



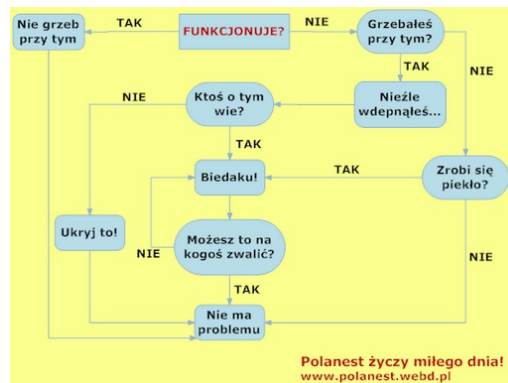
- Home
- Forum
- Edukacja
- Anestezjologia i USG
- Kursy i szkolenia
- Katalog
- Użytki
- Kalkulatory
- Standardy
- Prawo
- Twoja firma
- Giełda Pracy
- Sondy i ankiety
- Po godzinach...
- Archiwum
- Reklama w portalu
- O portalu
- Szukaj
- Strefa Admina
- Kontakt

Anestezjologia i intensywna terapia - aktualności

Leczenie bólu

Schemat organizacyjny dla rezydentów anestezjologii

Do naszych szpitali właśnie trafia kolejna porcja rezydentów anestezjologicznych. Specjalnie z myślą o naszych młodszych koleżankach i kolegach publikujemy schemat działania w sytuacjach krytycznych w anestezjologii. Schemat ten różni się zasadniczo od tych przedstawianych na zjazdach i konferencjach naukowych. Ale ma za to, w odróżnieniu od pozostałych, niezwykle wymiar praktyczny ;) (11.10.2012.)



Spodobało się? Chcesz powiesić w dyżurce? **Wydrukuj!**

Bylejakość dookoła...



O d jakiegoś czasu coraz częściej obserwuję wszechogarniający zalew bylejakości w polskiej anestezjologii, coraz częściej zadają sobie pytanie, dokąd zmierza polska anestezjologia pod względem jakościowym? Co dziwniejsze, najczęściej o możliwości wykonania jakiegoś rodzaju znieczulenia decyduje nie tyle dostępność leków, czy sprzętu lecz chęci (i poziom umiejętności) anestezjologa. Jak już wielokrotnie pisałem w tym portalu, większości polskich

anestezjologów ogólnie się NIE CHCE... Zawsze, w ostatecznym rozrachunku można naćpać pacjenta fentanylem i wsadzić mu rurę.

Ostatnio konsultowałem do tonsilektomii 4-letniego dziecka, który równo rok temu miał zabieg plastyki przepukliny pachwinowej wykonywany w jednym z bardziej znanych stołecznych szpitali. Zabieg, jak wynikało z opisu zamieszczonego w karcie informacyjnej, który trwał dokładnie 30 minut, został przeprowadzony z użyciem sukcyntylocholiny, wekuronium, tiopentalu oraz fentanylu. Wykonano intubację tchawicy, zwiotczenie odwrócono przy pomocy polistyminy.

No i jak Wam się podoba to znieczulenie AD 2011? Czy w XXI. wieku to dziecko nie zasługiwało na nic lepszego, niż opisane wyżej leki? Dlaczego wykonujący znieczulenie anestezjolog nie pokusił się o zastosowanie LMA? Czy aby na pewno intubacja i zwiotczenie były potrzebne? Dlaczego nie zastosowano żadnej blokady przed rozpoczęciem zabiegu w rodzaju hernia-block, ani w postaci znieczulenia nasiąkowego operowanego obszaru? Ja już nie mówię o blokadach ściany brzucha pod kontrolą USG... Czy aby na pewno fentanyl w 2011 roku był najlepszym wyborem dla tego pacjenta? Dlaczego nie zastosowanego ani przed zabiegiem, ani po indukcji znieczulenia żadnego kooalganetyku pod postacią nlpz-ów i/lub paracetamolu? (07.10.2012.)

Szybki kurs EKG

Interpretacja obrazu EKG jest sztuką. To nie podlega żadnej dyskusji. Ten, kto ją posiada, wielkim jest :) Dzisiaj zamieszczamy w Polaneście **szybki kurs EKG** dla

Złote myśli

"Człowiek, który uśmiecha się, gdy sprawy idą źle, myśli o człowieku, na którego można zwalić winę."

odwiedziny od 17. grudnia 2000.

ortopedów. Z zyczeniami sukcesów, Admin Polanestu (29.09.2012.)

Generyk remifentanylu



Nie wiem, czy w swojej codziennej praktyce anestezjologicznej stosujecie remifentanyl, czy nie? Ja w każdym bądź razie uwielbiam stosować ten lek ze względu na jego uniwersalność przeznaczenia oraz na drugą, bardzo istotną cechę: jego zastosowanie wymusza już w chwili włączenia pompy z wlewem tego leku opracowanie skutecznego sposobu leczenia bólu pooperacyjnego, podkreślam - skutecznego. Jeśli Wasz pomysł na likwidację bólu będzie, delikatnie mówiąc kiepski, to pacjent uświadomił Wam to w ciągu kilku chwil po zastopowaniu wlewu remifentanyl. Jednych to przeraża, innych deprymuje, jeszcze inni uważają to za poważną wadę remifentanyl. A ja uważam to za jego zaletę :)

Wg mnie w ostatnich czasach cena remifentanyl była niezwykle zawyżona ze względu na monopol w produkcji tego leku należący do jednej z bardziej znanych firm farmaceutycznych. Ale ochrona patentowa każdego preparatu ma swój koniec. Pamiętajcie początkowe ceny Diprivanu w Polsce? A teraz? Jest różnica, prawda? W ostatnim czasie pojawił się na rynku pierwszy polski generyk remifentanyl (na obrazie powyżej nazwa i logo firmy zostały celowo usunięte - Admin Polanestu). Może obecność tego leku zachęci Was do szerszego stosowania tego wspaniałego opioidu na Waszych blokach operacyjnych? (22.09.2012)

SONDA

Czy do tej pory stosowałeś już remifentanyl?

Tak
 Nie

[Zobacz wyniki](#)

Strategie postępowania w blokadach przedramienia i ręki

Zawsze nurtowało mnie zagadnienie, jaki rodzaj blokady jest najbardziej optymalny do zabiegów operacyjnych w zakresie przedramienia i ręki. Na naszym anestezjologicznym forum dyskusyjnym polecam wypowiedzi kilku anestezjologów dotyczące powyższego zagadnienia. Zrobiło się naprawdę bardzo interesująco. Od razu zabiorę głos w powyższej sprawie: jestem za blokiem nadobojczykowym :) Pozdrawiam wszystkim fanów USG (17.09.2012.)

Nasze urlopy

Lato już za nami, szybkimi krokami nadciąga jesień. Mam nadzieję, że długie, jesienne wieczory będą sprzyjały rozmyślaniam nad nowymi standardami anestezjologicznymi. Tymczasem proponuję Wam małą ankietę związaną z Waszymi wakacjami. Chyba jeszcze nikt w Polsce nie pytał się anestezjologów, gdzie lubią spędzać urlop?

SONDA

Gdzie spędzisz w tym roku urlop?

Nie byłem w tym roku na urlopie.
 Polska
 Europa
 Ameryk Płn.
 Ameryka Płd.
 Afryka
 Azja
 Australia

[Zobacz wyniki](#)

Kuriozalna nowa wersja projektu

Po dokładnej lekturze kolejnej już wersji projektu dochodzę do prostego wniosku, że pisała go osoba, która chyba zupełnie nie zna specyfiki postępowania anestezjologicznego! Nie jest chyba zbyt rozsądne, delikatnie to ujmując, aby umieszczać w rozporządzeniu zapisy, które dopuszczają np. do operacji tętniaka aorty rezydenta zaledwie po dwurocznym okresie szkolenia specjalizacyjnego z an? Bo TAB-y, z którymi najczęściej mam do czynienia są w III. st. wg. ASA. Jak do tego dołożymy rezydenta nr 2 znieczulającego 85-letniego pacjenta do laparotomii i kolejnego rezydenta - nr 3, znieczulającego do usunięcia guza mózgu pacjenta z zaawansowaną chorobą wieńcową - to już mamy komplet: trzech super wyszkolonych narkotyzatorów z olbrzymim doświadczeniem po 2 latach stażu w znieczuleniach, trzech różnych pacjentów z ASA III każdy i ogarniającego to wszystko swoim bystrym wzrokiem i krążącego nieustannie od sali do sali specjalistę-nadzorcę anestezjologicznego.

Wg autora rozporządzenia ta sympatyczna gromadka zapewni wszystkim trzem równocześnie znieczulonym pacjentom optymalne warunki nie tylko bezpieczeństwa, ale nawet i jakości znieczulenia. Proszę zwrócić uwagę, że w projekcie rozporządzenia dot. znieczuleni do porodów porodu może wykonywać rezydent dopiero po 4 letnim stażu pod bezpośrednim nadzorem specjalisty. Zaś takiego TAB-a, który w najmniej oczekiwanej chwili zabiegu może zakończyć swój żywot - takiego pacjenta może z powodzeniem znieczulać rezydent po 2 latach szkolenia. No cóż - rezydent-narkotyzator jest bardzo tania siła robocza, wynagradzana bezpośrednio przez Minzdrow, bez której finanse wielu polskich szpitali ległyby w gruzach, który w imię uzyskania stopnia specjalisty zrobi wszystko, co mu się każe. Przepomnijmy - nawet w uwagach zgłoszonych przez PTAIIIT minimalny okres kształcenia, który umożliwia specjalizantowi znieczulać (ale dalej pod kontrolą) to 3 lata.

Niemniej kuriozalny jest zapis dotyczący lekarzy-anestezjologów, czyli dawnych jedynkowców. Pamiętajcie, co kilka dni temu na temat jedynkowców **mówił** prof.

Kusza?

"Moim zdaniem proponowane rozwiązania w oczywisty sposób poprawią jakość opieki anestezyjologicznej. Wydaje mi się, że im więcej ludzi z wysokimi kwalifikacjami będzie udzielało świadczeń tym lepiej, a nie gorzej.

[...]Uważam, że lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji nie przeszedł odpowiedniego szkolenia, w porównaniu z anestezjologiem z drugim stopniem specjalizacji. Co więcej nic nie stoi na przeszkodzie, żeby 650 koleżanek i kolegów z pierwszym stopniem specjalizacji zdało odpowiedni egzamin. [...] Oznacza to, że lekarze, którzy przygotują się do egzaminu i chcą go zdać, zdają go.

Jeżeli większość osób podejdzie do egzaminu specjalizacyjnego, wówczas w ogóle przestanie funkcjonować problem odbierania komukolwiek uprawnień. Nie możemy się zgodzić na to żeby istniała grupa, która uważa, że nie musi się uczyć. Z drugiej strony jest przecież 3658 lekarzy, którzy mogą sobie zadać pytanie: "dlaczego my w ogóle zdawaliśmy ten egzamin, jeżeli nie wiążą się z tym żadne uprawnienia".

I jak to się ma do projektu nowego rozporządzenia? Okazuje się, że wystarczy zaledwie pisemna zgoda wyrażona przez ordynatora, a jedynkowiec może zniezczać już wszystko, jak leci. Kogo chce i jak chce... I śmieje się tylko z tych, którzy miesiącami zakuwali do egzaminu specjalizacyjnego z an i it. Bo przecież KAZDY ordynator chcąc uniknąć zatargu z dyrekcją w obliczu braku realizacji planu operacyjnego zgodę taką natychmiast podpisze.

Wszystkie powyższe zmiany dowodzą tylko jednego - że najważniejsze jest zapewnienie ciągłości działania systemu a nie faktyczna poprawa jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. (19. - 20.07.2012.)

Wszyscy chcieli dobrze, a wyszło jak zwykle

W dniu 18. czerwca 2012 Minzdrav opublikował kolejną wersję projektu rozporządzenia ws. standardów anestezyjologicznych. W stosunku do poprzedniej wersji wprowadzono następujące zmiany, streszczenie wg jednego z naszych kolegów z Forum Dyskusyjnego Polanestu:

- specjalista **może nadzorować trzech rezydentów i to już po drugim roku** specjalizacji (SIC!!!!). **Każdy z nich może zniezczać do ASA III włącznie.** "Jedynkowiec" **może zniezczać kogo chce i kiedy chce; wystarczy że uzyska pisemną zgodę swojego szefa / ordynatora.**
- znikł jednolity, obowiązkowy wzór karty zniezczenia; jest tylko wyliczone co musi się na niej znaleźć.
- znika wzór karty konsultacji anestezyjologicznej
- pojawia się wymóg min. jednej pielęgniarki na cztery stanowiska w sali pooperacyjnej
- czas na uzyskanie specjalizacji pielęgniarki mają do 2016
- okres przejściowy na dostosowanie sprzętu do wymagań do 2016, powierzchni pomieszczeń do 2018
- oddziały dziecięce: czas przejściowy do 2017.
- lekarz kierujący oddziałem/działem anestezyjologii i pielęgniarka oddziałowa mają czas na zdobycie specjalizacji do 2018 (!!!!)

Intensywna terapia:

- znaczne złagodzenie wymagań co do kadry lekarskiej, zwłaszcza dla większych oddziałów (min. 4-6 etatów specjalistów na oddział zamiast 0.8-1 na stanowisko); moim zdaniem słuszne, po co dwunastu specjalistów na mojej intensywnej?
- zredukowano minimalną liczbę etatów pielęgniarskich na stanowisko (z 2,8 do 2,2), ale zwiększono minimalną liczbę pielęgniarek na stanowisko na zmianie!
- **nadal nie ma obowiązku posiadania aparatu USG na oddziale :-((**

Czy leci z nami pilot ;) ?

Prof. Krzysztof Kusza, konsultant krajowy w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, w odpowiedzi na zarzuty kierowane pod adresem [projektu](#) rozporządzenia ws. standardów anestezyjologicznych. Jego zdaniem te regulacje muszą powstać, bo poprzednie są sprzed 14 lat. [Czytaj dalej >>](#)

Krok do przodu, czy krok od katastrofy (finansowej)?

Wg. mojego skromnego zdania nowe rozporządzenie dotyczące standardów postępowania anestezyjologicznego wreszcie cywilizuje zagadnienie, kto kogo może zniezczać. Poniżej moja krótka i subiektywna analiza (i streszczenie) pomysłów zawartych w [projekcie](#) rozporządzenia:

- Zostało określone, kogo może zniezczać lekarz-anestezjolog, czyli dawny „jedynkowiec”. Są to wszyscy pacjenci powyżej 3 r.ż. do ASA 3 włącznie. Wg. **postulatów PTAIIT** - do ASA 2 włącznie. Moim zdaniem- słusznie.
- Dzieci poniżej 3 r.ż może samodzielnie zniezczać wyłącznie specjalista anestezyjologii i it.

Rezydent bez nadzoru specjalisty-anestezjologa nic nie może. A więc kogo mogą zniezczać rezydenci, w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego z anestezyjologii i it?

- Projekt rozporządzenia precyzuje, że rezydent dopiero po skończeniu 4 lat szkolenia, zdaniu egzaminu i wyrażeniu zgody przez kierownika specjalizacji (zgoda jest pisemna i trafia do akt rezydenta) może **PROWADZIĆ** zniezczenie pod bezpośrednim nadzorem specjalisty-anestezjologa. Ale tylko pacjentów ASA 1, 2 i 3. W **piśmie PTAIIT**, będącym komentarzem do projektu rozporządzenia został zawarty postulat, **moim zdaniem niesłuszny**, aby 4 lata edukowania rezydenta obniżyć do 3 lat. Niestety, ani stare, ani nowe rozporządzenie definicji bezpośredniego nadzoru nie zawiera. Definicja „bezpośredniego nadzoru” zawarta została już jakiś czas temu na stronach Konsultanta Krajowego.

Bezpośredni nadzór nad rezydentem anestezyjologiem

View more documents from

- Specjalista anestezyjologii i it może równocześnie nadzorować 2 rezydentów wykonujących zniezczenia, którzy spełniają powyższe warunki.

- Rozporządzenie oczywiście nie odpowiada na pytanie, co się stanie, gdy będzie wymagana długotrwała interwencja specjalisty u jednego z wyżej wymienionych pacjentów ASA III. Co się dzieje, kiedy nadzorujący specjalista uzna, że doszło do gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia jednego z nadzorowanych pacjentów i zaistnieje konieczność prowadzenia znieczulenia przez specjalistę? Czytaj: specjalista wchodzi na jedną z dwóch nadzorowanych sal i nie może już z niej wyjść? Co wtedy z drugim rezydentem? Kto w takim przypadku nadzoruje drugiego rezydenta i ponosi odpowiedzialność prawną? Przecież takie sytuacje zdarzają się na okrągło i nie są żadnym wyjątkiem w naszej praktyce. Rozporządzenie na to pytanie nie odpowiada.
- Co wynika jeszcze z projektu rozporządzenia? Projekt tego nie precyzuje, ale poprzez interpolację można wnioskować, że "młodszy rezydent", którzy nie ukończyli jeszcze 4.(3. wg PTAIT) roku specjalizacji mogą znieczulać ale tylko pod bezpośrednim nadzorem specjalisty, w stosunku 1 do 1. Czyli na jednego młodszego rezydenta przypada jeden nadzorujący specjalista. I odwrotnie: jeden specjalista może nadzorować tylko 1 młodszego rezydenta.
- Z zawartych w projekcie rozporządzenia treści wynika ponadto w mojej opinii, że rezydent nie może prowadzić znieczulenia pacjentów z ASA z dodatkami 'E', czyli wszystkich stanów nagłych, 'emergency'. Tak więc jego obecność rezydenta na ostrym dyżurze jest co najmniej problematyczna. Pytanie, czy „jedyńkowicz” może prowadzić znieczulenie pacjenta np. ASA 3 E pozostawiam bez odpowiedzi...
- Co jeszcze: osobą nadzorującą rezydenta może być **jedynie specjalista**. Funkcji tej nie może pełnić „jedyńkowicz”.
- Zwróćcie uwagę, proszę, że rozporządzenie szczególnie naciska kładzie na **posiadanie oddziałów opieki poznieczuleniowej**, które muszą znajdować się **w obrębie bloku lub w jego bliskim sąsiedztwie**. Oczywiście nie należy ich mylić, ani tym bardziej utożsamiać z oddziałami opieki pooperacyjnej. Jak napisano w komentarz udo rozporządzenia: *"Sale nadzoru poznieczuleniowego odgrywają we współczesnej medycynie kluczową rolę w zabezpieczeniu chorego przed negatywnymi skutkami bezpośredniego okresu pooperacyjnego."*
- Niezbyt zrozumiały jest dla mnie zapis mówiący o konieczności tworzenia oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Z zapisu wynika, tak mi się wydaje, że w każdym szpitalu, gdzie znieczula się dzieciaki do planowych zabiegów powinien być otworzony odrębny oddział a nie dla dzieci. Tylko po co? Trochę kosztowny zapis...
- Nie ma czegoś takiego jak: *'zgłoszenie pacjenta w trybie planowym - kwalifikacja pacjenta anestezjologiczna w tym samym dniu - i jeszcze w tym samym dniu zabieg'*. Wg. zapisów rozporządzenia jest to niedopuszczalne w odniesieniu do zabiegów planowych.
- Udzielanie świadczeń z zakresu IT wymaga STALEJ obecności specjalisty a nie IT w OIT. Nie ma wychodzenia do reanimacji, do konsultacji, żeby założyć wkłucie do dializy, itp... W tym momencie pytanie-zagadka - zakładając, że w godzinach nocnych dyżur medyczny pełni jeden specjalista w OIT - w jaki sposób odbywa się kwalifikacja do przyjęcia pacjenta do OIT? Telefonicznie? Na odległość? Bo przecież, w myśl rozporządzenia, pełniący dyżur specjalista nie może opuścić oddziału?

Przewiduję, że rozporządzenie to może stać się potężną bronią dla NFZ-u przy zawieraniu kontraktów na 2013 rok. Już w chwili obecnej rozporządzenie to budzi sporo emocji i kontrowersji, moim zdaniem zupełnie niepotrzebnych - zobaczcie sobie proszę na nasze Forum Dyskusyjne.

W odpowiedzi na powyższy projekt PTAIT zawarło własne uwagi oraz ustosunkowało się do listu OZZL, który jest przeciwko zapisom zawartym w omawianym dokumencie. Polecam różnie lekturze ten [artykuł nr 1](#) oraz [artykuł nr 2](#), oba z Gazety Prawnej; zapraszam oczywiście do dyskusji o powyższym rozporządzeniu na Nasze Forum. (08.07.2012.)

📁 Materiały z Rynu

Jak można było przewidzieć, materiały szkoleniowy z ESRy [ukazały się](#) ponad miesiąc od zakończenia spotkania w Rynie. Te, które są moim skromnym zdaniem najbardziej wartościowe ("Rola USG przy wstrzyknięciach środków znieczulenia miejscowego do nerwów obwodowych" oraz "Skuteczność blokady splotu ramiennego w zależności od zastosowanej techniki identyfikacji nerwów") nie zostały udostępnione. Wykłady są dostępne do 15 lipca. Niejaki Murphy, ten od praw Murphego, powiedział, że dowody należy natychmiast niszczyć ;), nie zostały opublikowane. Celowo? Oczywiście trudno mówić o prezentacjach PowerPointa naprędce i niestarannie przerobionych na pdf-y w kategoriach materiałów szkoleniowych. O wiele bardziej słuszym terminem są "materiały naukowe" lub "szkoleniawe". Przykład? Proszę bardzo! Zyczę miłej [lektury](#). (28.06.2012.)

📁 Standard postępowania w łagodzeniu bólu porodowego - projekt Minzdrawu

Ministerstwo Zdrowia przekazało 18. czerwca do uzgodnień zewnętrznych projekt rozporządzenia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. [Link](#). (18.06.2012.)

📁 Prof. Kusza: znieczulenia operacyjne będą bardziej bezpieczne

Projekt rozporządzenia ws. standardów anestezjologicznych przyczyni się do podwyższenia jakości znieczuleń operacyjnych - podkreśla prof. Krzysztof Kusza, krajowy konsultant w dziedzinie anestezjologii. [Czytaj więcej >>](#) (18.06.2012.)

📁 Atlas USG A.T. Gray'a



Z nieukrywaną przyjemnością chciałbym Was poinformować o ukazaniu się "Atlasu technik znieczulenia regionalnego pod kontrolą ultrasonograficzną" Andrew T. Graya.

Jest to podręcznik o wyjątkowym charakterze, o którym stanowi niezwykle staranna edytorska jakość wydania i bardzo praktyczny charakter zawartej w tym podręczniku wiedzy. Uważam, że chętnie sięgną po niego zarówno anestezjododzy stawiający pierwsze kroki na polu ultrasonografii, jak i anestezjododzy z już posiadanym doświadczeniem w wykonywaniu blokad pod kontrolą USG. W sposób niezwykle przystępny omawia większość wykonywanych blokad w... [Czytaj dalej >>](#) (16.06.2012.)

📁 Nowości USG

Chociaż w pięknym Rynie słowa prawie nie było o USG, to cieszy mnie niezmiernie, że dookoła możemy, jak Polska długa i szeroka obserwować ultrasonograficzne pospolite ruszenie ;)

- Strona www.criticalusg.pl została uzupełniona o rozdziały dotyczące wykonywania blokad pod kontrolą USG. Z tym większą przyjemnością o tym informuję, że zawiera ona opisy tak rzadkich blokad pod usg, jak: blokada spłotu szyjnego, zwoju gwiaździstego, bl. przykregowa, bl. nerwu nadtopatkowego.
- W Toruniu odbędzie się szkolenie dla osób już nieco obeznanych z technika USG - patrz nasz dział dotyczący szkoleń.
- Z nieukrywaną przyjemnością informuję że staraniem wydawnictwa Elsevier ukazał się pierwszy, tak wszechstronny i w języku polskim atlas traktujący o wykonywaniu blokad pod kontrolą USG. Wkrótce, jak tylko go przeczytam, zamieszczę recenzję na stronach Polanestu.

Projekt rozporządzenia Minzdrawu ws. standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Projekt jest niezwykle ciekawy, polecam lekturze. Po raz pierwszy zostały sprecyzowane takie pojęcia, jak zabieg w trybie pilnym, natychmiastowym, planowym. Nie ma natomiast czegoś takiego, jak "zabieg ze wskazań życiowych"
Co najważniejsze - został wreszcie, po wielu latach dokładnie określony sposób nadzorowania rezydenta przez specjalistę anestezjologii, zostały wyszczególnione wg. ASA rodzaje zabiegów, które może znieczulać lekarz-rezydent. Mało tego, doprecyzowano nawet, ile na Bloku Operacyjnym powinno być zestawów do tzw. trudnych dróg oddechowych i co powinno wchodzić w ich skład. [Link do dokumentu.](#) (03.06.2012.)

ESRA 2012, Zamek Ryn - relacja Admina

Znacie to? Bierne stado owiec, idące bez celu, we mgle, którym wszystko jedno? Tak wyglądała wg. mnie tegoroczna ESRA na Zamku Ryn. Było to moje pierwsze od wielu lat sympozjum naukowe (tak właśnie - naukowe), na którym niczym nie zostałem zaskoczony. Absolutnie, ale to absolutnie niczym... Żadna z prezentowanych prac, żaden z prezentowanych wykładów nie nosił jakichkolwiek znamion nowości. Gwoli wyjaśnienia - tytuł o owcach pochodzi z naszego forum dyskusyjnego. Ale o owcach będzie później. [Dalej >>](#)

Największa LMA świata :)

.

I jeszcze jedna perelka...

Właśnie przed chwilą przyszło mi potwierdzenie uczestnictwa w tegorocznej ESRZE... I najnowszy program...

Może i jestem maruda, ale dlaczego, na litość boską, w programie sympozjum, dotyczącego anestezji regionalnej mamy mówić o "zbilansowanej plynoterapii"? Tylko dlatego, żeby prelegent miał zapewniony darmowy pokój w pokrzyżackim zamku?

Tak swoją drogą pamiętacie zenujący (przynajmniej dla mnie) wykład "Plynoterapia podczas znieczulenia do różnych typów zabiegów krótkoterminowych i ambulatoryjnych" Grażyny Durek z ubiegłorocznej konferencji w Szczryku? No właśnie... To może już lepiej skupmy się w tym roku na igielkach i blokadach... Pozdrawiam organizatorów! (08.05.2012.)

Trudne drogi oddechowe w anestezjologii

Na Forum dyskutujemy sobie ostatnio na temat sposobów postępowania w trudnych drogach oddechowych. W związku z tym przyszło mi do głowy takie pytanko, jak to, które umieściliśmy poniżej, w krótkiej ankiecie. Zachęcam do odwiedzenia stron naszego Forum. Polecam zwłaszcza lekturze kilka krytycznych, ale jakże trafnych spostrzeżeń Amadeo dotyczących naszej, polskiej rzeczywistości anestezjologicznej... Również i ja się pod nimi podpisuję... (13.04.2012.)

SONDA

Czy Sekcja Przyrządowego Udrażniania Dróg Oddechowych powinna wydać rekomendacje odnośnie wyposażenia zestawu do trudnej intubacji?

Tak

Nie

[Zobacz wyniki](#)

SONDA

Czy w ciągu ostatnich 2 lat byles /-as na jakimkolwiek kursie (nauczającym, przypominającym), który dotyczył tzw. trudnych dróg oddechowych?

Tak

Nie

[Zobacz wyniki](#)

Znieczuleniu porodu - spotkanie w Minzdrowie

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz zorganizował zapowiadane wcześniej spotkanie z ekspertami w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz anestezjologii i intensywnej terapii w sprawie uregulowań dotyczących znieczuleń przy porodzie. Celem spotkania było dopracowanie szczegółowych zasad postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Ministerstwo Zdrowia zapewnia w komunikacie, że szef resortu zapoznał się z problemami z jakimi spotykają się specjaliści pracujący nad wprowadzaniem

znieczuleń przy porodach. Bartosz Arłukowicz zapowiedział kolejne spotkania poświęcone tej tematyce oraz dalsze prace nad dokumentem, którego tytuł ma brzmieć: „Zasady postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego”. Jak poinformowało na swojej stronie internetowej Ministerstwo Zdrowia, w poniedziałkowych (19 marca) rozmowach uczestniczyli m.in. prof. Krzysztof Kusza - krajowy konsultant w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prof. Mirosław Wielgoś - konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, prof. Stanisław Radowicki - konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz przedstawiciele środowiska anestezjologów, ginekologów i położników z całej Polski.

ESRA 2012 - przemyślenia przed konferencją



Jest takie powiedzenie, że darowanemu koniowi nie patrzy się w zęby. Ale w tym przypadku koń nie jest darowany, wprost przeciwnie - słono kosztował... Stąd tych kilka słów konstruktywnej, mam nadzieję, krytyki. Powiadają, że prawdziwa cnota żadnego krytyka się nie boi ;) Zawarte poniżej spostrzeżenia pomogą, taką mam nadzieję, nieco udoskonalić program naszego spotkania na Zamku Ryn.

W tym roku z pewnym zdumieniem zauważyłem rodzaju dysproporcję między tematami wykładów; tylko jedna sesja tegorocznej ESRY traktować będzie o wykorzystaniu USG w wykonywaniu blokad, za to aż dwie poświęcone będą anestezjologii położniczej. [Dalej >>](#)

Jakie znieczulenie do dużego zabiegu na st. kolanowym?

Jeśli stosujesz znieczulenie regionalne do DUŻYCH zabiegów w obrębie stawu kolanowego, to jakie znieczulenie preferujesz?

Ppaj

Zagłosuj
Zobacz wyniki

Zobacz archiwum

Anestezjologiczny żart miesiąca :) :)

Arłukowicz gwarantuje znieczulenie

Minister zdrowia zapowiada, że **każda rodząca kobieta będzie mogła liczyć na pomoc łagodzącą ból. Dla pacjentek będzie ona na życzenie i zawsze za darmo.** Ma być wliczona w cenę porodu, za który płaci NFZ. [Dalej >>](#)

Nowe wytyczne i zalecenia

Na naszej stronie grupującej standardy anestezjologiczne pojawiły się nowe wytyczne i zalecenia. W szczególności zachęcam do zapoznania się z nowymi zaleceniami dotyczącymi przyjęcia pacjenta do OIT. Mam nadzieję, że uwagi zawarte w tym dokumencie nieco zracjonalizują zasady przyjęć pacjentów do naszych oddziałów. Na uwagę zasługuje adnotacja zawarta w tym dokumencie dokumentująca brak konfliktu interesów autorów zaleceń. Tak trzymać! Szczegóły w naszym dziale [Standardy](#) (26.02.2012.)

Polska strona o USG



Z przyjemnością informuję, że powstała nowa, polska strona Sekcji USG i Echo PTALT dotycząca zastosowania USG w anestezjologii i intensywnej terapii. Znajduje się pod łatwym do zapamiętania adresem www.criticalusg.pl

Autorzy serwisu piszą: "Dołożyliśmy olbrzymich starań, aby strona służyła edukacji anestezjologów w zakresie różnych aplikacji USG przydatnych w naszej specjalności. (...) Strona wciąż się tworzy. Na razie funkcjonuje głównie część "Intensywna". USG w anestezji regionalnej za kilka tygodni. Dostęp do wszystkich materiałów jest wolny. Stronę można oglądać również ze smartfonów."

No cóż, pozostaje jedynie życzyć sukcesów i wytrwałości w prowadzeniu strony. Trzymam kciuki! Admin Polanestu (23.03.2012.)

Leczenie bólu AD 2012 ?



Usiłowałem gdziekolwiek w internecie odszukać najnowsze zalecenia dotyczące leczenia bólu pooperacyjnego, pochodzące z 2011 roku. Nie udało się... Owszem, dostępna jest wersja papierowa - dowód zamieszczam obok, ale to nie to samo, co materiały edukacyjne zawieszone w internecie, będące zawsze i wszędzie pod ręką.

Do dzisiaj wydawało mi się, że leczenie bólu pooperacyjnego jest ważnym zagadnieniem, na którym zależy chociaż kilku osobom nad Wisłą, a tu t a k a niespodzianka! **Nigdzie** w sieci, nie wyłączając macierzystej strony Polskiego Towarzystwa Badań Bólu nie ma zamieszczonych najnowszych, tj. pochodzących z 2011 roku zaleceń postępowania w leczeniu bólu ostrego i pooperacyjnego. Autorzy programu Szpital Bez bólu piszą (podkreślenie moje, Admina Polanestu):

Obecnie szacuje się, iż ból pooperacyjny jest niewłaściwie uśmierzany u ponad połowy pacjentów. Przyczyny tego stanu rzeczy są złożone. Najważniejszymi z nich wydają się być problemy organizacyjne, niewystarczająca wiedza o uśmierzaniu bólu, brak czasu, a także złożoność postępowania przeciwbólowego.

Miało nie boleć w szpitalach, prawda? Zwłaszcza w kontekście promowanej już od dłuższego czasu akcji Szpital Bez Bólu. Przykre... Pozostaje więc liczyć jedynie na naszych ukochanych przedstawicieli handlowych z firm produkujących leki p. bólowe, którzy na najbliższych konferencjach i sympozjach zaopatrza nas nie tylko w długopisy i firmowe smycze do telefonów, ale również i w papierowe wersje zaleceń.

Oczywiście mogę się mylić; jeśli ktokolwiek z Szanownych Anestezjologów czytających te słowa znajdzie wzmiankowane zalecenia w sieci, to uprzejmie proszę o informację,

chętnie zamieszczę odpowiedni link. (18.02.2012.)

☐ Czy ESRA się odbędzie :) ?

W dniu dzisiejszym miała być udostępniona dla anestezjologów możliwość rejestrowania się na ESRE. Na stronie organizatora widnieje cały czas informacja "**Program Symposium oraz możliwość rejestracji dostępne będą od dnia 15 lutego 2012 roku.**" Nie ma ani możliwości rejestracji, ani jakiegokolwiek słowa wyjaśnienia, czy przeprosin... Oj, nieładnie... (15.02.2012.)

☐ Ile zarabialiśmy w 2011 roku? Wyniki ankiety

Opublikowałem pierwszą część wyników ankiety dotyczącej naszych anestezjologicznych wynagrodzeń w 2011 roku. Wyniki są dostępne na stronach Forum Dyskusyjnego - dla załogowanych użytkowników. Dane podane są zarówno dla szpitali prywatnych, jak i dla publicznych.

W naszym badaniu plac wzięły udział zaledwie 152 osoby spośród ponad 2500 anestezjologów odwiedzających ten portal każdego miesiąca. Chyba w tym roku zacznę rozdawać nagrody rzeczowe za udział w naszych ankietach lub za pisanie postów na forum. Długopisy będą chyba OK, jak myślicie? (15.02.2012.)

☐ Szkolenia w anestezjologii - nowa porcja

Zapraszam do zapoznania się z pierwszą tegoroczną porcją szkoleń w naszej dziedzinie. (04.01.2012.)

Więcej artykułów z lat poprzednich w dziale [Archiwum >>](#)