



**ABC – časopis urgentne medicine  
volumen VI, ISBN 86-85313-42-2, supplement I**

**Glavni urednik**

Prim. mr sc. med. Slađana Anđelić

**Zamenik glavnog urednika**

Prim. mr sc. med. Siniša Saravolac

**UREĐIVAČKI ODBOR**

Prim. dr Milan Božina  
Prim. dr Bogdan Nikolić  
Prim. dr Đorđe Stevanović  
Dr Dušan Gostović  
Dr Kornelija Jakšić  
Dr Aleksandar Kličković  
Dr Biljana Tomić  
Dr Tatjan Rajković

**NAUČNI ODBOR**

**Predsednik**

Doc. dr Ljiljana Beslać-Bumbaširević

**Članovi**

Prof. dr Miroslava Živković  
Prof. dr Slobodan Apostolski  
Prof. dr Petar Slankamenac  
Prof. dr Nikola Vučković  
Prof. dr Mileta Poskurica  
Doc. dr Gordana Tončev  
Prof. dr Ranko Raičević  
Doc. dr Toplica Lepić  
Prim.mr.sc.med. Siniša Saravolac  
Dr Dragiša Lukić  
Prim. dr Dobrica Janković

**ORGANIZACIONI ODBOR**

**Predsednik**

Dr Aleksandar Kličković

**Članovi**

Dr Aleksandar Kličković  
Prim. dr Milan Božina  
Dr Biljana Tomić  
Prim.mr.sc.med. Slađana Anđelić  
Dr Radmila Obradović  
Dr Zorica Kuburović  
Dr Hana Šinka  
Dr Goran Živković  
Dr Vesna Stojanović

Štampa: Grafikom-Uno

Tiraž: 250 primeraka

## SADRŽAJ

Reč urednika.....	6
Teme simpozijuma.....	8
Program simpozijuma.....	9

### **Tema: AKUTNI MOŽDANI UDAR.....11**

1. Dragana Kuljić-Obradović, Svetlana Đoković, Milan Labudović

**Diferencijalna dijagnoza moždanog udara pri prijemu u bolnicu.....12**

2. Snežana Bogunović, Zagorka Maksimović, Slavoljub Živanović, Nada Emiš Vandlik

**Poziv Službi hitne medicinske pomoći: koliko prepoznamo akutni moždani udar.....13**

3. Marija Tošić, Melita Kosjerina.

**Transport GZZHMP – da li smo dovoljno brzi..... 15**

4. Melita Kosjerina, Marija Tošić.

**Prehospitalno lečenje – da li grešimo?.....17**

5. Dušanka Stevović Gojgić, Slavoljub Živanović, Bogunović Snežana, Ćirić Biljana **Koliko oboleli od AMU trpe tegobe pre nego što pozovu Hitnu pomoć.....19**

6. Tonka Periškić, Branka Ilić, Saša Terzić.

**Prevalencija i distribucija cerebrovaskularnih oboljenja: TIA i AMU 2005. godine u SHMP Sombor.....20**

7. Hana Šinka, Vanja Antunović, Svijetlana Nađorđ, Zorica Markanović

**Akutni moždani udar – epidemiološki podaci u 2005. godini..... 21**

8. Ljubiša Radomirović, Gorica Radomirović, Radica Krstić

**Prehospitalni tretman moždanog udara – osposobljenost lekara hitne pomoći..... 22**

9. Slavoljub Živanović, Dušanka Stevović Gojgić, Bogunović Snežana, Ćirić Biljana **Uloga hitne pomoći u lečenju AMU.....24**

10. Irena Ignjatović, Milan Stojković, Miodrag Janković

**Značaj kompjuterizovane tomografije u urgentnoj dijagnostici i praćenju stanja bolesti pacijenata sa akutno nastalim AMU u službi urgentne medicine.....25**

11. Gorica Radomirović, Ljubiša Radomirović, Radica Krstić

<b>Učestalost neuroloških pacijenata u šestomesečnom periodu u ZZHMP u Nišu – uporedna analiza sa podacima Klinike za neurologiju.....</b>	<b>27</b>
12. Đurđica Lalić, Sandra Dimitrijević, Danijela Matić	
<b>Cerebrovaskularni insult, demografski karakter i prehospitalni tretman SHMP Despotovac .....</b>	<b>29</b>
13. Radica Krstić, Gorica Radomirović, Ljubiša Radomirović, Ivana Ilić	
<b>Prehospitalni tretman intrakranijalne hemragije – prikaz pacijenta .....</b>	<b>30</b>
14. Gorica Radomirović, Ljubiša Radomirović	
<b>Intracerebralna hemoragija – prikaz slučaja .....</b>	<b>32</b>
15. Goran Nikolić, Vesna Radisavljević	
<b>Prehospitalno zbrinjavanje AMU u službi HMP Barajevo .....</b>	<b>33</b>
16. Ivana Ilić, Radica Krstić	
<b>Dijagnostički protokol u AMU – koliko ga se pridržavamo? .....</b>	<b>34</b>
17. Ivica Đokić, Zvezdana Antić, Zoran Antić, Vjerslava Slavić	
<b>Značaj akutnog moždanog udara u službi hitne medicinske pomoći Aleksinac.....</b>	<b>36</b>
18. Saša Jovanović, Slavica Dragutinović	
<b>Moždani udar: diferencijalna dijagnoza, urgentna dijagnostika i tretman u službi urgentne medicine .....</b>	<b>37</b>
<b>Tema: POREMEĆAJI SVESTI I KOMA.....</b>	<b>38</b>
19. Draginja Manić, Maja Knezević, Jelena Moskovljević	
<b>Koma kao prehospitalni problem .....</b>	<b>39</b>
20. Nedeljka Puranović, Konstantin Kaščak	
<b>Koma nejasnog uzroka kao dijagnostički problem – prikaz slučaja .....</b>	<b>40</b>
21. Sonja Stojanović, Mirjana Isailović, Tanja Ratković	
<b>Prehospitalni tretman alkoholnih koma u GZZHMP Beograd .....</b>	<b>42</b>
22. Sandra Kitanović, Snežana Bogunović, Biljana Ćirić, Dušanka Gojgić	
<b>Etiologija kome u GZZHMP Beograd .....</b>	<b>43</b>
23. Irena Ignjatović, Milan Stojković	

**Poremećaji centralnog nervnog sistema kod akutno trovanih pacijenata Službe  
urgentne medicine bolnice Leskovac .....44**

24. Dragan Čavić, Miroslav Popović, Slavica Nešković, Dragutin Marković, Ivan Đukić,  
Milijana Popović, Milan Martinović, Igor Crnić

**Kome na teritoriji koju pokriva HP ZC "Dr Laza K. Lazarević" Šabac u periodu 01.01.-  
31.12.2005 .....46**

**Tema: NEUROLOŠKE KOMPLIKACIJE AKUTNIH INTOKSIKACIJA.....48**

25. Gordana Babić, Veljko Todorović, Jasna Jović Stošić, Dušanka. Stevović Gojgić **PSS -  
Toksikološki skor za procenu težine akutnih trovanja lekovima .....49**

26. Snežana Petrović, Gordana Kojić

**Trovanje ugljen monoksidom – prikaz slučaja .....50**

27. Nada Jovanović-Vasiljević

**Komplikovani apstinencijalni sindrom kod alkoholičara – prikaz slučaja ..... 52**

28. Nada Jovanović-Vasljević

**Respiratorni zastoj uzrokovan akutnom intoksikacijom heroinom ..... 53**

29. Ana Ostojić, Zoran Jovančević

**Akutno trovanje vodom – prikaz slučaja .....55**

30. Biljana Gavrilović, Dragana Pešić

**Neurološke komplikacije u akutnim trovanjima .....56**

31. Vesna Dmitrović, Boris Tufegdžić

**Učestalost intoksikacija na teritoriji opštine Gornji Milanovac ..... 57**

**Tema: AKUTNI NEUROPSIHOLOŠKI SINDROM.....59**

32. Tanja Perunović, Nada Vasiljević-Jovanović

**Urgentne psihijatrija na teritoriji Barajeva u radu SHMP u periodu 01.01.-  
31.12.2005. .... 61**

33. Branka Ilić, Tonka Periškić

**Suicid - incidenca u Somborskoj opštini .....62**

*Poštovane kolegice i kolege,*

*čast nam je da smo u ime Sekcije za urgentnu medicinu SLD privilegovani da vam se zahvalimo na prihvatanju poziva da učestvujete na VII Simpozijumu urgentne medicine u prelepom gradu, ili kako ga još nazivaju "kapiji Šumadije", Kragujevcu. Kragujevački zdravstveni centar i hotel "Šumarice" sa svojim gostoljubivim osobljem biće domaćini ovog naučnog skupa.*

*Svedoci smo da izlazeći iz poslednje dekade 20. veka nazvane "dekadom mozga" i stupajući u novi milenijum, otvaramo i jedan od najvećih izazova 21. veka: lečenje obolelih od akutnog moždanog udara. Organizacioni odbor je zato smatrao da VII Simpozijum urgentne medicine treba fokusirati na dominantnu temu akutnog moždanog udara (AMU), zatim komatozna stanja, i neurološke komplikacije akutnih intoksikacija. Kako po incidenci i opštem mortalitetu AMU zauzima treće mesto, sa tendencijom daljeg epidemijskog porasta, ne čudi što AMU predstavlja veliki medicinski, socijalni i ekonomski problem modernog društva. U našoj zemlji, prema najnovijim ispitivanjima SZO, AMU je uzrok broj jedan intrahospitalnog mortaliteta, mlađe starosne grupe (od 40-45 god. života) prvi uzrok smrti među ženama a drugi među muškarcima.*

*Ishemično neuronalno oštećenje je progresivno, ali postoji "terapijski prozor" od samo 3 sata. Zato se nameće potreba o što hitnijem započinjanju tretmana moždanog udara u "terapijskom prozoru", sa opšte prihvaćenim konceptom "svaki minut je važan". Kada se simptomi moždanog udara pojave radi se o urgentnom stanju, te tretman moždanog udara i protokolarna selekcija bolesnika za fibrinolizu, moraju biti redefinisani u sistemu HMP, kao vremenski zavisno, urgentno stanje u medicini, kao što je trauma ili infarkt miokarda, uz obezbeđivanje najvišeg prioriteta za transport ovakvih bolesnika.*

*Predstoji nam vreme jačanja karika "lanca preživljavanja" edukacijom stanovništva i profesionalaca u prepoznavanju AMU, formiranjem prehospitalnih urgentnih ekipa i lekara, kao i timova i jedinica za moždani udar, uz formiranje radne grupe za organizaciju i implementaciju programa prehospitalnog zbrinjavanja bolesnika sa AMU na teritoriji Srbije*

***Pristigli radovi, i po kvalitetu, i po kvantitetu, pokazuje da, i pored visokog razvoja subspecijalističkih grana, ima mesta i za urgentnu medicinu ne samo u svakodnevnoj praksi prilikom rešavanja problema bolesnika, već i na ovakvim skupovima. Želeli bismo da istaknemo da je programska šema bila odlučujuća u ovom odabiru, tako da su se mnogi odlični radovi našli na poster prezentaciji. Program Simpozijuma obuhvata tematska predavanja poznatih predavača kliničara i specijalista urgentne medicine sa prehospitalnog nivoa. Farmaceutska industrija je i ovog puta zdušno propratila i pomogla naše ideje i aktivnosti. Sigurni smo da ćete uživati u naučnim sesijama, druženju i razonodi, u uslovima šumadijskih prirodnih lepota.***

***Dobrodošli na VII Simpozijum urgentne medicine,***

**Glavni urednik**

**Prim. mr. sc. med. Slađana Anđelić**

**Zamenik glavnog urednika**

**Prim. mr. sc. med. Siniša Saravolac**

## **GLAVNE TEME SIMPOZIJUMA:**

1. Akutni moždani udar
2. Poremećaji svesti i koma
3. Neurološke komplikacije akutnih intoksikacija
4. Akutni neuropsihološki sindrom

## **VRSTE SESIJA**

Simpozijum će se odvijati u sledećim sesijama:

- Minisimpozijum (predavanja predavača po pozivu)
- Simpozijum farmaceutskih industrija
- Okrugli sto
- Usmena saopštenja originalnih radova
- Poster sesije

**Radovi u zborniku nisu lektorisani i štampani su u obliku u kojem su ih autori napisali. Za sadržaj tekstova odgovorni su autori radova. Izvinjavamo se za moguće greške.**

**Naučni odbor**



## PROGRAM SIMPOZIJUMA

*Sreda, 07. jun 2006. godine*

18.00 – 19.00

### **SVEČANO OTVARANJE VII SIMPOZIJUMA**

Koktel dobrodošlice

*Četvrtak, 08. jun 2006. godine*

### **AKUTNI MOŽDANI UDAR**

Tema: Da li je akutni moždani udar (AMU) bolest I reda hitnosti u Srbiji?

9.00-10.00

Mini simpozijum: Akutni moždani udar

Predsedavajući: N. Šternić, M. Božina, A. Kličković

10.00-10.30 – Diskusija

10.30-12.30

Mini simpozijum: Terapijski prozor samo tri sata (I)

Predsedavajući: D. Jovanović, S. Bogunović, S. Anđelić

12.30-13.00 – Diskusija

13.00-14.30 – Pauza za ručak

14.30-15.30

Mini simpozijum: Terapijski prozor samo tri sata (II)

Predsedavajući: M. Živković, D. Lukić, G. Živković

15.30-16.00 – Poster sesija

16.00-17.00

Mini simpozijum: Tromboliza (»Böehringer«)

17.00-19.00

OKRUGLI STO: Imamo manje od tri sata vremena. Kako da se organizujemo?

B. Josifovski, B. Ničić, M. Živković, Lj. Beslač-Bumbaširević, A. Kličković, B. Tomić, M. Savić

♣ Prepoznavanje AMU (edukacija stanovništva i profesionalaca)

♣ Novine u organizaciji rada ZHMP Beograd

♣ Prehospitalne terapijske mere – protokol

- ♣ Selekcija bolesnika za fibrinolizu – protokol
- ♣ Formiranje radne grupe za organizaciju i implementaciju programa prehospitalnog zbrinjavanja bolesnika sa AMU na teritoriji Srbije

*Petak, 09. jun 2006 .godine*

## **POREMEĆAJI SVESTI I KOME**

9.00-11.30

Minisimpozijum: Praktičan koncept gubitka svesti: sinkopa, epilepsija i još po nešto.  
Predsedavajući: D. Sokić

11.30-12.00 – Diskusija

12.00-13.00

Minisimpozijum: Kome  
Predsedavajući: T. Lepić, R .Raičević

13.00-14.30 – Pauza za ručak

14.30-14.45

Minisimpozijum: Zodol («Hemofarm«)

14.45-16.45

Minisimpozijum: Neurološke komplikacije akutnih intoksikacija  
Predsedavajući: D. Joksović, V. Todorović, B. Tomić

16.45-17.15 – Diskusija

17.15-18.15

Minisimpozijum: Defibrilacija («Medtronic«)

18.15-18.45 – Poster sesija

20.00 – SVEČANA VEČERA

*Subota, 10. jun 2006 .godine*

9.00

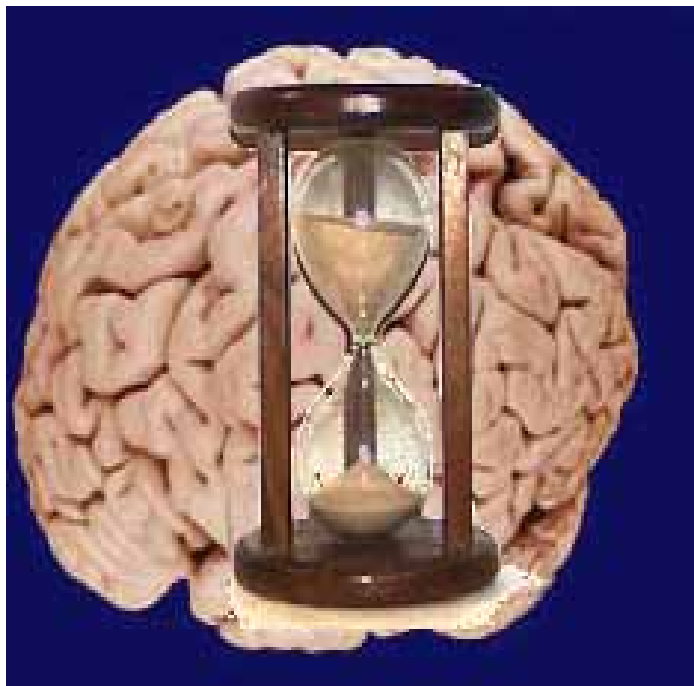
Donošenje zaključaka

Zatvaranje Simpozijuma

Minisimpozijum Akutni neuropsihološki sindrom iz tehničkih razloga će se odvijati kroz poster-sesiju, a prihvaćeni radovi biće štampani na kompakt disku.

**TEMA:**

# **AKUTNI MOŽDANI UDAR**



izvor: <http://homepage.mac.com/kostudios/Pages/stock%20nervoussystem/nervoussystem.html>

## DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA MOŽDANOG UDARA PRI PRIJEMU U BOLNICU

Dragana Kuljić-Obradović, Svetlana Đoković, Milan Labudović

Bolnica za lečenje i prevenciju vaskularnih bolesti mozga „Sveti Sava“

**Uvod:** Savremeni trendovi u medicini ukazuju na potrebu da se moždani i srčani udar svrstaju u isti red hitnosti. U obe bolesti od vitalnog je značaja da se što pre postavi prava dijagnoza i primene potrebne dijagnostičke i terapijske mere.

**Cilj rada:** Analiza prehospitalne trijaže pacijenata sa sumnjom na akutni moždani udar.

**Metodologija:** Ispitivanjem su obuhvaćeni pacijenti upućeni u prijemno-triažnu službu Bolnice za vaskularne bolesti mozga „Sveti Sava“. Svi pacijenti su pregledani od strane neurologa, a po potrebi su rađeni: internistički pregled, EKG, laboratorijske analize i neuroviziuelizacione metode (CT mozga).

**Rezultati:** U toku 2005. godine u prijemnoj službi je pregledano 13664 pacijenata, a od toga je na hospitalnom lečenju zadržano 7099 (51,9%). Naknadnom analizom podataka uočeno je da je i ove godine procenat primljenih pacijenata sličan (51,1%). Procenat primljenih paci-

jenata je bio veći u slučaju kada je pacijent upućen od strane lekara SHP (67,7%), nego od lekara DZ (38,9%). Među pacijentima koji nisu hospitalizovani najčešće dijagnoze su bile: stanje nakon moždanog udara (25%), demencija (15,8%), prvi i jedini TIA (11,8%), krize svesti (11,8 %), epileptični napad (6,6%), glavobolja i hipertenzija (5,7%). Uputna dijagnoza se u 46,7% slučajeva poklapala sa našom dijagnozom kod pacijenata koji nisu hospitalizovani.

**Zaključak:** Skoro polovina upućenih pacijenata u našu prijemnu službu nema indikacije za hospitalizaciju. Taj procenat je manji u slučajevima pacijenata upućenih od strane lekara SHP. Najčešće dijagnoze kod pacijenata koji nisu hospitalizovani su: stanje posle MU i demencija.

## POZIV SLUŽBI HITNE MEDICINSKE POMOĆI: KOLIKO PREPOZNAJEMO AKUTNI MOŽDANI UDAR

Snežana Bogunović, Zagorka Maksimović, Slavoljub Živanović, Nada Emiš Vandlik  
Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Uvođenje fibrinolitičke terapije u prva tri sata u lečenju akutnog moždanog udara doprinelo je da se ova bolest tretira kao prvi red hitnosti. Tako je u lečenju ove bolesti vrlo značajno mesto dobila i služba hitne medicinske pomoći, a posebna se pažnja posvećuje brzom prepoznavanju akutnog moždanog udara i hitnom transportu bolesnika u bolničku ustanovu.

**Cilj rada:** bio je da se sagleda usaglašenost pretpostavljene dijagnoze od strane lekara na prijemu poziva i lekara na terenu.

**Materijal i metode:** Obradeno je 2.470 poziva iz prve polovine juna 2005. godine. Na osnovu svakog poziva postavljene su dijagnostičke pretpostavke, a bolesnici sa mogućim akutnim moždanim udarom vođeni su kao "sumnja na moždani udar". Ovakva dijagnostička pretpostavka postavljena je na osnovu telefonski uzete anamneze od bolesnika ili člana porodice. Postavljena pitanja su se odnosila na iskrivljenost lica

(usta), smetnje u govoru i slabost ekstremiteta što bi u suštini odgovaralo pitanjima iz Sinsinati skale. Za svakog bolesnika kod koga je postavljena "sumnja na moždani udar" dobijeni su povratni podaci od ekipe sa terena koji su potvrdili ili odbacili dijagnostičku pretpostavku. U radu su analizirani i osnovni epidemiološki podaci (pol, starosna dob) i podaci o tenziji bolesnika sa moždanim udarom.

**Rezultati:** Od 2.470 poziva 87 je primljeno kao "sumnja na moždani udar", što iznosi 3,52% i po učestalosti je na devetom mestu. Kao prvi red hitnosti, primljeno je 5,75% poziva, kao drugi red hitnosti 51.72% dok su ostali neoznačeni. Od ovih 87 bolesnika na terenu je kod 61 bolesnika ili u 70,12% slučajeva ova dijagnoza potvrđena. Relativno veliki broj bolesnika sa dijagnostikovanim akutnim moždanim udarom, njih 36, otkriven je u grupi poziva koji nisu primljeni kao "sumnja na moždani udar". Najčešće se radilo o bolesnicima

poremećenog stanja svesti 15 (15,46%), hipertoničarima 8 (8,25 %), pozivima sa javnog mesta 3 (3,09%) i ostalim (gušenje, dijabetes, "pozlilo") 10 (10,31%). Od 97 bolesnika 49 ili 50,51% slučajeva su žene i 48 ili 49,49% su muškarci. Najučestalija starosna dob za žene je od 70 do 79 godina (22,68%), a za muškarce 60 do 69 godina (18,56%). Tridesetšest (37,12%) bolesnika imalo je normalan pritisak, veoma visok (240/120 mmHg) 4 (4,12%), 42 (43,29%) je bilo između dok za 15 (15,47%) bolesnika podaci nisu poznati. 80 (82,48%) bolesnika sa akutnim moždanim udarom je odmah preveženo u bolničku ustanovu i to 63 (64,96%) u ZCVO "Sveti Sava", 13 (13,40%) na UC i 4 (4,12%) na neurologiju KBC Zemun.

**Zaključak:** Od primljenih poziva "sumnja na moždani udar", dijagnostička pretpostavka je potvrđena u 70,12%

bolesnika. Posebno je interesantna dosta velika grupa bolesnika kod kojih nije postavljena sumnja na moždani udar prilikom prijema poziva ali je dijagnoza akutnog moždanog udara postavljena na terenu. Ovo su pretežno bili bolesnici sa opštim neurološkim poremećajima (koma, somnolencija, pad na ulici) bez fokalnog neurološkog nalaza koji bi ukazivao na dijagnozu akutnog moždanog udara. Posmatrajući ove podatke vidi se da je stepen prepoznavanja akutnog moždanog udara 62,89%. Ovome u mnogome doprinosi zdravstvena neprosvećenost stanovništva, a često i nespremnost pozivaoca da saraduje sa medicinskim osobljem na prijemu poziva.

## TRANSPORT GZZHMP – DA LI SMO DOVOLJO BRZI ?

Marija Tošić, Melita Kosjerina

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Dokaz o primeni fibrinolitičke terapije u prva tri sata od početka bolesti je značajno promenio pristup lečenju AMU. Obzirom na ovako kratak terapijski prozor ovo je postala bolest koja se leči po prvom stepenu hitnosti. U ovakvom pristupu gde je svaki trenutak izuzetno značajan SHMP ima vodeće mesto.

**Cilj rada:** Glavni cilj rada je da se utvrdi proteklo vreme koje je potrebno SHMP da zbrine pacijenta kod kojih je postavljena dijagnoza AMU na neko od neuroloških odeljenja u Beogradu. Takođe su praćeni faktori rizika, simptomi i znaci AMU kod pacijenata pregledanih od strane lekara GZZHMP.

**Metodologija:** U toku perioda jun - decembar 2005. lekari GZZHMP popunjavali su specijalno dizajnirane protokole za pacijente pod sumnjom na AMU. Relevantna vremena, anamnestički i klinički podaci su na taj način dokumentovani i statistički obrađeni.

**Rezultati:** Tokom perioda jun – decembar 2005. god. od 50.032 poziva 3% je

primljeno pod sumnjom na AMU. Od ukupnog broja upućenih pacijenata iz GZZHMP zbog sumnje na AMU do bolnice je transportovano 362 (54%) bolesnika ženskog pola i 305 (46%) muškog pola. Prosečna starost svih pacijenata je 70 godina ( ženski pol AS - 71 godina, muški pol AS - 69 godina). Podatke su davali najčešće braćni drugovi 31%, zatim deca 29%, rođaci 18%, bolesnici 13%, ostali 9%. Najčešći simptomi koji su ukazivali na AMU su bili: oduzetost jedne strane tela 36%, smetnje govora 30%, vrtoglavice uz nesvestice 7%, krize svesti 13%, glavobolje 5% i ostalo 9%. Od faktora rizika najčešći su: hipertenzija 47%, pušenja 17%, diabetes mellitus 12%, povišene masti u krvi 13%, a bez faktora rizika je bilo 11%. Kod svih pacijenta je sproveden fizički i neurološki pregled. Vreme koje je trebalo ekipama GZZHMP od samog prijema poziva do predaje pacijenta u zdravstvenu ustanovu je bilo od 15 do 86 minuta (najduže vreme – Ripanj).

Problemi sa kojima se susreće Zavod su:

- mali broj ekipa za grad koji ima dvomilionsko stanovništvo
- udaljenost prebivališta bolesnika i do 50 km
- gužva u saobraćaju praktično tokom celog dana
- objektivne okolnosti vezane za transport bolesnika npr. 10 sprat, lift ne radi

- i još uvek ne sagledavanje AIMU kao bolesti prvog reda hitnosti od strane dispečera

**Zaključak:** Uprkos brojnim problemima sa kojima se susreće, GZZHMP zbrinjava pacijente sa AIMU u proseku za 40 minuta. Termin «vreme je mozak» ukazuje da je AIMU više nego ikad urgentno medicinsko stanje koje zahteva brz i adekvatan odgovor neuroloških službi zajedno sa SHMP.



## PREHOSPITALNO LEČENJE – DA LI GREŠIMO?

Melita Kosjerina, Marija Tošić

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Novi koncept lečenja podrazumeva ne samo brzo postavljanje dijagnoze i transport do najbližeg centra koji se bavi lečenjem AMU, već i tačno utvrđen prehospitalni terapijski protokol SHMP koji bi trebalo ne samo da spreči dalje oštećenje moždanog parenhima već i da pripremi bolesnika za fibrinolitičku terapiju. FDA je 1996. prvi put odobrila primenu novog trombolitičkog leka rtPA koja je medicini dala novo oružje u lečenju AIMU. Ali i dalje zbog ne prepoznavanja AMU, limitiranog terapijskog prozora, samo 2 do 5% obolelih ima korist od primene ove terapije.

Prvi nacionalni vodič za AIMU je publikovan novembra 2004. sa ciljem da se pomogne lekarima u svim nivoima zdravstvene zaštite u primeni adekvatnog lečenja.

**Cilj rada:** je da se utvrdi terapija koja se primenjuje u GZZHMP tokom prehospitalnog zbrinjavanja pacijenta i prikaz novog protokola u prehospitalnom pristupu pacijentu sa AMU.

**Metodologija:** Analizirani su lekarski pozivi GZZHMP tokom jednog meseca.

**Rezultati:** Da bi ispoštovali smernice prehospitalnog lečenja AIMU opisane u nacionalnom vodiču, jedan od prvih koraka u pristupu je:

1. *Određivanje vitalnih znakova* (TA, puls, telesna temperatura, glikemija). U GZZHMP prilikom svakog pregleda određuje se TA i puls. Rutinski se ne radi merenje telesne temperature. Određivanje temperature se radi u slučaju kada dobijemo podatak da bolesnik ima povišenu temperaturu ili na to sami posumnjamo. Takođe se rutinski ne radi ni određivanje šećera u krvi. Merenju glikemije pristupamo kada to diktira klinička slika tj. simptomi i znaci koji ukazuju na hipoglikemiju. Razlog tome je prvenstveno ekonomski (visoka cena traka za glukometre koje zavod nije ni posedovao do pre tri godine).

2. Nacionalni vodič podrazumeva *primenu O<sub>2</sub>* u slučaju saturacije manje od 92% i to protokom od 3 L /min. U GZZHMP uglavnom ne sledimo ovu smernicu iz

razloga što se u sastavu opreme pojedinih sanitetskih vozila ne nalazi pulsni oksimetar pomoću kojeg bi odredili da li je saturacija ispod 92%. Drugi razlog je da ne posedujemo nazalne kanile koje bi omogućile primenu O<sub>2</sub> ovako malog protoka.

3. Savremeni stavovi za *lečenje povišenog krvnog pritiska* pacijenata sa AIMU iz nacionalnog vodiča diktiraju da se primenjuju isključivo ACE inhibitori (Enalapril, Kaptopril, Lizinopril) za vrednosti sistolnog pritiska > 220 mmHg i dijastolnog do 140 mmHg. Za vrednosti dijastolnog pritiska preko 140 mmHg preporučuje se Nirmin. Analizom naših protokola uočeno je da se u 24% slučajeva radi nepravilno tj. primenjuju se neadekvatni antihipertenzivi i da se daju

i na nižim vrednostima od gore navedenih. Pa tako najčešće korišćen lek je diuretik Lasix (u 53% primenjivan i.m., a u 27% i.v.). ACE inhibitori su primenjivani u 14%, dok se Nifelat R davao u 6%. Primena ranije opšte prihvaćenog leka Manitola u prehospitalnom pristupu u našem Zavodu nije bilo.

**Zaključak:** Brza i rana dijagnoza sa prehospitalnim zbrinjavanjem pacijenata gde veliku ulogu imaju SHMP je osnova za ostvarivanje uspeha lečenja AIMU. Adekvatan prehospitalni pristup uz uvažavanje načela za spuštanje povišenog pritiska, korekciju hipoksije i hipoglikemije je od velikog značaja koju naša služba mora poštovati.

## KOLIKO OBOLELI OD AMU TRPE TEGOBE PRE NEGO ŠTO POZOVU HITNU POMOĆ

Dušanka Stevović Gojgić, Slavoljub Živanović, Bogunović Snežana, Ćirić Biljana, Gradski zavod za Hitnu medicinsku pomoć Beograd

**Uvod:** Savremeno lečenje akutnog ishemijskog moždanog udara, podrazumeva između ostalog i primenu trombolitičke terapije a u cilju uspostavljanja ponovnog protoka kroz zapušeni krvni sud. Primena ove metode je najbolja u prva tri sata od nastanka tegoba.

**Cilj rada:** U ovom radu smo prikazali koliko naši korisnici trpe tegobe pre nego što pozovu Hitnu pomoć.

**Materijal i metodi:** Analizirano je sistematski svih 2275 poziva jedne ekipe u vremenu 14.05.03. do 04.04.06. godine. Pronađeno je 87 poziva sa dijagnozama I63-I64-I65. Od toga smo našli 58 upisanih podataka o prethodnom trajanju tegoba. Starost ispitivane grupe je od 30-90 godina, od toga 21 muškog pola i 37 ženskog pola.

**Rezultati rada:** tegobe kod naše ispitivane grupe su trajale pre pozivanja Hitne pomoći od dva minuta do 10 dana. Ispitivanu grupu smo podelili na tri dela. U prvom delu njih 26, su oni koji su tegobe pre pozivanja Hitne pomoći

trpeli od 2-50 minuta, u drugoj grupi njih 29, su oni koji su trpeli tegobe od jednog do 20 sati i u trećoj njih troje, oni koji su trpeli tegobe od 2-10 dana. Proizilazi da onih koji su trpeli tegobe od nekoliko minuta do dva sata ima 36 ili tek 62%. Više od trećine (38%), i sa najbržim prevozom do nadležne ustanove gde postoje uslovi za savremenu dijagnostiku i terapiju AMU, ne bi bili kandidati za ovakvo lečenje.

**Zaključak:** Postojeća zdravstvena služba u celini, ne može da pruži odgovarajuće lečenje ako se oboleli ne javi na vreme. Naš utisak je da je potreban napor, ne samo zdravstvene službe, već i ministarstva i medija, da bi se građanstvu ukazalo na činjenicu da je i svaka sumnja na šlog najhitnije stanje i da se što pre treba obratiti Hitnoj pomoći, ukoliko želimo uspešno lečenje.

## PREVALENCIJA I DISTRIBUCIJA CEREBROVASKULARNIH OBOLJENJA - TIA I AMU 2005. GODINE U SHMP SOMBOR

Tonka Periškić, Branka Ilić, Saša Terzić -Služba hitne medicinske pomoći, Sombor

**Uvod:** Cerebrovaskularna oboljenja(CVO) su poslednjih godina u žiži interesovanja medicinske javnosti zbog visoke smrtnosti i još većeg invaliditeta (treći vodeći uzrok smrti-Stroke statistics-American Heart Organisation).

**Cilj rada:** je prikaz prevalencije CVO u SHMP Sombor 2005-e godine i njihove distribucije u smislu entiteta TIA-tranzitorni ishemijski atak i AMU-akutni moždani udar, te prema polu, životnoj dobi i visini sistolnog i dijastolnog TA.

**Metodologija:** U radu smo koristili ambulantni i terenski protokol bolesnika, a kriterijumi za postavljanje dijagnoze TIA ili AMU su bili postavljeni po principu, koji uzima u obzir trajanje simptoma: TIA od nekoliko minuta do 24 časa a AMU više od 24 časa (Charcot, Dejerin).

**Rezultati:** U navedenom periodu, u SHMP Sombor je pregledano 12.102 pacijenta, od toga sa dijagnozom TIA i AMU 257 pacijenata (2,12%). U broju postavljene dijagnoze TIA i AMU nema statistički značajne razlike,  $p > 0,05$  (51% TIA, 49% AMU), kao ni razlike u oboljevanju

muškaraca i žena (46% muškarci, 54% žene). Statistički značajno, muškarci više oboljevaju od AMU(62,7%), a žene od TIA (62,6%). U oba slučaja  $r < 0,01$ . Našli smo statistički značajnu razliku u oboljevanju žena u šestoj i sedmoj deceniji života  $X^2 = 10.345$ ,  $ss = 1$ ,  $r < 0.001$  i muška-raca u istom životnom dobu  $X^2 = 4.750$ ,  $ss = 1$ ,  $p < 0.05$ . Posmatranoj grupi pacijenta najčešće meren sistolni arterijski pritisak je 20–26 KRa. Značajna statistička razlika se beleži između muškaraca i žena u izmerenom dijastolnom pritisku  $X^2 = 4.84$ ,  $ss = 1$ ,  $p < 0.05$ . Najčešće izmeren TA u žena je 18.8 KRa sistolni i 10.6 KRa dijastolni, a kod muškaraca 24 KRa sistolni a 13.3 dijastolni. U populaciji žena obolelih od AMU najčešće meren sistolni pritisak je 26.6 KRa a dijastolni 10.6 KRa, a kod muškaraca obolelih od istog oboljenja je sistolni pritisak 20 KRa a dijastolni 13.3 KRa.

**Zaključak:** Dobijeni podaci se uglavnom poklapaju sa onim navedenim u literaturi, osim što prema našim podacima od CVO nešto više oboljevaju žene od muškaraca.

## AKUTNI MOŽDANI UDAR-EPIDEMIOLOŠKI PRIKAZ U 2005. GODINI

Hana Šinka, Vanja Antunović, Svijetlana Nađorđ, Zorica Markanović  
Služba hitne medicinske pomoći DZ, Novi Sad

**Uvod:** U Službi hitne medicinske pomoći Novog Sada deo svakodnevnog rada obuhvata i zbrinjavanje akutnih neuroloških stanja, koja se najčešće manifestuju kao konvulzije i/ili iznenadni napadi slabosti polovine tela zbog privremenog/trajnog prekida cirkulacije mozga, a koja mogu dovesti i do paralize, kome i smrti.

**Cilj rada:** procena učestalosti javljanja pacijenata sa akutnim moždanim udarom u jednogodišnjem periodu u SHMP Novog Sada.

**Metod rada:** retrospektivna analiza izvršenih intervencija iz protokola terenskih ekipa SHMP Novog Sada (punkt Liman i Petrovaradin) u periodu od 01.01.2005. do 31.12.2005.

**Rezultati:** podaci dobijeni obradom izvršenih intervencija iz protokola terenskih ekipa pokazuju da se tokom 2005. godine ukupno javilo 24.359

pacijenata od čega je bilo 502 (2.06%) sa simptomima akutnog cerebrovaskularnog stanja a od tog broja TIA 130 (25.89%), AMU 262 (52.19%) i ponovljenog AMU 110 (21.91%). Ako se analiziraju epidemiološki rezultati akutnih neuroloških stanja u 2005. godini onda bi rezultat bio sledeći: ukupan broj je bio 796 (3.27%) od čega TIA 130 (16.33%), AMU 262 (32.91%), ponovljeni AMU 110 (13.82%) i EPI 279 (35.05%).

**Zaključak:** iako je zastupljenost akutnih moždanih udara u ukupnom morbiditetu relativno mala, smatramo da bi zbog važnosti i značaja adekvatnog dijagnostičko - terapijskog pristupa takvim stanjima na terenu bilo neophodno da se izradi jedinstvena doktrina.

# PREHOSPITALNI TRETMAN MOŽDANOG UDARA – OSPOSoblJENOST LEKARA HITNE POMOĆI

Ljubiša Radomirović, Gorica Radomirović, Radica Krstić  
Zavod za hitnu medicinsku pomoć Niš

**Uvod:** Akutni moždani udar je bolest koja je treći uzrok smrti u svetu, a prvi u našoj sredini. Nastaje naglo, traje duže od 60 min, i posledica je poremećaja moždane cirkulacije, ili stanja u kome protok krvi nije dovoljan za metabolizam neurona. U zavisnosti od mehanizma nastanka moždani udar može biti ishemijski (kao posledica okluzije krvnog suda trombom ili embolusom), javlja se u 75-80 % slučajeva, i hemoragijski, po tipu intracerebralne ili subarahnoidalne hemoragije.

**Cilj rada** je da se analiziraju dijagnostičke i terapijske mogućnosti lekara hitne pomoći na terenu, kao i uporedna analiza bolničke terapije na prijemu.

**Materijali i metod:** U radu je analiziran protokol terenskih intervencija u Zavodu za hitnu medicinsku pomoć u periodu od četiri meseca, zatim prijemna terapija hospitalizovanih pacijenata na Klinici za neurologiju u istom vremenskom periodu. Takođe su analizirani preporučeni protokoli za akutni moždani udar Naci-

onalnog vođiča Srbije od novembra 2004, kao i vođiči koji se preporučuju u navedenom vođiču (Kothari i sar. 1997, Sinsinati prehospitalna skala, protokol za paramedikuse).

**Rezultati:** Lekari hitne pomoći Zavoda za hitnu medicinsku pomoć su u 70% slučajeva postavili pravilnu dijagnozu akutnog moždanog udara, naročito hemoragijskog moždanog udara. Terapijski posmatrano postoji značajna razlika između ordinirane terapije na terenu i ordinirane terapije prilikom prijema na Klinici za neurologiju. U Zavodu za hitnu medicinsku pomoć u Nišu u toku jedne operativne smene rade sedam terenskih ekipa. To su ekipe koje su opremljene kompletnom reanimacijskom opremom, a lekari su u većini specijalisti urgentne medicine. Lekari su se u većini pridržavali preporučenog prehospitalnog protokola koji nalaže pružanje opštih i potpornih terapijskih mera (obezbeđivanje vitalnih parametara, primena kiseonika i

eventualna korekcija arterijske tenzije). Prijemna terapija na Klinici za neurologiju je bazirana na: primeni opštih terapijskih mera, i sprečavanju i lečenju komplikacija od strane nervnog sistema, što se ne preporučuje za lekare hitne pomoći u preporučenom prehospitalnom protokolu.

**Zaključak:** Lekari Zavoda za hitnu medicinsku pomoć su u mogućnosti da pruže veći stepen pomoći pacijentu koji

ima moždani udar, od zahtevanog nivoa u preporukama. S obzirom da se radi o preporukama za Republiku Srbiju, potrebno je u svim delovima Republike ostvariti ovaj nivo pomoći pacijentima sa moždanim udarom.

## ULOGA HITNE POMOĆI U LEČENJU AMU

Slavoljub Živanović, Dušanka Stevović Gojgić, Bogunović Snežana, Ćirić Biljana, Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Savremeno lečenje akutnog ishemijskog moždanog udara, podrazumeva između ostalog i lizu tromba koji je okludirao krvni sud. Primena ove metode je najbolja u prva tri sata od nastanka tegoba.

**Cilj rada:** U ovom radu smo prikazali za koje vreme HP može da prepozna, pruži prvu pomoć i preveze obolelog u za to nadležnu ustanovu, tj da li HP može da se uklopi u ova tri sata.

**Materijal i metodi:** Analizirano je sistematski svih 2275 poziva jedne ekipe u vremenu 14.05.03. do 04.04.06. godine. Pronađeno je 87 poziva sa dijagnozama I63-I64-I65. Starosna struktura ovih bolesnika je bila od 17-65 godina 27 osoba; od 66-93 godine 59 osoba i za jednu osobu se ne znaju godine. Polna struktura je 37 muškaraca i 50 žena. Jedanaest osoba je prevezeno sa UC ili drugih KBC i dva iz ambulante Hitne pomoći i jedna iz Doma zdravlja.

Još devet osoba je pronađeno i preveženo sa javnih mesta.

**Rezultati rada:** Iz raznih razloga 11 osoba nije preveženo u klinike. Za 75 slučajeva imamo uredno upisana vremena od trenutka prijema poziva na telefonskoj centrali 94. Od trenutka javljanja Hitnoj pomoći do trenutka predaje bolesnika u dežurnu ustanovu prošlo je: od 12-60 minuta u 43 slučaja, od 61-90 minuta u 26 slučajeva i od 91-160 minuta u šest slučajeva.

**Zaključak:** Smatramo da GZHMP svojom brzinom, u najvećem broju slučajeva, može da se uklopi u savremene potreba lečenja obolelih od AMU i da obolele od AIMU preveze u nadležne ustanove u poželjnom vremenu.



# ZNAČAJ KOMPJUTERIZOVANE TOMOGRAFIJE U URGENTNOJ DIJAGNOSTICI I PRAĆENJU STANJA BOLESTI PACIJENATA SA AKUTNO NASALIM CEREBROVASKULARNIM INSULTOM U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE

Irena Ignjatović<sup>1</sup>, Milan Stojković<sup>1</sup>, Miodrag Janković<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Služba urgentne medicine, Zdravstveni centar, Leskovac

<sup>2</sup>Služba radiološke dijagnostike - Zdravstveni centar, Leskovac

**Uvod:** Akutni moždani udar se definiše kao nagli razvoj fokalnog neurološkog deficita. Može biti: 1) ishemijski - koji je prouzrokovan trombotičnom ili emboličkom okluzijom; i 2) hemoragijski - koji nastaje rupturom arterije sa izlivom krvi u moždani parenhim ili subarahnoidalni prostor. Terapijska procedura akutno nastalog CVI zahteva urgentno medicinski pristup, urgentnu dijagnostiku i multidisciplinarni rad lekara koji učestvuju u lečenju. CT kao dijagnostička metoda, danas zauzima najznačajnije mesto u postavljanju urgentne dijagnoze bolesti mozga, daje mogućnost otkrivanja uzroka, postavljanja brze dijagnoze akutno nastalog stanja i pruža realnu sliku oštećenja mozga.

**Cilj rada** je da pokaže značaj urgentnog CT nalaza u dijagnostici i praćenju toka bolesti kod pacijenata sa AMU i da se

izvrši analiza urgentno urađenih CT nalaza pacijenata SUM.

**Metodologija:** Analizirani su podaci protokola SUM i protokola Službe radiologije bolnice Leskovac u periodu 2004. (nije bilo mogućnosti CT u našoj ustanovi pa su pacijenti upućivani u Niš i 2005. godine (početak rada kabineta za CT dijagnostiku i mogućnost urgentnog skenera).

**Rezultati rada:** U toku 2005. godine urađeno je 319 urgentnih CT za pacijente iz SUM, 283 je bilo CT endokranijuma a 36 CT kičmenog stuba. Ovaj broj CT je urađen u prva dva sata nakon prijema pacijenta. Kod 179 pacijenata urađen je CT u periodu posle dva sata od prijema i primenjivanja urgentno medicinskih mera lečenja radi stabilizacije vitalnih parametara. Ishemijski poremećaji mozga zabeleženi su kod 347 bolesnika, a hemoragija je dijagnostikovana kod 142 bolesnika. Na osnovu

kliničkog nalaza i konsultativnih pregleda 56 bolesnika u toku 2005. godine je na dalje lečenje urgentno transportovano u Neurohiruršku kliniku Niš, a 16 u Kliniku za neurologiju Niš, a ostali pacijenti su dalje lečeni na odeljenju neurologije bolnice Leskovac. U toku 2004. godine broj transportovanih pacijenata je bio znatno veći 294 (jer nije postojala mogućnost CT u našoj ustanovi). Poboljšanju kvaliteta i brzine dijagnostikovanja akutno nastalih stanja poremećaja svesti doprinela je i mogućnost da se u našoj ustanovi primenjuje CT dijagnostika. U martu 2005. godine u Službi za radiološku

dijagnostiku počeo je sa radom kabinet za CT, koristi se spiralni skener aparat marke Simens "**SMILE**".

**Zaključak:** Po protokolu urgentno-medicinskog zbrinjavanja naše bolnice postoji mogućnost urgentne CT dijagnostike u toku celog dana, pa je to doprinelo bržem pronalaženju uzroka komatoznog stanja i primeni adekvatnih mera lečenja, kao i znatnom smanjenju upućivanja pacijenata u ustanovu višeg nivoa radi CT dijagnostikovanja.

## UČESTALOST NEUROLOŠKIH PACIJENATA U ŠESTOMESEČNOM PERIODU U ZZHMP U NIŠU – UPOREDNA ANALIZA SA PODACIMA KLINIKE ZA NEUROLOGIJU

Gorica Radomirović, Ljubiša Radomirović, Radica Krstić

Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Niš

**Uvod:** Cerebrovaskularne bolesti predstavljaju značajan zdravstveni problem, ne samo zbog učestalosti i smrtnosti, već i zbog invaliditeta koje izazivaju.

**Cilj rada** je da prikaže učestalost neuroloških oboljenja u šestomesečnom periodu u ZZHMP u Nišu uz analizu uputnih i otpusnih dijagnoza pacijenata sa Neurološke klinike.

**Metodologija:** Analiziran je protokol Zavoda za hitnu medicinsku pomoć u Nišu, i kompjuterska baza podataka prijemne ambulante Klinike za neurologiju u Nišu, u vremenskom periodu od avgusta 2005 do februara 2006. Predmet istraživanja bili su svi pacijenti kod kojih je prehospitalno (na osnovu anamneze i kliničkog pregleda) postavljena dijagnoza nekog neurološkog oboljenja. Analizirani su pacijenti po polu, godinama starosti, redu hitnosti na prijemu poziva. Takođe je rađena analiza uputnih i otpusnih dijagnoza stacioniranih pacijenta.

**Rezultati:** U navedenom periodu bilo je ukupno 19.722 intervencija na terenu. Na prijemu poziva postavljane su sledeće dijagnoze: kriza - svesti - prvi red hitnosti 49%, drugi red hitnosti 31%, treći 20%, CVI – prvi red hitnosti 17,3%, drugi 43,6 %, treći 38,9 %, vertigo – prvi red 5,2 %, drugi 28%, treći 66,6 %, cephalgija – prvi red 5,17 %, drugi 37,9%, treći 56,8 %, epilepsio– prvi red 50,6 %, drugi 35,4%, treći 13,9%. Na terenu kod 949 pacijenata (4,81 %) postavljena je dijagnoza nekog neurološkog oboljenja. Kod 137 pacijenata ostavljen je uput za kontrolni specijalistički pregled, a 812 pacijenata je voženo sa ekipom na Kliniku. Hospitalizovano je 232 (24,4%) pacijenta. Uputne dijagnoze bile su: CVI ili reinsult cerebri 290 (35,7%) (130 mušaraca i 160 žena), kriza svesti 107 (13,1%)(54 m.i 53 ž), epilepsija 86 (10,05%) (60 m. i 26 ž), vertigo 85 (10,4%) (35 m i 50 ž), TIA 73 (8,9%) (26m i 47 ž), cephalalgia 55 (6,7%)(22 m i 33 ž), status post CVI 44 (5,4%) (22 m. i 22 ž),

haemorrhagia cerebri 19 (2,36%) (12 m. i 7 ž.), i ostale dijagnoze (MS, Sy psychoorg., parcinsonismus, somnolentio) 55 (6,7 %). Po starosti najveći broj pacijenata, (229) 28,2% bio je u grupi od 70 do 80 godina, pacijenta preko 80 god 202 (24,8%), pacijenata od 60 do 70god. 137 (16,8%), pacijenata od 50 do 60 god. 110 (13,5%), pacijenata od 40 do 50 god 37 (4,5%), pacijenata od 20 do 30 god 40 (4,9%) i 10 (0,6%) ispod 20 godina. Analizom otpusnih dijagnoza sa Neurološke klinike u Nišu dobijeni su sledeći rezultati: infarctus cerebri 116 (50%), haemorrhagia cerebri 24 (10,34%), SAH 6 (2,58%), TIA 31 (13,36%), apoplexia 19 (8,18 %), epilepsia 13 (5,6%), sequelae infarctus cerebri 7 (3 %),

ostale dijagnoze (syncopa 1, afflictus 3, dementio 2, AV malfor. 4, Neopl. 1, MG 1, ak. napito stanje 1, status post CPR 1, sy post commotiam cerebri 2) ukupno 16 (6,8 %). Od 19 pacijenata sa uputnom dijagnozom haemorrhagia cerebri, u 8 slučajeva dijagnoza je potvrđena i na otpustu.

**Zaključak:** Na osnovu dobijenih rezultata vidi se da je svega 24% pacijenata hospitalizovano. Ostali pacijenti su upu- eni na kućno lečenje. Razlog za ovako mali broj hospitalizovanih je da Klinika za neurologiju raspolaže manjim brojem bolesničkih postelja u odnosu na broj pacijenata. Uputna dijagnoza cerebralne hemoragije je u visokom procentu (42%) potvrđena i na otpustu pacijenata.

## CEREBROVASKULARNI INSULT, DEMOGRAFSKI KARAKTER I PREHOSPITALNI TRETMAN U SHMP DESPOTOVAC

Đurđica Lalić, Sandra Dimitrijević, Danijela.Matić - SHMP Despotovac

**Uvod:** Cerebrovaskularni insult (CVI) je naglo nastala, nekonvulziona epizoda fokalnog neurološkog deficita uzrokovana ishemijom ili hemoragijom krvnih sudova u određenom regionu mozga. CVI je treći vodeći uzrok smrtnosti i jedan od najčešćih uzroka neurološkog invaliditeta u svetu. Ishemijski CVI čini 70% svih moždanih udara. Njegova incidencija je 150-250 na 100.000 stanovnika. Ishemijski moždani udar (IMU) može nastati usled okluzije krvnog suda na samom mestu formiranja tromba, hemodinamski zbog smanjene perfuzije ili usled okluzije intravaskularnim materijalom koji potiče sa drugih lokalizacija (embolizacija). Kliničke manifestacije IMU zavise od etiopatogenetskog mehanizma, vremena trajanja i zahvaćene vaskularne regije. U odnosu na vreme trajanja i održavanja neurološkog deficita razlikuje se: 1. tranzitorni ishemični atak; 2. reverzibilni ishemični neurološki deficit; 3. moždani udar u progresiji; i kompletan ili stabilan moždani udar.

**Cilj rada** jeste prikazati kroz petnaestomesečni period (01.01.2005.-31.03.2006.) demografsko – epidemiološki karakter i prehospitalni tretman cerebrovaskularnog insulta u SHMP Despotovac.

**Metodologija:** Na osnovu prikupljenih podataka iz protokola SHMP u datom periodu, istražena su 39 slučaja moždanog insulta.

**Rezultat rada:** Naši rezultati pokazuju da se moždani udar najčešće javljao kod osoba starijih od 70 godina (74,35%) i osoba muškog pola (51,28%). U periodu od 01.01.2005.-31.12.2005. uočili smo da se CVI najčešće javlja u zimskim mesecima (januar, februar, mart) u procentu 51,85% u odnosu na sve ostale mesece u 2005. godini. U prehospitalnoj terapiji primenjivani su urgentni medicinski transport na viši nivo (Neurološko odeljenje ZC Čuprija), oksigenoterapija, lekovi (antihipertenzivi, diuretici) i intravenska infuzija (rastvori elektrolita).

## PREHOSPITALNI TRETMAN INTRAKRANIJALNE HEMORAGIJE - prikaz pacijenta

Radica Krstić, Gorica Radomirović, Ljubiša Radomirović, Ivana Ilić  
Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Niš

**Uvod:** Intrakranijalna hemoragija (subarahnoidalna, intracerebralna, intraventricularna, mešovita), je bolest visokog mortaliteta. Najčešći uzrok subarahnoidalne hemoragije je ruptura aneurizme, koja je, na žalost, najčešće njena prva klinička manifestacija.

**Cilj rada** je da prikazom slučaja, ukaže na ulogu i značaj lekara hitne medicinske pomoći u urgentnom prehospitalnom zbrinjavanju obolelih od intrakranijalnih hemoragija.

**Materijal i metode:** U radu je analiziran protokol terenskih intervencija, lekarski poziv br.291, kao i istorija bolesti i otpusna lista Neurohirurške klinike 87 /2005.

**Prikaz slučaja:** Presentovana je pacijentkinja R. D. stara 58 godina, iz Niša (broj terenskog protokola 2911), koja je 23.01. 2005 god .u 12 čas. i 50 min. primljena kao drugi red hitnosti, zbog povišenog krvnog pritiska, jake glavobolje i nagona na povraćanje. Ekipa Hitne medicinske pomoći iz podstanice

„Sever“ je na licu mesta bila u 13 časova. Na pregledu je pacijentkinja svesna, agitirana. Žali se na izuzetno jaku glavobolju, naglo nastalu, ima nagon na povraćanje.

Pri pregledu: zenice jednake kružne, reaguju na svetlost i akomodaciju, lako prikočen vrat, bez neurološkog deficita. Arterijska tenzija je bila 270/ 130mmHg, a elektrokardiogram bez patoloških promena. Zbog prepoznavanja intracerebralne hemoragije i sumnje na rupturu intrakranijalne aneurizme, pristupa se snižavanju pritiska (data je tabl. Zorkaptila od 25 mg i jedna ampula Lasixa intravenozno. Ordinirana je antiedematozna terapija (sol. Manitol 10% 500 ml, uključen kiseonik 4 l/ min. Glava je elevirana za 30°. Bolesnik je transportovan do Neurološke klinike, produbljuje se stanje svesti do kome. Nastavljena je terapija, 2 amp. Deksa-zona i 1 amp. Lasixa. Došlo je do pada tenzije na 170/100 mmHg. Pacijentkinja je somnolentna, uspostavlja se verbalni

kontakt, javlja se ukočenost vrata i umerena levostrana hemipareza. Na CT-u je nađen veliki intracerebralni hematom temporalne regije desno, sa prodorom u subarahnoidalni prostor. Zbog operativnog lečenja, prevedena je na Neurohiruršku kliniku, gde je PAN angiografija ukazala na postojanje aneurizme na arteriji cerebri mediji l. dex., pa je hitno preduzeto operativno lečenje.

**Zaključak:** Kako je intrakranijalna hemoragija urgentno neurološko

oboljenje, prepoznavanje simptoma, promptna terapija i brz i kvalitetan transport pacijenta do klinike mora biti imperativ lekara hitne pomoći u prehospitalnom zbrinjavanju intrakranijalnih hemoragija.

## INTRACEREBRALNA HEMORAGIJA – PRIKAZ SLUČAJA

Gorica Radomirović, Ljubiša Radomirović - Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Niš

**Uvod:** Intracerebralna hemoragija (IKH) je nagla ekstrapazacija krvi usled: ruptu-re patološki promenjenog krvnog suda, erozije normalnog krvnog suda, krvnih oboljenja, poremećaja koagulacije zbog produžene antikoagulantne terapije. Krvarenje u moždanom tkivu je najčešće posledica arterijske hipertenzije, udružene sa cerebralnom aterosklerozaom.

**Cilj rada** je da prikazom pacijenta ukaže na značaj lekara HP u prepoznavanju simptoma, i prehospitalnom tretmanu pacijenata obolelih od IKH.

**Materijal:** U radu je prikazana analiza: protokola terenskih intervencija Zavoda za HMP, lekarskog poziva br. 36742, i otpusne liste Klinike za neurologiju br. 2475-2006.

**Prikaz bolesnika:** U radu je prikazan pacijent D.M. star 64 god. iz Niša. Poziv za intervenciju je primljen 26.12.2005, kao drugi red hitnosti, što znači da je procenjeno da postoji moguća životna ugroženost pacijenta. U pozivu supruga navodi da je bled, oznojen, i da se čudno ponaša. Pri pregledu dobijaju se podaci

da boluje od hepatitisa C. Pacijent je konfuzan, dezorjentisan u vremenu, sa nagonom na povraćanje. TA 180/110 mmHg, EKG nalaz pokazuje depresiju ST segmenta u D<sub>2</sub> i D<sub>3</sub> odvodima, uz povremene VES. Neurološki se evidentira devijacija glave i pogleda u levo, lakša levostrana hemipareza, i diskretno podrhtavanje mišića leve polovine lica i leve šake. Vrat slobodan, meningealni znaci negativni. Pacijentu je postavljena intravenska kanila, i uključena anti-edematozna terapija (Sol. Manitoli 10% 500 ml). Ordinirano je 5 l. O<sub>2</sub> i uz elevaciju glave od 30° transportovan do Neurološke klinike. U prijemnoj ambulanti evidentiran je parcijalni epi napad, kupiran amp. Diazepamom. Urađen je CT mozga, gde je viđena desno temporalno, sveža hemoragija 23 mm x 10 mm, uglavnom kortikalno. Posle 11 dana hospitalnog lečenja otpušten je sa lakšom levom hemiparezom.

**Zaključak:** IKH je urgentno neurološko oboljenje. Prehospitalno zbrinjavanje ovakvog urgentnog stanja je adekvatno moguće, ako je lekar HP specijalista urgentne medicine.



## PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE AMU U SLUŽBI HMP BARAJEVO

Goran Nikolić, Vesna Radisavljević - Dom zdravlja "Dr Milorad Vlajković" Barajevo

**Uvod:** Akutni moždani udar (AMU) čija su incidenca i mortalitet u Srbiji visoki kao i sledstveni stepen invaliditeta koji ostaje kao posledica predstavljaju izazov za celu zdravstvenu službu. Posebno za službe hitne pomoći koje su obično prve kojima se bolesnik ili njegova porodica obrate za pomoć. Ovo se naročito odnosi na pacijente sa ishemijskim moždanim udarom gde su ključni faktori rano prepoznavanje nastalog šloga, brz transport do odgovarajuće zdravstvene ustanove i rani tretman unutar "terapijskog prozora" (tri sata od pojave prvih simptoma).

**Cilj rada:** je analiza karakteristika cerebrovaskularnih oboljenja i načina prehospitalnog zbrinjavanja ovih pacijenata tokom 2006 godine.

**Metodologija:** Urađena studija preseka prikazuje sve pacijente sa AMU čiji su pregledi zavedeni u knjigama ambulantnog i terenskog protokola SHP u 2006.

**Rezultati:** Tokom navedenog perioda zabeleženo je ukupno 98 pacijenata od čega 75% čine osobe starije od 65 godina života. Duplo veći broj pacijenata je zabeležen u dnevnoj smeni. Svaki šesti

pacijent je bio bez svesti (16,3%). Vrednosti krvnog pritiska u trenutku prvog pregleda su bile povišene u 75% pacijenata, a svaki treći pacijent sa hipertenzijom je imao teški stadijum hipertenzije prema ESH/ESC klasifikaciji. Primenjeno je 14 različitih lekova (ampule lasiksa, redergina, aminofilina, klometola, deksazona, dilakora, bensedina, kiseonik, 20% rastvor manitola, fiz. rastvor, 5% glukoza, tablete enalapрила ili katopila, nitroglicerina lingvate). Kod 68% je kao dijagnoza upisan cerebrovaskularni insult. Kao faktori rizika su prema oskudnim podacima navedeni hipertenzija, apsolutna aritmija, dijabetes, a kod dva pacijenta su bile prisutne meta promene u mozgu karcinoma drugih primarnih lokalizacija. Šest osoba su imale i ranije epizode CVI.

**Zaključak** – Najveći broj pacijenata je u okviru "zlatnog sata" od prijema poziva od strane hitne pomoći bio transportovan do specijalne bolnice za CVO "Sveti Sava" u Beogradu. Za preostalih 11.2% pacijenata je bilo potrebno do dva sata.

## DIJAGNOSTIČKI PROTOKOL U CEREBROVASKULARNOM INSULTU – KOLIKO GA SE PRIDRŽAVAMO?

Ivana Ilić, Radica Krstić - Zavod za hitnu medicinsku pomoć Niš

**Uvod:** Do pre par godina CVI je posmatran kao beznadežno oboljenje, bez mogućnosti za adekvatno preventivno i terapijsko delovanje. Takvo shvatanje otežavalo je brzo započinjanje terapije i adekvatno prehospitalno zbrinjavanje ovih pacijenta, kao i nastavak terapije u hospitalnim uslovima. NINDS studija, objavljena 1995. god, pokazala je značajnu korist za ove pacijente od primenjenog fibrinolitika u prva tri sata od nastanka moždanog udara. Retrospektivna studija terenskog protokola ZHMP Niš za period 1.1.2005 do 1.6.2005. god pokazala je da je prosečno vreme od prijema poziva do prijema pacijenta sa AMU na klinici bilo 1h 39 min, odnosno da možemo u zadovoljavajućem vremenskom periodu da hospitalizujemo pacijenta. Želimo da istovremeno diferencijalno dijagnostički isključimo sva druga stanja koja mogu dovesti do neurološkog ispada. Zato je od juna 2005. god počeo da se primenjuje protokol za brzu trijažu bolesnika sa suspektnim

moždanim udarom. Sve terenske ekipe su opremljene potrebnom opremom.

**Cilj rada** je da pokaže da li se u ZHMP Niš u dovoljnoj meri pridržavamo preporučenog protokola u dijagnozi CVI. Protokol podrazumeva: opšti internistički i orijentacioni neurološki pregled, registrovanje EKG-a, kontrolu glikemije, merenje TT.

**Materijal i metode:** retrospektivna analiza terenskog protokola ZHMP Niš u periodu od 21.6.2005 god do 31.12.2005.god. Predmet istraživanja bili su pacijenti kod kojih je postavljena radna dijagnoza novonastalog moždanog udara.

**Rezultati:** U periodu od 21.6.2005 god do 31.12.2005god 100 pacijenata je u pratnji lekarske ekipe transportovano do Neurološke klinike KC Niš. U razmatranje su uzeti samo pacijenti sa radnom dijagnozom: CVI, TIA. U 97% urađen je opšti internistički pregled sa kontrolom TA. Orijetacioni neurološki pregled urađen je u 73% ispitanika, kontrola glikemije kod 23%, EKG kod 24%, a

merenje TT samo kod 2% pacijenata. I EKG i ŠUK urađeni su kod 12% pacijenata.

**Zaključak:** rezultati pokazuju da se preporučeni protokol u dijagnozi CVI ne poštuje u dovoljnoj meri. Očigledno još nismo svesni značaja standardizacije u dijagnostici. Za pacijente sa CVI,

imperativ nije samo brz transport, već i brza dijagnostika, u kojoj hitna pomoć ima svoju ulogu. Na taj način smanjuemo vremenski period do primene fibrinolitičke terapije i time direktno utičemo na kvalitet života ovih pacijenata.

## ZNAČAJ AKUTNOG MOŽDANOG UDARA U SLUŽBI HITNE MEDICINSKE POMOĆI ALEKSINAC

Ivica Đokić<sup>1</sup>, Zvezdana Antić<sup>1</sup>, Zoran Antić<sup>1</sup>, Vjerslava Slavić<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zdravstveni Centar Aleksinac <sup>2</sup>Institut "Simo Milošević", Igalo

**Uvod:** Savremena saznanja o potencijalnoj reverzibilnosti ishemičnog neurološkog oštećenja dovela su do rekonceptualizacije tretmana ove bolesti i izjednačavanja prehospitalnog tretmana pacijenata sa moždanim udarom, infarktom miokarda i traumom. Zvanični podaci u Srbiji ukazuju da je AMU vodeći uzrok smrti sa 18.18%. Obzirom na to, da je zadnjih godina zapažen stalni porast broja obolelih od ove bolesti, nas je interesovala zastupljenost AMU u našoj službi.

**Cilj rada:** Utvrditi moguću godišnju značajnu razliku u zastupljenosti AMU u službi HMP Aleksinac.

**Metodologija:** Analizirano je 2073 bolesnika lečenih u službi HMP Aleksinac kalendarske 2004 i 2005 godine, među kojima su 220 imali AMU. Bolesnici su u odnosu na pol podeljeni u dve grupe, pri čemu je ispitivana učestanost AMU i postojanje eventualne razlike u zastupljenosti ove bolesti u 2004 god. i 2005. god. Ispitanici su bili

pregledani klinički i neurološki. Rezultati su obrađeni statističkim programom za Windows, verzija 10.0 (Statistical Package for Social Science-SPSS Inc., IL, USA)

**Rezultati:** U službi HMP Aleksinac, 2004 god, u odnosu na ukupan broj urgentno zbrinutih bolesnika je bilo 92 ispitanika sa AMU, (4.5%), a u 2005 god., 128 (6,2%). Analizom je utvrđeno da je postajala godišnja značajna razlika u učestanosti AMU u HMP Aleksinac ( $p < 0.05$ ). Takođe je konstatovano da su i u 2004 i 2005 god. značajno češće od AMU urgentno zbrinjavane osobe ženskog pola ( $p < 0.01$ ). 2004 god. bilo je 63% osoba ženskog pola sa AMU i 47% muškog pola, dok je 2005. god. urgentno od AMU zbrinuto 58% osoba ženskog i 42% muškog pola.

**Zaključak:** Porast jednogodišnje incidence obolelih od AMU ukazuje na opravdanost izjednačavanja prehospitalnog tretmana bolesnika sa moždanim udarom, infarktom miokarda i traumom.

## MOŽDANI UDAR: DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA, URGENTNE DIJAGNOSTIKA I TRETMAN U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE

Saša Jovanović, Slavica Dragutinović - ZC Čačak

**Uvod:** Bolesti moždane cirkulacije su treći uzrok smrtnosti u zemljama savremene civilizacije. Incidenca moždanog udara se kreće do 200 obolelih na 100.000 stanovnika. Od ne manjeg značaja je i velika stopa invaliditeta kod pacijenata koji su pretrpeli moždani udar.

**Cilj rada:** je prikaz zbrinjavanja pacijenata sa AMU na ranom prehospitalnom nivou tj. službi urgentne medicine.

**Metodologija:** Prospektivno je praćeno medicinsko zbrinjavanje pacijenata sa AMU u Urgentno-prijemnoj službi gradske bolnice u Čačku u šestomesečnom periodu od 01.06. 2005.god.-01.12.2005.god. kao i primena dijagnostičko-terapijskog protokola iste službe.

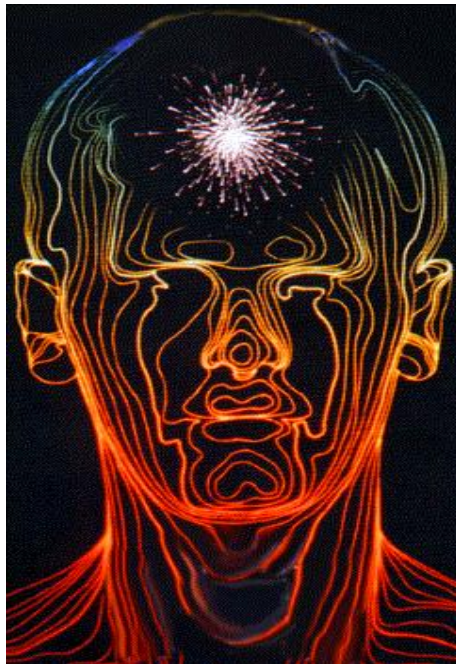
**Rezultati rada:** U navedenom periodu u urgentnoj službi ukupno je lećeno 9.445 pacijenata, od čega 46 ili 0,48% zbog

nekog od oblika moždanog udara. Od ovog broja (46), 35-oro ili 76,08% je imalo ishemijski oblik, a 11-oro (23,91%) hemoragijski oblik. Sa komplikacijama moždanog udara u vidu konvulzivnih napada, dubokih venskih tromboza, dekubita i sl. javilo se 11 pacijenata, ali oni nisu uzeti u razmatranje akutnih oblika moždanih udara.

**Zaključak:** Iz priloženog se vidi mala brojnost AMU tretiranih u urgentnoj službi, ali mora se imati u vidu da u nju nisu stizali svi pacijenti ove patologije sa pripadajućeg područja, već su direktno voženi na neurološko odeljenje bolnice. U službu urgentne medicine su dovoženi teži životno ugroženi bolesnici (intracerebralna krvarenja i SAH) sa kompromitovanim disanjem, poremećajem svesti do nivoa kome i/ili drugim stanjima koja uvode pacijenta u hemodinamsku nestabilnost.

**TEMA:**

# **POREMEĆAJI SVESTI I KOMA**



(izvor: NINDS Stroke Symposium "Improving the Chain of Recovery for Acute Stroke in Your Community" December 10-11, 2002 Arlington, VA)

## KOMA KAO PREHOSPITALNI PROBLEM

Draginja Manić, Maja Knezević, Jelena Moskovljević

Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Niš

**Uvod:** Koma je veoma ozbiljan poremećaj i može biti proizvod raznih patoloških stanja od kojih zavisi i sama prognoza kao i životna ugroženost pacijenata. Zbog toga pristup lekara komatoznom bolesniku mora da bude krajnje stručan i savestan.

**Cilj rada:** Upoređenje učestalosti koma nastalih kao posledica neuroloških oboljenja u odnosu na ukupan broj koma kod pacijenata sagledanih u ZZHMP Niš u periodu od maja 2005. do februara 2006. godine.

**Metodologija:** Uporednom studijom sagledano je 25.000 pacijenata pregledanih u ZZHMP u datom periodu, od kojih je kod 101 pacijenta (0.4%) postavljena dijagnoza kome. U studiju su uključeni pacijenti pregledani na terenu. Dijagnoze su postavljene na osnovu heteroana-mneze, lekarskog pregleda i korelacije sa kliničkim nalazom.

**Rezultati:** Od 101 pacijenta sa postavljenom dijagnozom "Coma" kod 23.8% pacijenta uzrok je bio neurološkog porekla, a u 76.2% slučajeva kome su bile drugog porekla. Najčešći uzroci

koma drugog porekla bili su intoksikacije (23.1%) i hipoglikemije (17.3). Uzroci neuroloških koma bili su: ishemije CNS-a 50%, intrakranijalne hemoragije 29.2%, subarahnoidalna krvarenja 4.2%, kome nastale kao posledica traumatskih povreda glave 16.7%. Muškog pola je bilo 66.7% pacijenata, a ženskog 33.3%. 8.33% pacijenata je bilo preko 80 godina starosti, 58.3% između 71-80 godina, 8.33% između 61-70 godina, 4.17% između 51-60 godina, nije bilo pacijenata između 41-50 godina, čak 20.83% ispod 40 godina starosti. Najčešće su se javljale u junu 29.2%, a nisu zabeležene pojave neuroloških koma u maju, septembru, januaru i februaru.

**Zaključak:** Kod pacijenata sagledanih u ZZHMP veći je bio broj pacijenata sa komama ne neurološkog porekla. Najčešći razlog koma neurološkog porekla bila je ishemija CNS-a. Češće su bili pogođeni muškarci između 71-80 godine starosti.

## KOMA NEJASNOG UZROKA KAO DIJAGNOSTIČKI PROBLEM - PRIKAZ SLUČAJA

Nedeljka Puranović, Gordana Kojić, Konstantin Kaščak, Biljana Ilić\*

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd\* Dom zdravlja Varvarin

**Uvod:** Koma, najteži kvantitativni poremećaj svesti, je posledica teškog poremećaja funkcije vitalnih organa (CNS, srce, pluća, bubrezi, endokrini poremećaji) izazvanih različitim noksama kao što su traume, trovanja, infekcije, poremećaji cirkulacije, metabolizma, krvarenje u mozgu, tumori, hipo/-hipertermija i dr. Diferencijalna dijagnoza u uslovima prehospitalne medicine je teška posebno u prvim satima, komama nastalim na javnim mestima i bez prisustva poznanika.

**Cilj rada:** je da ukaže na zablude proistekle prihvatanjem heteroanamnestičkih podataka koje su navele lekara na transport u neodgovarajuću zdravstvenu ustanovu i produžili vreme do postavljanja prave dijagnoze.

**Prikaz slučaja:** Dispečerskom centru GZZHMP upućen je hitan poziv iz kafića zbog pacijenta bez svesti. Po dolasku, ekipa HP zatiče četrdeseto-godišnjeg pacijenta bez svesti i reakcije čak i na najjače bolne draži (štibanje i uvrtnje

bradavice dojki, jak pritisak na stiloidni nastavak i iza mastoidne kosti). Stepenn dubine kome utvrđen je skorom 3 po Glazgov koma skali (GCS). Neurološkim pregledom se konstatuju ugašeni mišićni refleksi i troma reakcija zenica na svetlost. Refleks gutanja je ugašen, ali su očuvane vitalne funkcije: disanje i krvotok. Izmerena je TA=220/110 mm Hg i srčana frekvencija 76/min. Na EKG-u: sinus ritam bez akutnih ST-T promena. Pacijent je intubiran, spontano diše na tubu, otvorena je venska linija i pošto se heteroanamnestički dobija podatak (a i na stolu je zatečena prazna flaša) da je popio skoro 1l rakije, započet je transport na toksikološko odeljenje VMA. U toku transporta ponovljenom inspekcijom, nije utvrđen alkoholni halitus, a primećena je crvena boja lice te se posumnja na hipoglikemiju. Uključena je i.v. infuzija 5% glukoze a'500 ml sa amp.Lasixa.

Nakon 2h usledio je transportni poziv da se isti pacijent sa toksikologije prevede



na neurohirurgiju UC. U međuvremenu urađena je laboratorijska dijagnostika kojom su isključeni akutno napito stanje i metabolički poremećaji. Neurološki, dolazi do ispoljavanja anizokorije, te je indikovi CT potvrdio sumnju na intracerebralnu hemoragiju.

**Zaključak:** Kašnjenje u dijagnozi znatno smanjuje izgled bolesnika za preživljenje, te bolesnika s poremećajem

svesti do nivoa kome, treba uputiti u bolnicu, a pre prevoza treba osigurati i osloboditi disajni put i prikladno rehidrirati. Još jedna potvrda da pravilo pravi pacijent, u pravo vreme, na pravom mestu, povećava šanse za preživljenje pacijenata.

## PREHOSPITALNI TRETMAN ALKOHOLNIH KOMA U GRADSKOM ZAVODU ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Sonja Stojanović, Mirjana Isailović, Tanja Ratković  
Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd

**Uvod:** U savremenom svetu akutna trovanja su u značajnom porastu, a akutna trovanja alkoholom su u našoj zemlji na drugom mestu po učestalosti. Razlog ovome je mnogostruk. Alkohol je u nas jeftin, lako dostupan i manje- više društveno prihvatljiv anksiolitik. Često uzimanje alkohola u relativno visokim dozama stvara zavisnost i toleranciju. Iz ovih karakteristika proizilazi i poseban zdravstveni, socijalni i ekonomski značaj akutnog trovanja alkoholom.

**Cilj rada** je prikaz prehospitalnog tretmana alkoholnih koma kao najteže forme akutnog trovanja alkoholom.

**Metodologija rada:** Korištena metodologija je retrospektivna analiza naloga za hitne lekarske intervencije Gradskog zavoda za hitnu medicinsku pomoć.

**Rezultati rada:** Posmatran je tromesečni period od 1.1. do 31. 3. 2006. godine. U posmatranom periodu ukupan broj

alkoholnih koma je bio 71 što je oko 7% ukupno realizovanih lekarskih poziva koji su se odnosili na kome različite etiologije. Analizom prehospitalnog zbrinjavanja pacijenata akutno otrovanih alkoholom uočeno je da je najznačajniji problem diferencijalna dijagnostika, naročito u odnosu na traumu glave, a samim tim i problem hospitalizacije.

**Zaključak:** U zaključku ističemo da su akutna trovanja alkoholom česta u radu ekipa Gradskog zavoda za hitnu medicinsku pomoć, a definitivno zbrinjavanje ovih pacijenata, uključujući i alkoholne kome, veliki problem. Formiranjem dugonajavljivane službe za zbrinjavanje akutnog trovanja alkoholom značajno bi bio pojednostavljen tretman ovih pacijenata, izbegnute mnoge stručne greške, a pacijenti bi dobili najefikasniju pomoć.

## ETIOLOGIJA KOME U GZZHMP BEOGRAD

Sandra Kitanović, Snežana Bogunović, Biljana Ćirić, Dušanka Gojgić

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Koma je stanje sa Glazgov koma skalom ispod 8 tj.7.

**Cilj rada:** je da utvrdimo koliko je takvih stanja u radu GZZHMP i da li je moguće raščlaniti ih prema uzroku.

**Materijal i metodi:** Na sistematskom uzorku meseca januara 2001 god. od 7.853 poziva pronašli smo 58 dijagnoza sa šifrom R40. Ispitivana grupa sastoji se od 31 muških, 24 ženskih ispitanika a za 4 nije upisan pol. Starost ispitivane grupe je 5-92 godine sa tim da za 9 bolesnika starost nije upisana,

**Rezultati rada:** dijagnoze kome smo pronašli ili same u 14 slučajeva, ili udružene sa drugim dijagnozama u ostalim slučajevima. Kome su bile udružene sa: I61-I64 u 10 slučajeva, povredama glave u 9 slučajeva, neoplazmama u 6 slučajeva, dijabetes melitusom u tri slučaja, akutnim alkoholisanim stanjem u tri slučaja,

šifrom F19 (upotreba više psihoaktivnih supstanci i droga) u tri slučaja, T34-T36-T50 (razna trovanja) u dva slučaja, T42-T43 (intoksikacija psihotropnim lekovima) u jednom slučaju, rashlađenjem u jednom slučaju, epilepsijom u jednom slučaju, melenom u jednom slučaju itd. Poremećaje disanja imalo je 13 bolesnika. Pritisak 0/0 je imalo 4 bolesnika a manje od 100 mm Hg, pet bolesnika. TA više od 180/100 mmHg pa do 220/120 mmHg je imalo 6 bolesnika. Nekakva terapija je data u 20 slučajeva. Voženo je u druge ustanove 45 bolesnika.

**Zaključak:** Naše istraživanje pokazuje da su na licu mesta najčešći naizgled jasni uzroci kome šlogovi, i trovanja, kao i fizičke povrede glave. Samu dijagnozu kome, dakle na terenu naizgled nejasno stanje je nađeno u 24% slučajeva.

**POREMEĆAJI CENTRALNOG NERVNOG SISTEMA  
KOD AKUTNO TROVANIH PACIJENATA SLUŽBE URGENTNE MEDICINE BOLNICE  
LESKOVAC**

Irena Ignjatović, Milan Stojković  
Zdravstveni centar, Leskovac

**Uvod:** Zbrinjavanje trovanih pacijenata započinje pri prvom susretu sa lekarom na licu mesta, i u zdravstvenoj ustanovi gde postoji mogućnost duže opservacije i lečenja stanja akutnog trovanja. Svi akutno trovani pacijenti sa područja Jablaničkog okruga medicinski se zbrinjavaju u Službi urgentne medicine (SUM) bolnice Leskovac u okviru koje je formirana toksikološka ambulanta za lečenje akutno trovanih. U zbrinjavanju akutno trovanih pacijenata učestuje tim lekara: specijalista urgentne medicine, internista, anesteziolog, hirurg, neuro-psihijatar, otorinolaringolog... Akutno trovani pacijenti zbog izraženog dejstva svih toksičnih supstanci na CNS, a i zbog osetljivosti samog CNS na različite doze toksičnih supstanci, ispoljavaju raznoliku neurološku simptomatologiju, sve do pojave komatoznog stanja kod težih trovanja. Poremećaji CNS mogu biti različitog stepena (konvulzije, hiperaktivnost, delirijum, manija, somnolenci-

ja, stupor, koma), promenljivi su i zavise od vrste, doze, i dužine trajanja izlaganja toksičnom dejstvu supstance. Lečenje trovanja osim primene specifičnih mera le-enja koje su usmerene na sam otrov (povraćanje, lavaža, aktivni ugalj, antidoti...) podrazumevaju i simptomatsko lečenje koje se zasniva na praćenju toka i simptoma bolesti uz primenu adekvatne terapije.

**Metod rada:** trogodišnja retrospektivna analiza obavljenih pregleda u Službi urgentne medicine bolnice Leskovac

**Rezultati rada:** U periodu od 2002. do 2005. godine u Službi urgentne medicine bolnice urgentno medicinski je zbrinuto i lečeno 110.638 pacijenata, od tog broja 1081 je akutno trovanih. Najveći broj su trovanja lekovima, alkoholom, pesticidima i opijatima. Analizom podataka evidentan je porast broja trovanih pacijenata sa 177 u 2002. na 338 u 2005. godini. Broj pacijenata u toksičnoj komi u periodu od 2002. do

2005. godine bio je 282. Na dalje lečenje u ustanovu višeg nivoa upućeno je 14 akutno trovanih. Zbog posledica teškog trovanja smrtni ishod nastupio je kod 17 pacijenata. Zabeležen je i porast broja trovanih opijatima kod mlađe populacija (porast broja narkomana na našem području). U SUM zbrinuto je 92 pacijenta zbog akutnog trovanja opijatima. "**Overdosis**" sa komatoznim stanjem i akutnom respiratornom insuficijencijom evidentiran je kod 54 bolesnika.

**Zaključak:** SUM ima mogućnost (ka-dar, oprema, prostor) monitoringa i lečenja akutno trovanih pacijenata do stabilizacije osnovanih životnih funkcija nakon čega se pacijent otpušta kući sa preporukom za dalje lečenje, prevodi na dalje lečenje u odgovarajuće odeljenje bolnice ili se urgentno transportuje u ustanovu višeg nivoa radi daljeg lečenja.

## KOME NA TERITORIJI KOJU POKRIVA HITNA POMOĆ Z. C. "DR LAZA K. LAZAREVIĆ" ŠABAC U PERIODU 01.01.- 31.12.2005

Dragan Čavić<sup>1</sup>, Miroslav Popović<sup>1</sup>, Slavica Nešković<sup>1</sup>, Dragutin Marković<sup>2</sup>,  
Ivan Đukić<sup>2</sup>, Milijana Popović<sup>2</sup>, Milan Martinović<sup>3</sup>, Igor Crnić<sup>4</sup>

Z.C."Dr. Laza K.Lazarević" Šabac<sup>1</sup>, ZZZZ "Vera Blagojević" Šabac<sup>2</sup>,  
Z.C."Dr. Milenko Marin" Loznica<sup>3</sup>, ZD Izola<sup>4</sup>

**Uvod:** Koma je najdublji poremećaj svesti: bolesnik ne reaguje na spoljnje draži, čak ni na draži koje inače izazivaju jak bol. U najdubljoj komi zenice ne reaguju, a mišićni refleksi mogu biti ugašeni. Sva komatozna stanja su prema etiološkim faktorima podeljena u više grupa: hemoragična, postkomo-ciona, kardiovaskularna, postkonvulzi-vna, dijabetesna, hipoglikemijska, ure-mijska, hepatična, medikamentna, alko-holna, narkotička, infektivna (meninge-alna)...

**Cilj rada:** je da se prikaže učestalost pojave koma na teritoriji koju pokriva Hitna pomoć u Šabcu, i njihovu raspodelu po polu, dobnim grupama, mesecima, vremenu javljanja u toku dana kao i najčešće vrste koma koje se javljaju.

**Materijal i metode:** Korišćeni su protokoli rada lekara u službi HP u ambulanti, protokoli za terene, i

protokoli za tuče i saobraćajne nesreće. Primenjen je deskriptivni i analitički metod.

**Rezultat i diskusija:** U posmatranom periodu lekari u HP su 32.375 pregleda, od čega su 114 (0.35%) bili komatozni bolesnici. Njih 27.286 je pregledano u ambulanti a 5.089 na terenu. Od 114 komatoznih bolesnika, 25 je pregledano u ambulanti (22% od broja komatoznih), a ostalih 89 na terenu (78%). Procenat komatoznih bolesnika od ukupnog broja pregledanih u ambulanti je približno 0,09%, a na terenu 1,74%. To znači da je verovatnoća da ćemo na terenu videti komatoznog bolesnika 20 puta veća u odnosu na ambulantu. Od 25 komatoznih u ambulanti, 16 su bili muškarci, a 9 žene, dok su na terenu od 89, njih 54 bili muškarci a 34 žene. To znači da se muškarci češće nalaze u komi ( 61,5% ) nego žene (38,5%).

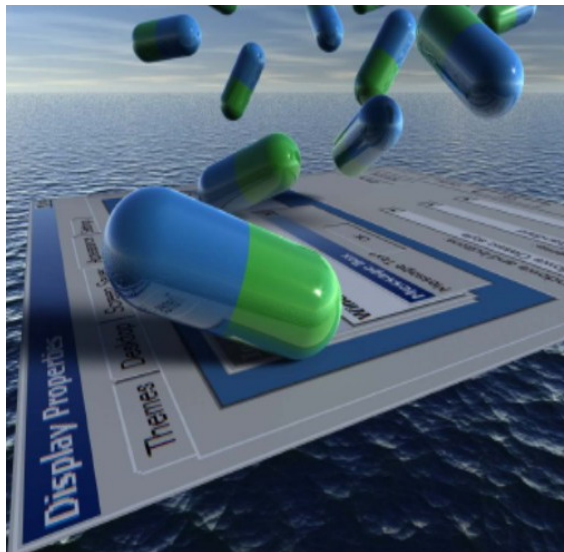
Posmatrajući kome po mesecima, vidi se da se najviše javljaju krajem proleća i početkom leta (maj-jul), a najmanje u jesen (septembar-novembar). U odnosu na doba dana, kome se javljaju prilično ravnomerno. Najčešće se javljaju kod starijih osoba, i to kod muškaraca nešto ranije. Takođe postoji i skok u dobnoj grupi od 20-29 zbog velikog broja toksikomana. Razlozi nastanka kome su mnogobrojni, a najčešći su: hemoragija, kardiovaskularni poremećaji, povrede glave, hiperglikemija, tumori i hipoglikemija.

**Zaključak:** Koma, kao stanje koje ugrožava vitalne životne funkcije organizma, zahteva od lekara brzu dijagnozu i odgovarajuću terapiju u najkraćem vremenskom intervalu. Zbog toga je poznavanje faktora koji dovode

do njenog nastanka i njihova pojedinačna učestalost u ukupnom broju koma, izuzetno značajna, kao sredstvo uz pomoć koga bi se lekar lakše orjentisao, pronašao pravi uzrok i pružio odgovarajuću terapiju. Kome su veoma širok i složen medicinski problem, i nezahvalno je donositi opšte zakonitosti, ali ukoliko bismo trebali da kažemo neke osnovne karakteristike gore navedenih koma, mogli bismo reći da se komatozni bolesnici uglavnom zatiču na terenu, da su to obično muškarci, u letnjim mesecima (maj-jul), u popodnevnim časovima, da su najčešći uzroci nastanka koma hemoragije ili kardiovaskularni poremećaji i da su to obično osobe starijeg životnog doba.

**TEMA:**

# **NEUROLOŠKE KOMPLIKACIJE AKUTNIH INTOKSIKACIJA**



Izvor: <http://www.portcityunderground.com/>



## PSS – TOKSIKOLOŠKI SKOR ZA PROCENU TEŽINE AKUTNIH TROVANJA LEKOVIMA

Gordana Babić, Veljko Todorović, Jasna Jović Stošić, Dušanka Stevović Gojgić<sup>o</sup>

Centar za kontrolu trovanja, Vojnomedicinska akademija, Beograd

<sup>o</sup>Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Toksikološki skor (Poisoning Severity Score-PSS) je standardizovana i generalno primenjiva šema za procenu težine akutnih trovanja. PSS omogućuje kvalitativnu evaluaciju morbiditeta i olakšava upoređivanje rezultata. Težinu trovanja gradira na pet nivoa: asimptomatsko (0), lako (1), srednje teško (2), teško (3) i letalno (4).

**Cilj rada** je analiza učestalosti i kliničke težine akutnih trovanja lekovima u pacijenata hospitalno lečenih u Centru za kontrolu trovanja VMA, u toku 12 meseci.

**Metodologija:** retrospektivno su analizirani bolesnici koji su u toku jedne godine hospitalizovani u Klinici za urgentnu toksikologiju VMA zbog akutnog trovanja lekovima. Klinička težina trovanja procenjena je prema PSS-u.

**Rezultati:** od 705 hospitalizovanih zbog akutnog trovanja, uzrok trovanja su u 371-og ili 52,6% bolesnika bili lekovi, a težina trovanja je prema PSS-u procenjena kao: 11 (2,96%) - PSS 0; 188 (50,67%) -

PSS 1; 104 (28,03%) - PSS 2; 54 (14,55%) - PSS 3 i 14 (3,77%) - PSS 4. U grupi PSS 0, najčešći agens trovanja su bili benzodiazepini (50%); u grupi PSS 1 - benzodiazepini, kombinacija različitih lekova pretežno psihotropnih i kardioloških lekova (BZD, antidepresivi, neuroleptici, beta blokera, kalcijum antagonisti, antiepileptici), neuroleptici i antidepresivi (60%); u grupi PSS 2 - kombinacija lekova, BZD i neuroleptici; u grupi PSS 3 - kombinacija lekova, BZD i antiepileptici; najviše trovanja sa letalnim ishodom - PSS 4 bilo je izazvano kombinacijom različitih lekova (64%).

**Zaključak:** Akutna trovanja lekovima su i dalje na prvom mestu po učestalosti. Među ovim trovanjima najčešći uzročnici su BZD, neuroleptici, antidepresivi, kardiološki lekovi i njihove kombinacije. PSS je pouzdan u proceni kliničke težine akutnih trovanja.

## TROVANJE UGLJEN MONOKSIDOM – PRIKAZ SLUČAJA

Snežana Petrović, Gordana Kojić

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

**Uvod:** Ugljen monoksid (CO) je gas bez boje, mirisa i ukusa koji nastaje nepotpunim sagorevanjem organskih materija. Svi plamenici ili uređaji za sagorevanje mogu da otpuštaju CO, te tako produkti sagorevanja prirodnog gasa i petrolejskih goriva mogu da sadrže više od 5% CO. Grejač na prirodni gas može da ispušta više od 28 l/min, što je dovoljno da u nekoliko minuta vazduh u manjoj sobi učini opasnim. CO se brzo akumulira u krvi, vezuje s hemoglobinom i stvara karboksihemoglobin koji ne može da prenosi kiseonik zbog čega nastaje anoksija tkiva. Neki slučajevi trovanja CO završavaju se letalno.

**Cilj rada** je da se prikaže slučaj ne tako čestog trovanja CO nastalog u kućnim uslovima, i ukaže na važnost prepoznavanja simptoma akutnog trovanja ovim gasom i lečenje.

**Prikaz slučaja:** 28.02.2006.god. ekipi GZZHMP u Beogradu predat je poziv za hitnu medicinsku intervenciju porodici za koju se sumnjalo da je alimentarno

intoksicirana. Po dolasku u porodičnu kuću, ekipa zatiče supružnike u razdvojenim sobama. U jednoj, suprug leži na podu, a u drugoj, supruga na krevetu, i pored njih povraćani sadržaj sa primesama stare i sveže krvi, bez mirisa. Oboje su bili ružičasto prebojene boje kože, bez halitusa, duboko somnolentni, neadekvatnog odgovora na verbalni poziv, horeoatetotičkih manifestacija. U nemogućnosti da daju adekvatne anamnestičke podatke, lekar terenske službe DZ koji ih je posetio pre našeg dolaska, ostavio je uput za Infektivnu kliniku zbog sumnje na trovanje hranom, te je sin (sa istim simptomima) pre našeg dolaska već transportovan na Infektivnu kliniku. Zbog izgleda povraćanog sadržaja i ispoljene neurološke slike, oboje su pod sumnjom na toksikološko trovanje nepoznatog uzroka, u hemodinamski stabilnom stanju, transportovani na Kliniku za toksikologiju VMA. Terapijski primenjen je 100% kiseonik na masku i infuzija fiziološkog rastvora. Povratna informacija je glasila

da se radilo o toksiko-loškim analizama dokazanom trovanju CO. Naknadno dobijenim anamnestičkim podacima saznaje se da je kuća zagrevana plinom.

**Zaključak:** Rano prepoznavanje prvih znakova trovanja i prekid dalje ekspozicije uz adekvatan inicijalni tretman, sprečava teška pa i fatalna trovanja. Primena 100% kiseonika na masku, već nakon 1-2 sata trebalo bi da nivo koarboksihemoglobina smanji za 50%.

Ako se javi respiratorna slabost, treba sprovesti veštačku ventilaciju sa 100% O<sub>2</sub> do normalizacije disanja. Hiperbarična oksigenacija je veoma poželjna. Eventualni transport u bolnicu je neophodan radi definitivnog zbrinjavanja. Vrlo je važna edukacija stanovništva koje se greje individualnim ložištima u periodu grejne sezone.

## KOMPLIKOVANI APSTINENCIJALNI SINDROM KOD ALKOHOLIČARA

-prikaz slučaja-

Nada Jovanović-Vasiljević - Dom Zdravlja, Barajevo

**Uvod:** Alkoholni apstinencijalni sindrom se javlja nakon obustave konzumiranja alkoholnih pića kod hroničnih zavisnika bez obzira na obrazac pijenja. Komplikovani apstinencijalni sindrom se javlja kod onih koji su dugo pili po obrascu teškog pijenja. Manifestuje se 1 do 4 dana nakon obustave alkohola obiljem simptoma i znakova od strane svih sistema, posebno CNS-a kao posledica ukidanja inhibicije što dovodi do izražene ekscitacije u somatskom i duševnom smislu, do deliriuma i konvulzija. Što su simptomi apstinencije zbog fizičke zavisnosti raniji, to će klinička slika biti teža i pacijenti se moraju hospitalizovati jer su zabeležene u 15% slučajeva i nagle smrti u ranom apstinencijalnom periodu alkoholičara koji su naglo prestali da piju, a pili su po obrascu teškog pijenja, više od 14 standardnih pića nedeljno.

**Cilj rada:** U radu je prikazan slučaj komplikovanog apstinencijalnog sindroma kod muškarca koji je pio 11 godina više od 14 standardnih pića nedeljno, a u toku poslednjih 15 dana pre obustave

alkohola pio je po 500 ml žestokog pića dnevno, uz 2-3 piva.

**Prikaz bolesnika:** Hitnoj pomoći je upućen poziv 3. dana nakon prestanka pijenja. Ekipa zatiče pacijenta u teškom opštem stanju sa hipertenzijom, tahikardijom, kliničkim znacima encefalopatije, a u toku transporta do bolnice pacijent je ispoljio konvulzije. Srčani monitoring je pokazao poremećaje ritma i signifikantnu depresiju ST-segmenta. Pacijent je tretiran na licu mesta i u toku transporta antihipertenzivima, antiaritmikima, antikonvulzivima i kiseonikom, ali je postojala dilema gde pacijenta transportovati s obzirom da je bio kardiološki i neurološki vrlo ugrožen.

**Zaključak:** S obzirom da se kod pacijenta sa komplikovanim apstinencijalnim sindromom očekuju komplikacije koje mogu da ga vitalno ugroze kardiološki, neurološki i metabolički, neophodan je multidisciplinarni pristup i tretman uz konsultaciju psihijatra. Naša ekipa se odlučila za transport psihijatrijskog pacijenta u UC s obzirom da je bio vitalno ugrožen.

## RESPIRATORNI ZASTOJ UZROKOVAN AKUTNOM INTOKSIKACIJOM HEROINOM- PRIKAZ SLUCAJA

Nada Jovanović-Vasljević, Dom Zdravlja, Barajevo

**Uvod:** Heroin je polusintetski derivat koji nastaje acetiliranjem morfina. Dobro se resorbuje sa sluzokože nosa i creva te se u organizam unosi ušmrkava-njem i i.v. putem. Akutna intoksikacija je problem urgentne psihijatrije ili toksikologije u zavisnosti od organizacije urgentnog zbrinjavanja u jednoj zajednici. Smrt zbog predoziranja nastaje usled respiratorne depresije i anoksije, a ređe anafilakticne reakcije. Kliničke manifestacije predoziranja su mioza, respiratorna depresija, hipotenzija, bradikardija, hipotermija i poremećaj svesti do kome. Najupečatljiviji znak akutne intoksikacije: izrazita mioza, usled prolongirane anoksije može preći u dilataciju zenica. U ovim urgentnim situacijama potrebna je brza diferencijalna dijagnoza jer miozu može dati i barbituratna intoksikacija, tako da je neophodno tražiti ubode na telu pacijenta i uzeti heteroanamnezu od svedoka. I neka druga urgentna stanja mogu dati sličnu kliničku sliku, kao na primer intracerebralna hemoragija.

Pristup zavisi od kliničke slike. Ako je bez svesti, disanja i pulsa započinje se KPR, a ako je pacijent bez svesti sa narušenom funkcijom disanja mora se obezbediti disajni put endotrahealnom intubacijom, očistiti disajni put i sprovesti oksigenacija 100% O<sub>2</sub> u protoku od 10L/min. uz i.v. aplikaciju specifičnog antidota Naloksona u dozi od 0,01mg/kg TT uz ponavljanje doze do poboljšanja respiratorne funkcije i nivoa svesti.

**Cilj rad:** U radu je prikazan slučaj uspešne reanimacije pacijenta sa respiratornim zastojem nakon akutne intoksikacije heroinom.

**Prikaz slučaja:** U toku noći smo pozvani da ukažemo pomoć mladiću bez svesti. Zatekli smo ga u komi, uzanih zenica, cijanotične i hladne kože, 4 respiracije/min., srčanom frekvencom od 40/min. i TA 80/60mmHg. Heteroanamnestički nismo dobili podatak da se radi o zavisniku od psihoaktivnih supstanci. Na koži nismo našli tragove uboda igle pa se u prvom momentu učinilo da se radi o SAH. Na pitanja postavljena

očevidcima, njegovim prijateljima, sa ciljem da utvrdimo da li je pre gubitka svesti pokazivao bilo koje znake povišenog intrakranijalnog pritiska dobili smo negativne odgovore. U toku pregleda pacijent prestaje da diše, a puls na karotidnoj arteriji se palpira. Započeli smo ventilaciju pomoću maske i balona na koji smo priključili kiseonik, pacijent je nazotrahealno intubiran i nastavljena je ventilacija sa O<sub>2</sub>. Pod pretpostavkom da je pacijent ipak uzeo heroin ušmrkavanjem dali smo 1 amp. Naloxona i.v, nakon koje počinje spontano da diše sa 10 respiracija/min., ali je i dalje bez svesti. Nastavili smo oksigenaciju a izmerena telesna temperatura je bila 35°C, saturacija kiseonikom 95%. Utoplili smo pacijenta pokrivši ga ćebe-tom i stavljajući mu plastične boce sa toplom vodom ispod pazuha. Uključili smo infuziju zagrejanog fiziološkog rastvora na 37°C. Frekvencija pulsa se podigla na 78/min., a sistolni pritisak na 100mmHg. Nastavili smo da ga oksigeniramo i nakon 15 min. od prve aplikacije Naloxona frekvencija disanja je 14/min., je ali pacijent je i dalje bez svesti, sa reakcijom na bolni nadražaj. Ponovili smo dozu Naloxona i nakon kraćeg

vremena on je počeo da se budi. Nastavili smo sa oksigenacijom i infuzijom, uradili pulsoksimetriju, koja je pokazala 99%. Pacijent je povratio u mlazu i otvorio oči. Bio je dezorjentisan. Uradili smo glukohemotest i vrednost je bila 3, te smo u infuziju dodali 20ml 50% glukoze. Očistili smo usnu duplju aspiratorom i ekstubirali ga. Sada je bio potpuno budan, zenice jednake, kružne, normalne širine i reaktivne. Telesna temperatura je bila 36,2°C, imao je 13 respiracija u minuti, saturaciju 98%, TA 110/75mmHg i frekvenciju pulsa 80/min. Na EKG-u: sinusni ritam bez promena u ST segmentu i T-talasu. S obzirom da je GKS 14, a pacijent nije bio sposoban da sigurno sam hoda, transportovali smo ga na toksikologiju VMA. U toku transporta njegovo stanje se popravljalo. Reкао je da je ušmrkao heroin. Ponovo smo izmerili sve kliničke parametre koji su bili u granicama normale. GKS je bila 15.

**Zaključak:** Zahvaljujući brzom i adekvatnom zbrinjavanju urgentnog stanja i timskom radu postignut je dobar odgovor na primenjene intervencije. Neophodno je formiranje posebne jedinice za zbrinjavanje pacijenata koji su predozirali opijatne supstance.

## AKUTNO TROVANJE VODOM - PRIKAZ SLUČAJA

Ana Ostojić\*, Zoran Jovančević\*\*

\*JZU Dom zdravlja Hitna medicinska pomoć, Podgorica

\*\*KCCG Podgorica, Klinika za anesteziju i terapiju bola, Podgorica

**Uvod:** Hiponatrijemija je stanje nastalo padom serumskog natrijuma ispod 135 mmol/L. Koncentracija natrijuma se održava regulacijom putem bubrega, tako da je hiponatrijemija posledica viška vode u odnosu na natrijum u plazmi.

**Prikaz bolesnika:** U ovom radu prikazan je pacijent, štićenik Kazneno popravnog doma u Spužu, star 38 godina koji je u pratnji policije doveden u ambulantu Hitne medicinske pomoći bez svesti, normotenzivan, ubrzane srčane akcija (sinusna tahikardija je dijagnostikovana na EKG), oslabljenog disajnog šuma sa vlažnim krepitacijama obostrano, ascitesom i perifernim edemima. Heteroanamnestički podaci koji su dobijeni su da se pacijent te noći kartao, da je u toku igre počeo da se "gubi", nerazumljivo i nepovezano priča da bi jednog trenutka pao sa stolice pri čemu je izgubio svest, kada su i pozvani čuvari. U toku pregleda i uzimanja podataka dolazi do pojave tonično

kloničkih grčeva koji su tretirani sa 2 mg Lorazepamom iv., pogoršanja opšteg stanja pacijenta i akutne respiratorne insuficijencije zbog čega je pacijent intubiran i transportovan u Urgentni centar KCCG, odakle je odmah primljen u Jedinicu intenzivnog lečenja Klinike za anesteziju i terapiju bola zbog akutne respiratorne insuficijencije i stavljen na respirator. Urađeni laboratorijski nalazi ukazivali su na izrazitu hiponatrijemiju, RTG pluća je pokazivao obostrano pleuralni izliv, EHO abdomena: slobodnu tečnost u trbušnoj duplji, CT endokranijuma: izraziti edem mozga. Nakon terapije sa diureticima i hipertoničnim rastvorom NaCl, vrednosti natrijuma se vraćaju u fiziološke granice, respiratorna funkcija se poboljšava nakon čega je pacijent skinut sa respiratora, stanje svesti se vraća i u kvalitativnom i u kvantitativnom smislu, kada se anamnestički saznaje da je pacijent te noći "igrao karte u vodu": ko izgubi partiju pije 2 litra vode. Za 3 sata popio je 18 litara vode.

## NEUROLOŠKE KOMPLIKACIJE U AKUTNIM TROVANJIMA

Biljana Gavrilović, Dragana Pešić - SHMP, Pančevo

**Uvod:** Ovaj rad obuhvata itoksicirane pacijente iz protokola SHMP koje je hitna služba po nalogu specijaliste interne medicine ili neurologije transportovala do referentne toksikološke ustanove (VMA). Toksične materije (benzodiazepini, opioidi, organofosfati i alkohol) dovode do značajnih komplikacija na CNS-u (depresija disanja, koma, paraliza) kao i mnoštvo komplikacija vezanih za opšte zdravstveno stanje pacijenata. Ovi pacijenti spadaju u grupu vitalno ugroženih.

**Cilj rada** je da prikaže statističku značajnost u pogledu učestalosti intoksikacija po polu, starosnim grupama, kalendarskim godinama i po vrsti toksičnih materija.

**Metod rada** je prikaz distribucije frekvencija (deskripcija) i analiza razlike intoksikacija u odnosu na obeležja (analitika).

**Rezultati rada:** U periodu od 2003 do 2005 god. ukupan broj pacijenata je bio 291 (2003-77; 2004-104; 2005-110).

Utvrđeno je da je ispitivanih pacijenata u 2003 bilo 0.27%, 2004-0.36% a u 2005-0.40% u odnosu na ukupan broj pacijenata SHMP za te godine a prema ukupnom broju transporta za 2003- 2.95%, 2004-6.91% a u 2005-4.12%. U odnosu na starosne grupe koje su podeljene u tri kategorije (0-19 god. mlađa; 20-49 god. srednja i preko 50 god. starija) zabeležen je najveći broj intoksikacija u srednjoj 2003-74.28%, 2004-63.46% i u 2005-58.18%. Metodom H2 utvrđeno je da postoji visoko statistički razlika u intoksikacijama između pola i starosnih grupa ( $r > 0.01$ ) 2003 i 2004g. U 2005 je zabeleženo povećanje intoksikacija u mlađem uzrastu 23.64%.

**Zaključak:** Na osnovu ispitivanja uočili smo da je najveći broj intoksikacija u srednjem životnom dobu, da se broj pacijenata povećava iz godine u godinu kao i to da je zabeležen porast intoksikacija u mlađem životnom dobu. U sve tri ispitivane godine najveći broj intoksikacija je bio sa lekovima.



## UČESTALOST INTOKSIKACIJA NA TERITORIJI OPŠTINE GORNJI MILANOVAC

Vesna Dmitrović, Boris Tufegdžić  
Služba hitne medicinske pomoći, Gornji Milanovac

**Uvod:** Otrovi su supstance koje oštećuju strukturu i funkciju tkiva. Trovanje može da bude zadesno, samoubilačko i ubilačko. Stepen oštećenja zavisi od vrste štetne supstance, agregatnog stanja, načina unošenja, koncentracije i trajanja izloženosti otrovu. Postavljanje tačne dijagnoze trovanja je često teško. Postaviti tačnu dijagnozu znači utvrditi vrstu otrova! Za postavljanje tačne dijagnoze koristi se auto/hetero anamnestički podaci, fizikalni pregled bolesnika i laboratorijska identifikacija otrova.

**Cilj rada:** je prokazati učestalost intoksikacija na teritoriji opštine Gornji Milanovac, a koje su zbrinute od strane Službe hitne medicinske pomoći.

**Metod rada:** Za ovo istraživanje korišćeni su podaci iz protokola kućnih poseta lekara tj. intervencija na terenu u periodu od 01.03.2005. god. do 01.03.2006.godine. Dijagnoze su postavljene na osnovu auto ili heteroanamnestičkih podataka, kao i nalaza lekara po izlaska na teren.

**Rezultati rada:** Od 2660 pregledanih pacijenata u posmatranom periodu ukupno je bilo 43 osobe sa kliničkom slikom akutne intoksikacije nezavisno od vrste agensa. 33 (76,74%) osobe su muškog pola a 10 (23,26%) osoba su ženskog pola. U zavisnosti od vrste toksičnog agensa kod osoba muškog pola najveći procenat zloupotrebe je alkoholnih supstanci 29 (87,88%), medikamentoznih supstanci 2 (6,06%) i narkotičkih 2 (6,06%). Retrogradnom analizom kod osoba ženskog pola najzastupljenija je medikamentozna intoksikacija 5 (50%), alkoholna 3 (30%), teškim metalima 1 (10%) i u 1 (10%) slučaju imamo nepotpune podatke.

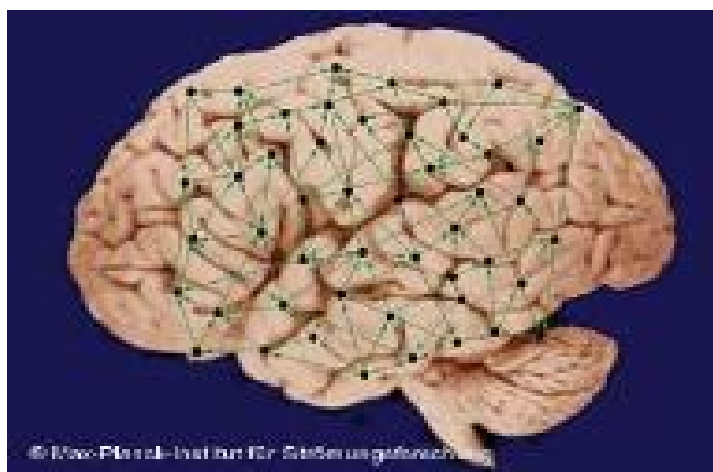
**Zaključci:** Retrogradnom analizom je uočeno je da su akutne intoksikacije zastupljene u oba pola ali u većem procentu kod osoba muškog kao i da postoji razlika u zloupotrebi u odnosu na vrstu toksičnog agensa. Međutim, utvrditi koja vrsta medikamenta je zloupotrebljena je otežano zbog nepotpunih podataka u protokolima matične

službe. U ovom istraživanju nije zabeležen ni jedan smrtni ishod ali je najveći broj pacijenata upućen na stacionarno lečenje odeljenja neuropsihijatrije gde im je pružena adekvatna pomoć. Istraživanja ovakve vrste (retrogradna analiza) su bitna radi sagledavanja učestalosti akutnih intoksikacija na određenoj teritoriji, vrsti

uzročnika kao i učestalosti u odnosu na pol. Veoma je važno na osnovu rezultata istraživanja vršiti prevenciju naročito kada se radi o alkoholnim intoksikacijama i intoksikacijama opioidnim drogama.

**TEMA:**

# **AKUTNI NEUROPSIHOLOŠKI SINDROM**



izvor: [http://www.dw-world.de/english/0,3367,1446\\_A\\_1143790\\_1\\_A,00.html](http://www.dw-world.de/english/0,3367,1446_A_1143790_1_A,00.html)

## URGENTNA PSIHIJARIJA NA TERITORIJI OPŠTINE BARAJEVO

U RADU SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI

U PERIODU 01.01.2005 - 31.12.2005.

Tanja Perunović, Nada Vasiljević-Jovanović

DZ "Dr Milorad Vlajković", Barajevo

**Uvod:** Urgentna stanja u psihijatriji su ona koja zahtevaju hitnu medicinsku intervenciju u pacijenata koji, zbog postojanja različitih psihopatoloških fenomena, mogu ugroziti svoju sigurnost, sigurnost drugih lica i imo-vine. Da bi zbrinjavanje ovakvih pacijenata bilo adekvatno, potreban je određeni standard opreme i kadra.

**Cilj rada** bio je prikaz karakteristika urgentnih psihijatrijskih stanja na teritoriji opštine Barajevo u periodu od 01.01. do 31.12.2005. i njihov uticaj na planiranje rada u navednom periodu.

**Metodologija:** Hitna služba Doma zdravlja "Dr Milorad Vlajković" radila je, neprekidno, sa ukupno sedam ekipa; jedna ekipa u dnevnoj smeni-terenska ekipa, i dve ekipe u noćnoj smeni-terenska i ambulantna. Tokom dnevnih intervencija konsultovan je neuro-psihijatar Doma zdravlja.

**Rezultati:** Urađena studija preseka prikazala je 175 pacijenata sa urgentnim psihijatrijskim poremećajem, čiji su pregledi zavede-

ni u knjige protokola hitne službe, što čini svega 2% od ukupnog broja pacijenata obrađenih u ovom periodu. Važno je istaći da se radi o seoskoj populaciji. Pokazano je da su veći procenat činile žene, 66,49%. Incidenca je bila najviša u starosnoj grupi 50-59 godina, 27,43%. Najveći broj su bila akutna stresna stanja zbog neposredno nastalog smrtnog slučaja u porodici, 22,86%; slede akutna stresna stanja zbog svađe u porodici, 18,29%; na trećem mestu su bila akutna napita stanja. Najveći broj se desio u letnjim mesecima (jun-avgust), 35,43%, slede prolećni (mart-maj), 24,00%, pa jesenji meseci (septembar-novembar) 21,71%, a najmanji broj zabeležen je u zimskim mesecima (decembar-februar) 19,43%. Od strane ambulantne ekipe zbrinuto je 44,57%, tj nešto manje od broja zbrinutih na terenu, 55,43%. Od terapije, najčešće je data ampula Bensedina® muskularno, 43,81%. Za najveći broj pacijenata, događaj je bio jedina psihijatrijska epizoda, i nisu bili upućeni na

viši nivo lečenja u 68,86%. U razne ustanove sekundarne zdravstvene zaštite odmah je hospitalizovano 13,71%. Pri hospitalizaciji je, u 63,21% slučajeva, tražena asistencija ekipe MUPa. Zabeleženo je tri pokušaja samoubistva, od kojih je jedno bilo ponovni pokušaj. Smrtni ishodi i pogoršanja bolesti nisu zabeleženi.

**Zaključak** je bio da je služba hitne pomoći ispunila zahteve adekvatnog zbrinjavanja ovih pacijenata, što ne isključuje potrebu za stalnom edukacijom na polju urgentne psihijatrije, pogotovo u terapijskom pristupu.

## SUICID – INCIDENCA U SOMBORSKOJ OPŠTINI

Branka Ilić, Tonka Periškić

Služba hitne medicinske pomoći, Dom Zdravlja, ZC „Dr Radivoj Simonović“ Sombor

**Uvod:** Reč samoubistvo – suicid potiče od latinske reči sui caedere- oduzimanje sopstvenog života. Od kada je čovek počeo da koristi razum samoubistvo je bilo pojava načina završetka života. U populaciji razvijenih i srednje razvijenih zemalja sve je više prisutno, nekad odobravano, nekada osporavano od strane religije, nacije, države, filozofa, psihijataru, Značajno se uvećava (u USA je utrostručen broj) broj samoubistava među mlađom populacijom naročito mlađim od 25 godina.

**Cilj** ovog rada bio je da se prikaže učestalost samoubistava i pokušaja samoubistava u somborskoj opštini, koju pokriva naša Služba hitne medicinske pomoći.

**Materijali metode:** Analizirani su:

1. protokoli SHMP Sombor od 01.01.2001-31.12.2005.
2. statistička analiza dobijenih podataka
3. foto dokumentacija Okružnog javnog tužilaštva Sombor.

**Rezultati rada:** Distribucija prema polu je bila podjednaka, što je razlika u

odnosu na dosadašnje literaturne navode koji kažu da muška populacija prednjači čak 2-3 puta. Smrtni ishod registrovan je u 32% slučajeva. Muškarci prednjače, bez statistički značajne razlike u broju smrtnih ishoda. Nema zakonitosti u odnosu na doba dana ili godine. Broj pokušaja samoubistva kao i samoubistava sa smrtnim ishodom u populaciji mlađoj od 25 godina 2005. godine je udvostručen u odnosu na 2001. a utrostručen u odnosu na ostale posmatrane godine. U 2005. povećan je broj samoubistava sa smrtnim ishodom. Najugroženija je populacija starosti od 45 do 60 godina.

**Zaključak:** Broj samoubistava, ma koli-ki da je, nikada nije dovoljno mali da ne bude stalni uskličnik nad našim radom kao lekara.