich wentylacji mechanicznej. Znaczna grupa tych chorych

oddycha jednak samodzielnie i tym bardziej spełnia kryteria przyjęć na oddziały opieki długoterminowej bądź inne oddziały o profilu internistycznym lub neurologicznym, czy też oddziały rehabilitacji.

W związku z powyższym proszę Panią Minister o wsparcie w tym zakresie w formie przekazania informacji do Sztabów Kryzysowych powołanych przy Wojewodach aby te wsparły Konsultantów Wojewódzkich w ich działaniach zwiększających dostępność chorych do OAiIT z powodu choroby bezpośrednio zagrażającej życiu.

Aktualnie według szacunków na naszych oddziałach przebywa około 10% chorych nie spełniających kryteriów leczenia w OAiIT li tylko z powodu odmowy przyjęć do innych oddziałów. Wspomniane przeze mnie 10% stanowi niebagatelną liczbę 240 stanowisk terapeutycznych, na których można z dobrym skutkiem prowadzić terapię konwencjonalną w przebiegu ARDS. Odwołując się także do pozostałych treści rozmowy chciałem potwierdzić, że zakup 10 respiratorów średniej lub wysokiej klasy w aspekcie bezpiecznego realizowania procedury ECMO jest niezbędny, ich dystrybucja powinna odbyć się przy udziale i wskazaniu Konsultanta Krajowego.

W załączeniu przesyłam konkretne propozycje, które w mojej opinii pozwolą w racjonalny sposób zorganizować system leczenia chorych ze skrajną niewydolnością oddechową za pomocą oksygenacji pozaustrojowej.

Krzysztof Kusza

Konsultant Krajowy
w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Propozycje dotyczące wprowadzenia ECMO do praktyki klinicznej w przebiegu ARDS w związku zakażeniem wirusem grypy pandemicznej

1. Określenie liczby i położenia ośrodków - (propozycja z dnia 07. 12. 2009 M.Z.)

2. Dokładny opis procedury ECMO w ostrej niewydolności oddechowej (rodzaj oksygenatora, rodzaj kaniul i technika kaniulacji), kardiochirurdzy perfuzjoniści, anestezjolodzy

3. Jednolity protokół prowadzenia procedury ECMO obejmujący kryteria przerwania krążenia pozaustrojowego, do uzgodnienia kardiochirurg, perfuzjonista, anestezjolog

4. Jednolite kryteria włączenia do procedury ECMO (badanie CESAR, >3 p w skali Murray'a) i wykluczenia, rozpowszechnione we wszystkich oddziałach intensywnej terapii i SOR w Polsce (kryteria medyczne włączenia przedstawione na zebraniu w dniu 07. 12. 2009 M. Z.) kryteria medyczne włączenia przedstawione na zebraniu w dniu 07. 12. 2009 M. Z.)

5. Jednolite kryteria wykluczenia z procedury ECMO kryteria medyczne włączenia przedstawione na zebraniu w dniu 07. 12. 2009 M. Z.)

6. Powołanie grupy roboczej, która przygotuje w trybie pilnym zwarty program szkolenia specjalistów ECMO, któremu poddane zostaną wszystkie zespoły wytypowane do prowadzenia tej procedury w poszczególnych ośrodkach

7. Zespoły ECMO będą wymieniały doświadczenia, poglądy, wnioski i wyniki na temat najczęstszych problemów związanych z procedurą, co ma służyć wypracowaniu optymalnego protokołu skutecznego i bezpiecznego przeprowadzania ECMO oraz optymalizacji kwalifikowania chorych do tej inwazyjnej procedury

8. Przygotowanie procedury postępowania w przypadku konieczności transportowania chorego podłączonego do ECMO ze szczególnym uwzględnieniem konfiguracji układu ECMO i odpowiednich środków transportu. Odpowiedzialność i koordynacja ze strony Medycyny Ratunkowej oraz służb ze sztabów kryzysowych. Logistyczne ubezpieczenie transportu

9. W Polsce w najbliższym czasie powinien powstać program ECMO finansowany ze środków centralnych, którego celem będzie wprowadzenie ECMO jako stałej praktyki klinicznej w leczeniu najcięższych postaci ostrej niewydolności oddechowej. Podstawą tego programu musi być profesjonalnie prowadzony system permanentnych szkoleń na wzór innych ośrodków na świecie.