



**ŠESTI KONGRES
URGENTNE MEDICINE SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM
SUBOTICA, 08-11. OKTOBAR 2009.**

Z B O R N I K S A Ž E T A K A

URGENTNA STANJA

AKUTNI KORONARNI SINDROM

Usmena predavanja

1.

AKUTNI KORONARNI SINDROM - PREPOZNAVANJE NA TEL. 94 I NJEGOVA POTVRDA NA TERENU

Elisaveta Vukadinović, Marina Kostić, Anita Radojević, Zorana Kocić
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, NIŠ

CILJ: Prepoznavanje i prvo zbrinjavanje bola u grudima koronarnog porekla i njegovih ekvivalenata na telefonu 94 i njegova potvrda na terenu. Kvantitativni aspekt kliničke procene koronarnog sindroma na tel. 94 i njegove potvrde na terenu. Najkraći put do dijagnoze koronarnog sindroma i najbrži način za davanje uputstava o ponašanju pacijenta i/ili njegove najbliže okoline jeste dobro obučeni lekar na prijemu poziva. Sem znanja lekar mora imati i dovoljno veštine i mudrosti da vodi jedan usmeren razgovor (anamnezu) kojim bi se na najbolji mogući način izvršilo prvo zbrinjavanje koronarnog sindroma.

MATERIJAL I METODE: Medicinska dokumentacija zavoda za HMP Niš. Pretraženi su i upoređeni protokoli prijema poziva i odgovarajući lekarski izveštaji sa terena.

REZULTATI: Na osnovu pregleda i analize medicinske dokumentacije došlo se do sledećeg zaključka: Ukupno obrađeno 9900 pacijenata za period od 23.09.2008 – 31.12.2008.god. Prevalenca koronarnog sindroma (prvenstvena verovatnoća koronarnog sindroma na prijemu poziva) 1890 pacijenata. A-Istinito pozitivnih (koronarni sindrom potvrđen na terenu) 854pacijenta. B- Lažno pozitivnih (koronarni sindrom nije potvrđen na terenu) 1036 pacijenata. C- Lažno negativnih (nije postavljena sumnja na prijemu poziva a dijagnostikovani koronarni sindrom na terenu) 81 pacijent. D-Istinito negativnih (bez sumnje na prijemu poziva) 7929 pacijenata. Senzitivnost našeg istraživanja $A/A+C=91,3\%$. Specifičnost našeg istraživanja $A+D/A+B+C+D=88,5\%$.

ZAKLJUČAK: Potreba za: kontinuiranom edukacijom i usavršavanjem lekara, za uvođenjem protokola o vođenju anamneze/heteroanamneze preko tel. 94, osavremenjavanjem i proširenjem prijema poziva (savremeni call centri), dalje unapređenje stručnosti, uigranosti i dobre opremljenosti ekipa na terenu. Potreba za širokom medijskom i drugom edukacijom stanovništva o prepoznavanju koronarne bolesti i uputstva za prvo postupanje u saradnji sa lekarom na tel.94.

e-mail: elisaveta@medianis.net

2.

AKUTNI KORONARNI SINDROM - INCIDENCA NA TERITORIJI SEVERNO - BAČKOG OKRUGA U 2008.GODINI

Mila Josipović(1), Kornelija Jakšić Horvat(1), Ivana Pletikosić(2)
(1)SHMP SUBOTICA, (2)OPŠTA BOLNICA SUBOTICA

ACSy je klinički sindrom koji predstavlja akutnu, kritičnu ishemiju miokarda i obuhvata akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom (STEMI), bez elevacije ST segmenta (NSTEMI) i nestabilnu anginu pectoris. Patofiziološka osnova bolesti je nestabilni aterosklerotski plak čijom rupturom nastaje tromb koji dovodi do potpune ili nepotpune okluzije koronarnih arterija. U kliničkoj slici dominira anginozni bol (bol iza grudne kosti u obliku žarenja, paljenja, stezanja ili pritiska). Najvažniji kriterijumi u dijagnostici pored postojanja anginoznog bola su evolutivne promene EKG i pozitivni biomarkeri miokardne nekroze: CK MB, troponin T ili I i CRP (C reaktivni protein). Terapijski pristup obuhvata antiagregacionu (acetilsalicilna kiselina i clopidogrel), antikoagulantnu

(niskomolekularni analozi heparina) i antiishemijsku (nitrati i beta blokatori) terapiju. Ostale terapijske mere obuhvataju analgeziju, oksigenaciju i prevenciju komplikacija.

Ovim radom želi se istaći značaj brze i adekvatne dijagnostike ACSy na terenu, kao i primena adekvatne terapije i što brži transport do koronarne jedinice. Brza dijagnostika se postavlja na osnovu kliničke slike, EKG nalaza i Rapid cardiac panel testa za kvalitativno određivanje srčanog troponina I, CK MB i mioglobina u punoj krvi (rezultat za 15 minuta). Početna terapija na terenu obuhvata obezbeđivanje venskog puta, antiagregacionu terapiju, oksigenoterapiju i analgeziju. Svi pomenuti postupci ne bi trebali da traju duže od 10 do 15 min da bi se uz EKG monitoring obezbedio što brži transport do koronarne jedinice.

Istraživanje je sprovedeno u vidu retrospektivne analize koja je obavljena u SHMP Subotica kao i u Koronarnoj jedinici Opšte bolnice Subotica. Obuhvaćeni su svi pacijenti sa ACSy sa teritorije Severno-bačkog okruga koji gravitiraju ka subotičkoj bolnici sa posebnim osvrtom na pacijente koji su se obratili SHMP Subotica i koji su transportovani do bolnice lekarskim ekipama SHMP Subotica. Za sve pacijente sa dijagnozom ACSy vođen je poseban protokol – anketni list za ACSy.

Tokom 2008. godine SHMP je transportovala 376 pacijenta sa dijagnozom ACSy u Opštu bolnicu Subotica. Od toga pod dijagnozom ACSy u koronarnu jedinicu su primljena 293 pacijenta. Na osnovu EKG nalaza dominirali su pacijenti sa ST elevacijom (STEMI) ukupno 155, dijagnoza nestabilne angine pectoris postavljena je kod 99 pacijenata, a najmanji broj pacijenata je bio bez elevacije ST segmenta (NSTEMI) svega 39. Od faktora rizika najčešće su bili prisutni hipertenzija, hiperlipidemija, hiperholesterolemija, pušenje i diabetes. U ispitivanom uzorku dominira muški pol sa 62%. Po starosnoj strukturi najviše je zastupljena starosna grupa od 60 do 69 godina (31,74 %). Analiza po pojedinačnim mesecima pokazuje najveću zastupljenost ACSy u januaru, maju i oktobru mesecu.

Na osnovu gore navedenih podataka i istraživanja iz prethodnih godina može se primetiti blagi porast incidence ACSy. Neophodna je kontinuirana edukacija stanovništva u smislu ranog prepoznavanja simptoma i što ranijeg upućivanja poziva službi SHMP. Jedino se na taj način može skratiti vreme stizanja kritičnih bolesnika do koronarne jedinice i adekvatan ishod lečenja.

e-mail: ivanapletikosic@yahoo.com

3.

FAKTOR VREME I RANI HOSPITALNI TRETMAN - ZNAČAJNE KARIKE U ZBRINJAVANJU PACIJENATA SA AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM - PRIKAZ SLUČAJA

Sladana Stošić

ZDRAVSTVENI CENTAR VRANJE, PRIJEMNO URGENTNA SLUŽBA

Akutni infarkt miokarda je vodeći uzrok smrtnosti u savremenoj populaciji. Ukupni mortalitet uprkos savremenoj terapiji je oko 40%. Najveći broj bolesnika umire pre dolaska u bolnicu zbog akutnog zastoja srca koji je u oko 80% izazvan fibrilacijom komora kao jednom od komplikacija infarkta miokarda. Ukoliko dođe do ovakvog stanja jedini i pravi tretman je rana defibrilacija u sklopu kardiopulmonalne reanimacije. Vreme započinjanja KPR kao i defibrilacije je jedan od najznačajnijih faktora za ishod i preživljavanje ovih bolesnika. Najbolje vreme za započinjanje KPR je prvih pet minuta od početka bolesti, to je tzv. ZLATNI INTERVAL za lečenje ovih bolesnika. Za svaki minut trajanja ventrikularne fibrilacije koji prođe bez defibrilacije mogućnost za preživljavanje bolesnika je manja za 7-10%. Otuda je veoma važno vreme kao i organizacija zdravstvene službe u zbrinjavanju ovakvih pacijenata.

Šta zapravo leži u osnovi AKS koji se manifestuje cardiac arrestom? Najčešće je to akutna miokardna ishemija koja je posledica akutne redukcije snabdevanja miokarda kiseonikom usled rupture aterosklerotskog plaka koronarne arterije sa sledstvenom trombozom, inflamacijom i vazokonstrikcijom iste.

CARDIAC ARREST je zapravo nagli prestanak srčanog rada a manifestuje se komorskom fibrilacijom, asistolijom a nekada je i prisutna električna aktivnost bez pulsa. Najčešće se cardiac arrest dešava u visoko rizičnom komplikovanom infarktu miokarda. Ostali uzroci su podeljeni u dve velike grupe: 4H (hipoksija, hipovolemija, hipo i hiperkalcemija, hipotermija) i 4T (tamponada srca, tenzioni pneumotoraks, trovanja, tromboembolijske opstrukcije). Sva ova stanja zahtevaju neodložan tretman te je stoga veoma značajno pravovremeno pružanje

lekarske pomoći a što omogućuje kako dobra organizacija hitnih pomoći kao i rani prehospitalni tretman ovih stanja na prijemno urgentnim odeljenjima. Do formiranja PUS u vranjskoj bolnici pacijenti sa AKS su lutali od HMP na hirurgiju, neurologiju umirali su u putu do bolnice što nije slučaj sa otvaranjem prijemno urgentne službe. Dalje je u radu prikazan broj zbrinutih pacijenata sa AKS za šestomesečni period na prijemno urgentnom odeljenju u Vranju kao i značaj odeljenja u zbrinjavanju pacijenata sa AKS što je prikazano na slučaju pacijentkinje koja je uspešno reanimirana i zbrinuta u PUSi a zatim prebačena u koronarnu jedinicu. Značaj ovakvih službi je ne samo u ranom prehospitalnom tretmanu pacijenata sa AKS nego i ranom prepoznavanju i adekvatnoj trijaži istih.

Ključne reči: masivni infarkt miokarada, fibrilacija komora, KPR, rana defibrilacija

e-mail: sladjana_stosic@yahoo.com

4.

KOMPLIKACIJE TROMBOLITIČKE TERAPIJE U AKUTNOM INFARKTU MIOKARDA SA ST ELEVACIJOM

Snežana Holcer Vukelić, Bogdan Nikolić, Ivan Pešić, Ana Kasap

DOM ZDRAVLJA "DR ĐORĐE LAZIĆ", SOMBOR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Cilj terapije STEMI-ja jeste rana reperfuzija, ograničenje veličine i prevencija širenja AIM i lečenje ranih komplikacija. Klinička korist medikamentozne reperfuzione terapije STEMI-ja pokazuje naglašenu eksponencijalnu vremensku zavisnost (veća tokom prvih tri sata od pojave simptoma, a zlatni standard-prvi sat). Pored svih prednosti, trombolitička terapija ima i neželjene efekte: krvarenja, alergijske reakcije, pad tenzije i aritmije. Pad tenzije i aritmije su znak uspešne reperfuzije miokarda, koje je ponekad potrebno medikamentozno tretirati.

CILJ RADA: Prikazivanje učestalosti komplikacija pri primeni trombolitičke terapije, pogotovo alergijskih reakcija i krvarenja.

METOD RADA: Retrospektivnom analizom se došlo do podataka iz protokola SHMP, koronarne liste i istorije bolesti KJ-internog odeljenja u Somboru u toku 10,5 meseci.

REZULTATI RADA: SHMP Sombor je počela sa primenom streptokinaze tek polovinom jula prošle godine, i od tada do 1.5.2009. godine (za 10,5 meseci) na terenu i u ambulanti je dijagnostikovano 22 STEMI-ja, od kojih je trombolitičku terapiju dobilo 14 pacijenata prehospitalno (63,64%). Pacijenti su bili starosti do 75 godina, što je preporuka AHA-e. Napravili smo listu za prehospitalnu trombolitičku terapiju u koju unosimo: podatke pacijenta, vreme početka pojave bola, vreme lekara kod pacijenta, EKG promene, vreme početka uključivanja trombolitičke terapije, kao i apsolutne i relativne kontraindikacije. Vreme od početka tegoba do početka trombolize streptokinazom prehospitalno od strane ekipa SHMP Sombor kreće se od 0,5-2,5h, prosečno 61 minut. Preostalih 6(36,36%) nije dobilo streptokinazu, jer su imali neku od apsolutnih ili relativnih kontraindikacija. Pacijenti, kojima smo započeli trombolitičku terapiju streptokinazom prehospitalno, nisu imali značajne komplikacije u smislu kontrolisanog ili nekontrolisanog krvarenja, kao ni alergijske reakcije, a samo jedna pacijentkinja sa prednjim proširenim infarktom (kojoj je u umrljici stajala dg. Ruptura cordis suspecta, koja nije potvrđena ni obdukcijom, ni EHO-om) je egzistirala. Reperfuzioni poremećaji ritma i pad tenzije se javio, ali tek hospitalno u 5 pacijenata (35,71%).

ZAKLJUČAK: Iako na malom uzorku, može se zaključiti, da ukoliko se dobro procene kontraindikacije, nema bojazni od komplikacija trombolitičke terapije, koje ugrožavaju pacijenta, a korist je nemerljiva (primena u prvih 30-60min redukuje mortalitet za 60-80 na 1000, a u 1-3h za 30-50 života).

KLJUČNE REČI: Trombolitička terapija, streptokinaza, AMI, STEMI, komplikacije.

e-mail: gagaimima@sbb.rs

Poster prezentacije

1.

BOL U GRUDIMA - VAŽAN VODIČ U DIJAGNOZI AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA - PRIKAZ SLUČAJA

Radojka Jokšić(1), Branislava Cvetičanin(1), Ivan Lekin(1), Milena Jokšić(2)

(1)ZZHMP NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SHMP

UVOD: Autori su se opredelili za prikaz slučaja akutnog infarkta miokarda kod pacijenta kod koga se nisu registrovale promene na EKG-u u toku prvog pregleda. Ovim radom želimo ukazati na mogućnost previda ukoliko se oslanjamo samo na elektrokardiografsku potvrdu AKS.

PRIKAZ BOLESNIKA: Prikazan je slučaj AKS pacijenta muškog pola, 71 godinu starosti bez ranije dijagnostikovanih bolesti. Anamnestički je dobijen podatak o prisustvu bola u desnoj polovini grudnog koša unazad tri dana. U toku prepodneva bol je bio intenzivniji. Pola sata pre dolaska ekipe postao je izuzetno jak sa širenjem u desnu ruku, praćen nedostatkom vazduha. Subjektivni doživljaj jačine bola deset (na skali od 1-10). Kliničkim pregledom je uočeno da je pacijent bled, suve kože, normotenzivan (140/60), normokardan (67/min), dispnoičan sa auskultatorno urednim nalazom. Elektrokardiografski zapis: sinusni ritam frekvence 67/min, normogram, bez poremećaja ritma i provođenja i bez znakova akutne ishemijske i lezije. Pacijent tretiran po protokolu za AKS. Transportovan je u IKVB Sremska Kamenica. U toku transporta trideset minuta nakon prvog EKG-a na monitoru je registrovana depresija ST segmenta u D1 i elevacija u D2 i D3. Na prijemu pacijent hipotenzivan (100/60). Auskultatorno na plućima bazalno kasnoinspirijumski pukoti. EKG zapis: sinusni ritam frekvence 84/min, normogram, elevacija ST segmenta u D2, D3, aVF, denivelacija u V3-V6, negativan T u aVL, kompletni blok desne grane.

ZAKLJUČAK: prikaz ovog slučaja nas upućuje na značaj kliničke slike kod pacijenata sa AKS. Bol u grudima zahteva opservaciju pacijenta i dalju dijagnostiku i u slučaju nepostojanja jasnih promena na elektrokardiografskom zapisu koje bi ukazivale na mogućnost razvijanja infarkta miokarda.

e-mail: malipericajoksic@hotmail.com

2.

ELEKTROKARDIOGRAFSKA DIJAGNOZA AIM KOD PACIJENATA SA BLOKOM GRANE HISOVOG SNOPA

Miroslav Popović, Branko Vujković

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Rana i tačna dijagnostika akutnog infarkta miokarda sprečava akutne i kasne komplikacije i sekvele, smanjuje smrtnost i invaliditet, čime je od nemerljivog značaja za pojedinca i društvo. Suverena metoda dijagnostike je EKG, čija vrednost raste sa brojem zapisa u toku jednog dana (sata) i od važnosti je za pravovremenu inicijalnu prehospitalnu terapiju (analgetici, sedativi, NTG, antiagregaciona, antiaritmici i ev. trombolitička terapija). Postavljnje dijagnoze AIM otežavaju intraventrikularni blokovi desne i leve grane Hisovog snopa, pogotovu novonastali (češći desni blok od levog). Koji će se blok grane razviti zavisi od zahvaćenog područja srčanog mišića i sprovodnog sistema srca. Sprovodne smetnje u toku AIM su najčešće zbog poremećaja metabolizma elektrolita (porast vanćelijskog kalijuma) u oštećenim ćelijama, najverovatnije zbog povećanja potrebe za kiseonikom. Serumska hiperkaliemija u prvo vreme dovodi do prolaznog sprovođenja draži kroz sprovodni sistem komora, a nakon toga do usporenja što se manifestuje na EKG-u proširenjem QRS kompleksa nalik na blok grane. Efekti AIM na izgled QRS kompleksa u RBBB najbolje su uočljivi kod anteroseptalnog infarkta u V₂ odvodu, i ogledaju se u: a) pridodatoj završnoj R' defleksiji b) gubitku R zupca. Efekti AIM na QRS u LBBB (radovi Lea Schamroth-a) najbolje su uočljivi u anteroseptalnom infarktu miokarda, najbolje na odvodima V₂ i V₆, i to za V₂: a) istaknut štčeci r zubac, b) smanjenje S zupca, c) izbočen, nagore konveksan ST segment d) odnos

QRS:ST-T je 1 ili < 1:1, a za V6: a) inicijalni q zubac, b) umanjena QRS amplituda, c) konfiguracija "strele i kupole", d) završni s zubac, što se podudara sa radovima Pantridgea, Cabrera, Lenegrea, Chapmana, Pearce-a i dr. U 2008 godini od 01.01. do 31.12. u SHMP Šabac ambulantno je pregledano 27140 pacijenta i terenski 5404 od toga Dg I21 i I20 :136 teren, 707 ambulanta, ukupno 843; Dg I44.7(LBBB) 10 teren, 75 ambulanta, ukupno 85 Dg I45(RBBB) 7 teren, 91 ambulanta, ukupno 98. Bol u grudima sa LBBB i sumnjom na AIM : 8 teren i 65 ambulantno i upućeni na Interno odeljenje, od toga 1 terenski i 3 ambulantno sa EKG znacima koji su ukazivali na promene AIM (utvrđeno od strane lekara koji je postavio radnu dijagnozu-AIM.LBBB), što je potvrđeno kardiospecifičnim enzimima i kasnijim EKG zapisima urađenim van LBBB-a, dok su nakon opservacije vraćeni kući 5 terenskih i 56 ambulantnih pacijenata a 2 terenska i 6 ambulantnih su zadržani pod Dg: Akutni koronarni sindrom. Pacijenti sa bolom u grudima i RBBB poslani na IO su 3 terenska i 24 ambulantna, od čega je zadržan 1 sa terena pod Dg: AIM parties anterioris ac. RBBB, kao i 4 ambulantna pacijenta, dok su ostali vraćeni kući. Cilj rada je da se ukaže na mogućnost EKG dijagnostike AIM kod pacijenata sa blokom grane Hisovog snopa na osnovu utvrđenih promena u situacijama kada druga dopunska dijagnostika nije na raspolaganju. Korišteni su protokoli SHMP Šabac za 2008 g. Teškoće su nastajale u obradi podataka zbog neredovnog i često površnog nepotpunog opisa EKG zapisa obolelog kao i neadekvatno šifriranje intravenikularnih blokova i akutne koronarne bolesti. Zaključak koji se nameće je da pažljivom interpretacijom EKG zapisa uz edukaciju kadrova može se povećati postotak ranootkrivenih AIM i preduzeti odgovarajuće lečenje.

e-mail: lana1108@ptt.rs

3.

AKUTNI KORONARNI SINDROM U SHMP SOMBOR

Ana Kasap(1), Ivan Pešić(1), Snežana Holcer Vukelić(1), Dejan Spasić(1), Bogdan Nikolić(1), Milan Bošnjak(2)
(1)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, SOMBOR, (2)ZDRAVSTVENI CENTAR. "DR R. SIMONOVIĆ", SOMBOR

CILJ RADA: je želja da se napravi presek zbrinjavanja pacijenata sa AKS u Službi hitne medicinske pomoći Sombor, kao i pokušaj objektivne evaluacije rada u periodu od jedne godine, te da se ukaže na eventualne probleme i da se na osnovu toga predlože mere koje bi dovele do lakše, sigurnije i efikasnije dijagnostike i lečenja.

MATERIJAL I METODE: retrospektivna studija u periodu od godinu dana na osnovu podataka dobijenih iz protokola rada: Službe hitne medicinske pomoći Sombor, Prijemno-trijažne službe Internog odeljenja Opšte bolnice Sombor, koronarne jedinice Opšte bolnice Sombor kao i istorija bolesti pacijenata.

REZULTATI: U periodu od 1.1.2008. do 1.1.2009. SHMP Sombor je zbrinula 12534 pacijenta. Pod dijagnozom AKS na Interno odeljenje Opšte bolnice Sombor upućeno je 170 pacijenata. Od toga 88(51,8%) pacijenata je primljeno u Koronarnu jedinicu, 17(10%) pacijenata primljeno je na Interno odeljenje, 12(7,1%) pacijenata je posle pregleda poslato na druga odeljenja dok je 53(31,2) pacijenta posle pregleda i opservacije na internom odeljenju upućeno rukujućem lekaru. Od 88 pacijenata primljenih u KJ infarkt miokarda potvrđen je kod 59(67,1%) pacijenata, dok je ostalih 29(32,9%) otpušteno pod dijagnozom nestabilne angine pectoris. Od pacijenata upućenih rukujućem lekaru posle opservacije na internom odeljenju 14 pacijenata je imalo promene na EKG-u u smislu depresije ST segmenta i/ili negativnih T talasa, 5 pacijenata je imalo elevaciju ST segmenta, 4 je imalo BLG, a 3 pacijenta nije imalo EKG promene. Rukujućem lekaru je upućeno i 27 pacijenata za koje nemamo kompletnu medicinsku dokumentaciju.

ZAKLJUČAK: Rezultati rada pokazuju da blizu polovine pacijenata upućenih sa dijagnozom AKS nije primljen u KJ što ukazuje na nedovoljnu dijagnostičku specifičnost kliničke slike i EKG promena koje su naš najvažniji parametar u proceni pacijenata.

Očigledno je da postoji potreba za promenom u organizaciji zbrinjavanja pacijenata sa bolom u grudima u smislu: dostupnosti medicinske dokumentacije-umreženosti i formiranja centralne baze podataka, eventualne mogućnosti opservacije i dodatnih dijagnostičkih procedura. Mišljenja smo da bi se predloženim merama smanjilo opterećenje sekundarne zdravstvene zaštite, troškova lečenja i smanjio broj nejasnih slučajeva koji bivaju upućeni na dalje lečenje.

e-mail: pesicdrivan@gmail.com

4.

"LANAC PREŽIVLJAVANJA" KOD PACIJENTA SA AKS – STEMI - PRIKAZ SLUČAJA

Biljana Radisavljević, Ana Dimić, Dušan Gostović, Momčilo Golubović, Svetlana Đokić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, NIŠ

UVOD: Jedna trećina pacijenata sa AMI umre u prvih 24h od pojave simptoma od čega polovina prehospitalno u prvih 4h najčešće zbog ventrikularne fibrilacije. Za mnoge je prva manifestacija koronarne bolesti naprasna smrt.

CILJ: Da se prikaže značaj sistema organizacije lanca preživljavanja kod AKS.

MATERIJAL I METODE: Analiza ambulantnog, opservacionog i terenskog protokola ZHMP Niš i otpusne liste i istorije bolesti KC Niš OJ Klinike za kardiovaskularne bolesti.

PRIKAZ PACIJENTA: 14.08.08.g. u 10:45h pacijent 41g. javio se u ambulantu ZHMP zbog nespecifičnih anginoznih tegoba. Pri pregledu TA=180/120mmHg, sf=80/min, SpO₂=97%, ŠUK=5,1mmol/l, EKG=nespecifične promene. Dobio ACE inhibitor i u 10:55h upućen u opservacionu jedinicu. EKG=bez dinamike. Pacijent ima faktore rizika za koronarnu bolest i kao takav se i tretira. (MONA - kiseonik, NTG, ASA, IV linija, serijski EKG). U 11:05h pogoršenje tegoba u smislu jakog razdirućeg bola u grudima praćenog preznojavanjem. EKG=znaci ekstenzivnog anteriornog STEMI. Dobija dalju Th za AKS=fentanyl, clopidogrel, NTG, kiseonik, počinje se trombolitička terapija. Agitiran, hemodinamski i vegetativno nestabilan u 11:10h gubi svest i prestaje da diše. KPR – na odvodu defibrilatora ventrikularna fibrilacija, defibrilacija, amiodaron i infuzija kristaloida, asistirano disanje, masaža srca tokom 1min, asistolija, idioventrikularni a zatim sinusni ritam. U 11:15h se stabilizuje i u pratnji lekarske ekipe prevezen u koronarnu jedinicu. U bolnici urađena dalja dijagnostika, PCI i pacijent otpušten hemodinamski, ritmički i klinički stabilan 21.08.08.g. kući.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK: Faktor vreme, saradnja timova prehospitalno i hospitalno i obučenosť kadrova za SKPP kada se pacijent sa koronarnim sindromom javi u zdravstvenu ustanovu poboljšava preživljavanje a za svakog pacijenta ponaosob to je 100% preživljavanja i puno godina kvalitetnog života posle događaja u kom je smrtni ishod alternativa u svakom momentu.

Ključne reči: AKS, lanac preživljavanja, prehospitalno, hospitalno

e-mail: birad@sbb.rs

5.

PRIMARNA VENTRIKULARNA FIBRILACIJA U NAJRANIJOJ FAZI AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA U SHMP

Zoran Milanov

DOM ZDRAVLJA "VELJKO VLAHOVIĆ" VRBAS, SHMP

UVOD: Mortalitet u prvom satu AIM iznosi oko 40%, najčešće po tipu primarne ventrikularne fibrilacije (PVF). PVF nastaje u najranijoj fazi AIM usled poremećaja električne aktivnosti bez izraženog slabljenja mehaničke funkcije i ako se promptno konvertuje ritam dalji tok je dobre prognoze. Retki su EKG zapisi u trenutku kolapsa. EKG snimljeni tokom reanimacije ne ukazuju koji je ritam prethodio arestu. Pacijenti koji su tokom nošenja Holtera doživeli arest, retko su imali ishemijske promene ST segmenta pre fatalne aritmije (12.6%).

CILJ -je da prikaže PVF nastalu bez: sigurnih EKG znakova i ukaze na značaj opservacije u SHMP MATERIJAL I METODE - prikaz slučaja iz protokola SHMP, serijskog EKG, otpusne liste

PRIKAZ - Oko 10h u ambulantu SHMP ulazi muškarac 67 god, pušač, dijabetičar, hipertoničar, koji od jutros oseća nelagodnost u grudima i visok prstisak. Obj: TA=200/95mmHg, kardijalno kompenzovan, EKG: sin.ritam, SF=60/min, bez poremećaja ritma i provođenja, ST depresije u aVF; V3-4~0,5mm. Bez ranijih EKGa. Tretiran kao hipertenzija sa SyAP, diuretikom, analgetikom, ACEI, sedativom i upućen sa sinom u opservaciju. 15 minuta kasnije ulazi sin i javlja da otac krklja. Odmah konstatujemo odsustvo svesti, agonalne udisaje. Započinju mere KPCR. Regstruje se VF i aplikuje asinhroni bifazični DC shock 120J. Posle drugog DC-shocka uspostavlja se sinusni ritam sa bigeminijom PVD, spontano diše. U transportu se stabilizuju vitalni znaci: sin.rit, SP=85-95/mm,

bez poremećaja ritma i provođenja, SaO₂=93-96%, TA=124/84 mmHg, dolazi svesti, komunicira. Razvija AIM lateralnog zida, sa pozitivnim kardioenzimima. Posle nekoliko dana napušta KJ, bez ponovljenih epizoda VF ZAKLJUČAK; PVF često prethodi promenama ST segmenta kod AIM. Atipicne (nebolničke) slučajeve, sa više rizikofaktora treba opservirati uz permanentan nadzor, što okolnosti i dinamika SHMP često ne dopuštaju. Ključne reči; primarna VF, EKG, opservacija

e-mail: zomilanov@eunet.rs

6.

PRIMENA MONA PROTOKOLA KOD AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA

Gorica Srečković(1), Aleksandar Kličković(1), Ljubica Stanojević(1), Slobodan Kitanović(2), Zoran Kličković(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC, (2)JZU DOM ZDRAVLJA TIVAT

UVOD: Akutni koronarni sindrom (AKS) podrazumeva širok spektar kliničkih manifestacija uzrokovanih ishemijskom miokarda, koji uključuje: nestabilnu anginu pektoris, STEMI, NSTEMI i naprasnu smrt. Pored kliničke slike, promene u EKG snimku i porast kardiospecifičnih enzima ukazuju na AKS, a primena MONA protokola u terapiji u inicijalnoj fazi, daje najpovoljnije rezultate.

CILJ: Istražiti demografske karakteristike pacijenata sa AKS-om, primenu terapijskog protokola kao i pristup u zbrinjavanju pacijenata sa AKS-om.

MATERIJAL I METODE: Korišćeni su protokoli i terenski izveštaji ekipa ZHMP Kragujevac, koje su izlazile na teren kod 706 pacijenata sa AKS-om na teritoriji Grada Kragujevca u periodu od I-XII meseca 2008. godine. U obradi podataka korišćena je prosta matematička proporcija.

REZULTATI: Istraživanjem smo utvrdili da slučajevi AKS-a u posmatranom periodu variraju od meseca do meseca, sa pikom u avgustu (15,72%), a najmanje je zabeleženo u oktobru (5,24%). Češće se javlja kod ženske populacije (54,39%) i kod starosne grupe preko 60 godina (62,32%). Nešto češće se dešava u toku dana (55,81%). Najčešće se kao radna dijagnoza označava stenokardija (49,01%), a nešto ređe angina pektoris (43,34%) i akutni infarkt miokarda (7,65%). Najčešće primenjivane terapijske mere su: upotreba nitroglicerina (61,61%), oksigenoterapija (43,63%), acetil-salicilna kiselina (40,79%), dok se kompletan MONA protokol primenjuje kod 22,1% pacijenata sa AKS-om. Lekovi se aplikuju uglavnom peroralno (72,52%) i intraveniski (19,69%), a hospitalnim zbrinjavanjem se nastavlja dalji tretman pacijenata (92,21%).

ZAKLJUČAK: Kontinuirana edukacija zaposlenih u primeni važećih protokola, kao i nabavka savremenih terapijskih sredstava, doveli bi do smanjenja visoke stope mortaliteta i invaliditeta od AKS-a.

Ključne reči: Akutni koronarni sindrom, MONA protokol

e-mail: dragomani@ptt.rs

7.

PRIMJENA TROMBOLITIČKE TERAPIJE U SHMP DZ FOČA

Igor Kapetanov, Radmila Kapetanov

DOM ZDRAVLJA, FOČA

CILJ: Cilj rada je da prikaže napredak u radu SHMP u Republici Srpskoj, sa osvrtom na rad u DZ Foča.

MATERIJAL I METODE: Pri izradi rad korištena je dokumentacija SHMP, kao i otpusnica internog odjeljenja Bolnice Foča.

REZULTATI: Dana 17.10.2008. dobili smo poziv iz sela Čelebići udaljenog oko 40 km od Foče, lošim makadamskim putem, da se muškarac star 40 godina žali na snažan bol u predjelu srca. Od januara 2008. godine ampule reteplaze, kao i trake za brzo određivanje troponina spadaju u standardnu opremu SHMP u Republici Srpskoj. Ekipa hitne pomoći odlazi u intervenciju odmah po pozivu i dolazi do pacijenta za sat i petnaest minuta, što je s obzirom na izuzetno loš put rekordno vrijeme. Na monitoru defibrilatora jasna elevacija ST segmenta u II, III odvodu i aVF. Zbog jasne kliničke slike, EKG nalaza i pošto nije bilo kontraindikacija, a do dolaska u bolnicu bi prošlo bar sat i po, odlučujemo se po prvi put u našoj ustanovi

prehospitalno primijeniti trombolitičku terapiju (prvu dozu reteplaze). Rad srca je praćen na monitoru defibrilatora, saturacija pulsoksimetrom, odmah je ordinirano i 300 mg acetilsalicilne kiseline. Osim sporadičnih ekstrasistola nije bilo značajnijih poremećaja ritma, te je poslije 30 minuta ordinirana i druga doza reteplaze. Pacijent je u stabilnom stanju predan u intenzivnu njegu internog odjeljenja fočanske bolnice. Otpušten je poslije sedam dana bez znakova nekroze miokarda. Bolnica Foča se nalazi na svega 3 km od doma zdravlja, tako da su slučajevi kada se prehospitalno može primijeniti trombolitička terapija rijetki, pogotovo što su seoska područja slabo naseljena, a u područnim ambulancama nema stalno prisutnih ljekara, niti uslova za monitoring. Ovo za sada predstavlja jedini slučaj primjene trombolize prehospitalno.

ZAKLJUČAK: Iako se prehospitalna tromboliza kod infarkta miokarda kod nas primjenjuje još uvijek rijetko, njeno uvođenje predstavlja značajan napredak u kvalitetu SHMP na području koje pokriva Dom zdravlja Foča.

e-mail: kapetanovfil@yahoo.com

TOKSIKOLOGIJA

Poster prezentacije

1.

AKUTNO TROVANJE ORGANOFOSFORNIM PESTICIDOM –PRIKAZ SLUČAJA

Ljubica Vukobratović, Bojan Bagi, Kornelija Jakšić Horvat

OPŠTA BOLNICA SUBOTICA, URGENTNO ODELJENJE

U radu je prikazan slučaj suicidalnog akutnog trovanja organofosfornim pesticidom. Organofosforni pesticidi imaju široku primenu kako u poljoprivredi tako i u domaćinstvima stoga su moguća i zadesna i suicidalna trovanja. OFI su estri fosforne kiseline – inhibiraju acetilholinesterazu. Bolesnica K.M. dovežena sanitetskim kolima na Urgentno odeljenje, pošto su je ukućani našli bez svesti. Heteroanamnestički –kćerka sumnja da je majka popila nekoliko tbl Bensedina.

Po prijemu bolesnica bez svesti, tahipnoična, izrazito uskih zenica, oskudnih reakcija na grube draži, prisutna pena na ustima, akrocijanotična, respiratorno insuficijentna, zaudara na pesticid. Odmah se uradi ETI, plasira se nazogastrična sonda i učini se gastrična lavaža. S obzirom na prisustvo karakterističnog trijasa-mioza, hipersalivacija i fascikulacija mišića ordinira se ampula Atropina u bolusu i započinje se forsirana diureza. Sat vremena bolesnica diše spontano, toleriše tubus, nakon toga bez spontanih respiratornih pokreta – stavlja se na mehaničku ventilaciju. Urađeni lab. nalazi potvrđuju smanjenu vrednost holinesteraze (402). U jedinici intenzivne nege se ordinira Atropin u infuziji kontinuirano. Četvrtog dana po prijemu holinesteraze dostižu najnižu vrednost -155, a sedmog dana je urađena traheotomija. Nakon 15 dana boravaka u JIN dolazi svesti i počinje spontano da diše. Nakon 25 dana boravka u bolnici otpušta se kući u dobrom opštem stanju i bez ikakvih sekvela.

e-mail: kornelijajaksic@yahoo.com

2.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA U AKUTNIM TROVANJIMA LEKOVIMA I TROVANJIMA NEORGANSKIM KISELINAMA

Milan R. Radovanović(1), Mirjana S. Radovanović(2), Slaviša D. Sekulić(1)

(1) CENTAR ZA URGENTNU MEDICINU, KC "KRAGUJEVAC", (2) CENTAR ZA ANESTEZIJU I REANIMACIJU KC "KRAGUJEVAC"

UVOD: Teži oblici trovanja lekovima mogu rezultovati značajnom depresijom kardiovaskularnog sistema, hipotenzijom i šokom. Kardiovaskularne manifestacije trovanja neorganskim kiselinama su retke, ali pojava

acidoze može dovesti do gubitka svesti, depresije disanja i indirektnih poremećaja u funkcionisanju kardiovaskularnog sistema. Stoga, osim specifičnih mera lečenja usmerenih na sam otrov u ovim oblicima trovanja je neophodno sprovesti mere pravovremene kardiopulmonalne reanimacije. Mi smo prikazali dva bolesnika lečena u Centru za urgentnu medicinu KC "Kragujevac".

PRIKAZ BOLESNIKA: Prvi bolesnik: 28-godišnja žena hospitalizovana zbog poremećenog stanja svesti (Glazgov koma skor - 4) i kardiogenog šoka uzrokovanog akutnim trovanjem primenom 2 grama metoprolola (Presolol®), 1.8 grama diltiazema (Cortiazem®) i 50 miligrama cilazaprila (Zobox®). Kod bolesnice je sprovedena produžena kardiopulmonalna reanimacija i tokom prvih 16 sati hospitalizacije, pored primene 8 litara infuzionih rastvora, sukcesivno je primenjeno 17 mg adrenalina, 4 mg atropina, 4 mg glukagona, 1.6 g dopamina; uz elektrostimulaciju privremenim pejsmejkerom. U definisanom vremenskom periodu registrovano je normalizovanje stanja svesti, obustavljena mehanička ventilacija, uspostavljena normalna srčana aktivnost i hemodinamska stabilnost. Tokom hospitalizacije bolesnica je lečena od lakšeg oblika pneumonije, a nakon deset dana potpuno oporavljena upućena je na kućno lečenje. Drugi bolesnik: 61-godišnja žena hospitalizovana u besvesnom stanju sa slikom teškog oblika trovanja sumpornom kiselinom. Kod bolesnice su registrovani znaci respiratorne insuficijencije, cirkulatornog kolapsa, acidoze (pH 6.87, bazni eksces -29.6mmol/l), a nakon 87 minuta od prijema i znaci inferolateralnog infarkta miokarda sa ST elevacijom do 0.8 mV. I pored preduzetih mera intenzivnog lečenja osam sati nakon prijema registrovan je smrtni ishod.

ZAKLJUČAK: Pravovremeno započinjanje mera kardiopulmonalne reanimacije i multidisciplinarno lečenje u jedinicama intenzivne nege značajno povećava izgled za potpuno izlečenje bolesnika sa teškim oblicima polimedikamentoznih trovanja lekovima sa kardiodepresivnim dejstvom. Mada su kardiovaskularne manifestacije trovanja sumpornom kiselinom izuzetno retke, ingestija ove kiseline može dovesti do teškog infarkta miokarda i rezultovati smrtnim ishodom i pored primene mera intenzivnog lečenja.

e-mail: matejamm.radovanovic@gmail.com

3.

HEROINSKA INTOKSIKACIJA, DOMETI MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE

Rasim Agić(1), Alma Bajramspahić(1), Lidija Delević(1), Snežana Mićanović(2)

(1)DOM ZDRAVLJA BIJELO POLJE, (2)DOM ZDRAVLJA PODGORICA

UVOD: Heroin ili diacetylmorphine je polusintetski derivat morfina, koji je prvi put u Njemačkoj proizveo komercijalno Dresser 1898.godine kao lijek za odvikavanje od morfina. Ima izgled bijelog ili svijetlomrskog praška. U pogledu sveukupnih efekata moćniji je 20-25 puta od morfina, a dva puta je jače adiktivan. Heroin se poslije injiciranja u organizam transformiše u morfin u toku od samo pet minuta. Heroin je vjerovatno najadiktivnija droga i u stanju je da već poslije nekoliko dana izazove snažnu fizičku zavisnost. Zbog toga se više ne koristi u medicini i danas ga isključivo koriste narkomani širom svijeta. Trenutno je najraširenija i najopasnija droga koju koriste zavisnici u Crnoj Gori. Heroin se najčešće unosi u organizam intravenskim putem, a može se uzimati putem ušmrkavanja praška ili inhalacijom heroinskih para.

CILJ RADA: Dometi medikamentozne terapije heroinske intoksikacije, koja pretstavlja urgentno medicinsko stanje administriranjem naloksona (ili naltreksona), antagonist koji blokiraju efekte opioida.

REZULTATI RADA: Faktori rizika predoziranosti (overdose) mogu biti akcidentalni ili u samoubilačke svrhe i odnose se na: neiskustvo korisnika sa niskom tolerancijom i lošom procjenom doze, nehatno uzimanje iste količine droge kao u vrijeme intenzivnog drogiranja nakon apstinencije i pada tolerancije, istovremeno uzimanje heroina i depresora CNS koji se uzajamno pojačavaju i dovode do paralize disanja, uzimanje heroina sa različitim procentom aktivne opioidne supstance. Najčešći znaci predoziranja heroinom su koma, depresija disanja sa svega 2-4 udisaja i izdisaja u minuti i zenice sužene do tačkica.

Prvi korak u liječenju predoziranosti opijatima je obezbjeđenje prohodnosti disajnih puteva i asistirana ventilacija, "usta na usta" ili sa Ambu kesom sa 100% kiseonikom. Pri najmanjoj sumnji na predoziranje heroinom daje se nalokson, čist antagonist opioida intravenski u dozi od 0,8 mg. Ukoliko ne dođe do željenog efekta i nakon 15 minuta dodaje se još 1,6 mg istog lijeka. Ako i u toku sljedećih 15 minuta ne dođe do vidljivog poboljšanja dodaje se još 3,2 mg naloxona intravenskim putem. Sve vrijeme se observira frekvencija disanja, promjer zenica i stanje svijesti. Heroinski efekat na depresiju disanja može da traje do 6 časova, a metadonski

od 24 do 72 časa. Zbog toga bolesnika treba opservirati svakih 15 minuta u toku 4-8 časova. Nakon uspostavljanja disanja i budne svijesti bolesniku se uključuje intravenska infuzija 4 mg (10 ampula) u 1000 ml glicosae 5%-100 ml/h. Izostanak odgovora na nalokson upućuje na sasvim drugu etiologiju poremećaja. Ako je postupak uspješan nastaviti sa intravenskim davanjem naloksona 0,4 mg na svaki sat sve dok se opijati ne eliminiše. Pacijent se opservira minimalno 24 sata.

ZAKLJUČAK: Pri najmanjoj sumnji na predoziranje heroinom dati nalokson intravenski definisanim protokolom terapijske procedure. Većina simptoma intoksikacije heroinom se povlači ili povoljno reaguje nakon administracije naloksonom.

e-mail: mikro@t-com.me

4.

MASOVNO TROVANJE HRANOM NA SVADBI – PRIKAZ SLUČAJA

Nikola T. Kostić

DOM ZDRAVLJA U GRAČANICI, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

7. avgusta 2008. godine u 2 časa ujutro, primljen je poziv o masovnom trovanju na svadbi u selu Izvor u opštini Novo Brdo. Iako ta ambulanta ne pripada našem Domu zdravlja, dežurna ekipa je odmah krenula sanitetskim vozilom sa KS tablicama (registarske tablice koje izdaje UNMIK) da u putu bi bilo primećeno da smo Srbi.

Nakon 40 minuta vožnje smo stigli do sela Prekovce, gde postoji manja ambulanta i iz koje nam je i upućen poziv. Ona je bila prepuna bolesnika, tako da su mnogi sedeli na stolicama ili ležali na klupama primajući infuzione rastvore. Dva lekara su im pružala pomoć i u razgovoru sa dežurnim kolegama saznali smo da je izvor infekcije bilo svinjsko pečenje, koje je više od 30 sati pre konzumacije bilo ispečeno i pri avgustovskim vrućinama skladišteno na neprikladnom mestu. Obavešteni smo da je veliki broj obolelih još uvek u selu Izvor, gde je i bila pomenuta svadba, jer nema ko da im pruži pomoć. Ovo selo je razućenog tipa i kuće su na velikoj međusobnoj udaljenosti, dok je put zemljan i veoma loš, uz puno uspona i nizbrdica. Krenuli smo tamo, uz vođstvo lokalnog poštara, i obišli po mrklom mraku puno domova i preuzeli 5 pacijenata, dok smo drugima dali savete i vratili se do lokalne ambulante u Prekovcu.

U konsultaciji sa kolegama odlučili da troje najtežih pacijenata transportujemo do Interne klinike KBC Gračanica. Najteže obolela pacijentkinja je položena na nosila, a dva druga pacijenta su sela na sedišta za medicinske tehničare, istovremeno su bili priključeni na infuzione rastvore. Nije bilo komfora za pacijente ali se drugačije nije moglo transportovati.

Pacijenti su hospitalizovani, a uzročnik infekcije je bila salmonela. Svi su se uspešno oporavili.

e-mail: info@dzgracanica.org

5.

NAMERNO SAMOTROVANJE I IZLAGANJE ALKOHOLU MEĐU MLADIMA

Vekoslav Zaić

DOM ZDRAVLJA "RESAVA", SVILAJNAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ RADA: Cilj rada je da se prikaže učestalost trovanja alkoholom među mladima u SHMP u Svilajncu u toku 2008-e godine.

METOD RADA: Istaživanje je izvršeno po tipu retrospektivne opservacione studije, analiziranjem podataka iz protokola SHMP u toku 2008 godine i izvršena je statistička analiza dobijenih podataka sa grafičkim, procentualnim i tabelarnim prikazom.

REZULTATI RADA: U toku 2008-me godine u SHMP pregledano je 11.100 pacijenata, od tog broja 93 (0.84 %) sa dijagnozom nekog vida trovanja.

Posmatrajući distribuciju prema polu uočava se veći udeo muškog pola 65 (70%) u odnosu na ženski 28 (30%). Od ukupno 93 pregledanih pacijenata, kod najvećeg broja je dijagnostikovano trovanje alkoholom 55 (59%),

trovanje lekovima 15 (16%), trovanje pesticidima 10 (11%), trovanje korozivnim supstancama 5 (6%), trovanje gasovima 4 (4%), trovanje organskim rastvaračima 2 (2%), trovanje sapunima i deterdžentima 2 (2%). Posmatrajući distribuciju trovanja alkoholom prema godini rođenja uočen je pik upravo među generacijama od 1990-1994 (rana i srednja adolescencija) odnosno 30% svih trovanja alkoholom. Distribucija trovanja alkoholom u uzrastu od 14-19 godina pokazuje najveću učestalost u uzrastu od 16 i 17 godina (37,5%), zatim među četrnaestogodišnjacima (13%) a u istom procentu, 6% kod adolescenata sa 18 i 14 godina.

ZAKLJUČAK: Uočava se značajan broj mladih sa dijagnozom akutnog trovanja alkoholom 16 (30%) u odnosu na ukupan broj pacijenata sa ovom dijagnozom. To se nameće kao problem koji zahteva svestran pristup, pre svega u preuzimanju preventivnih aktivnosti sa ciljem podizanja svesti mladih u vezi sa upotrebom alkohola.

Ključne reči: alkoholizam, mladi.

e-mail: drvekoslav@yahoo.com

6.

RANA DIJAGNOSTIKA I LEČENJE AKUTNIH TROVANJA

Andrej Šimon, Kornelija Jakšić-Horvat, Mihaela Budimski

DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Akutna trovanja predstavljaju jedan od značajnih problema sa kojima se susreću lekari u SHMP. U radu je obuhvaćena retrospektivna analiza svih svih slučajeva sa dijagnozom akutnog trovanja u SHMP Subotica koji su transportovani do bolnice lekarskom ekipom u 2008.godini. U radu su korišteni urgentni protokoli naše službe. Cilj rada je da prikaže učestalost trovanja po polu, starosnim grupama, vrsti supstance. U 2008.godini ukupan broj terenskih lekarskih intervencija iznosio je 11801, a od toga 149 (1,26%) zbog akutnih trovanja raznim supstancama, od kojih su najčešća trovanja sa benzodijazepinima, alkoholom i heroinom. Analiza slučajeva je pokazala da su trovanja najčešće suicidalnog karaktera (66%). Češća su u muškoj populaciji (55,7%). Dominantan put unosa supstance je per os (93%) i najčešća su u starosnoj dobi od 21-30 godina. Najveći broj slučajeva akutnog trovanja zabeležen je u VIII, a najmanji u V mesecu 2008. U zbrinjavanju akutno otrovanih primenjavani su svi savremeni principi lečenja (provocirano povraćanje, medicinski uglj, forsirana diureza, antidoti...). Od izuzetnog značaja je poznavanje kliničke slike trovanja, situacionih okolnosti trovanja i dobijanja heteroanamnestičkih podataka u cilju započinjanja adekvatne terapije.

e-mail: bockyca@gmail.com

7.

TROVANJE BUNIKOM-PRIKAZ SLUČAJA

Anđelka Arsenijević, Dobrica Janković, Milan Čikarić, Marina Milenković

ZDRAVSTVENI CENTAR "SVETI LUKA", SMEDEREVO, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Prikazan je slučaj bolesnika koji se zadesno otrovao bunikom (*Hyoscyamus niger*), korovskom biljkom rasprostranjenoj u Srbiji. Otrovao se jedući plodove biljke dok je napasao kozu. Trovanje je bilo praćeno simptomima tipičnim za antiholinergičke supstance i slični dejstvu BZ bojnih otrova: delirijum, zamagljeni vid, midrijaza, halucinacije, suva sluzokoža, inhibicija znojenja, hipertermija, tahikardija, smanjenje peristaltike želuca i mokraćne bešike. Prikazujemo i značaj ranog prepoznavanja simptoma trovanja, valjanost anamneze, i učinak dobre simptomatske terapije i opservacije pacijenta.

Ključne reči: trovanje, bunika.

e-mail: svlukaap@gmail.com

8.

TROVANJE UGLJEN MONOKSIDOM - PRIKAZ SLUČAJA

A. Bajramspahić, L. Delević, R. Agić

ZU DOM ZDRAVLJA, BIJELO POLJE, CRNA GORA

Ugljen monoksid je gas bez boje i mirisa i ukusa koji se pojavljuje na mjestima gdje dolazi do nepotpunog sagorijevanja. Pripada grupi hemijskih zagušljivaca koji prodiru u organizam inhalacijom, u osnovi uzrokuje hipoksiju, inhibirajući enzime disanja, a eliminiše se disajnim putevima.

CILJ RADA. Prikazom slučaja trovanja ugljen monoksidom željeli smo ukazati na značaj registracije, edukacije i prevencije trovanja, u cilju smanjenja broja slučajeva trovanja.

PRIKAZ SLUČAJA. Petoro maturnata, dvije učenice i tri učenika, nakon drugarske večeri, sa jednim od organizatora slavlja, starosti 44 godine, odlaze u poslovni prostor, koji se nalazi u podrumskom nivou, sa lošom ventilacijom, da prave roštilj. Podložili su roštilj na drveni ugalj. Ubrzo su se počeli javljati simptomi trovanja: glavobolja, vrtoglavica, mučnina, mišićna i opšta slabost, bolovi u grudima, smetnje vida. Dvoje otrovanih je izgubilo svijest. Učenici sa blažim simptomima su uspjeli da ih iznesu vani i organizuju prevoz do Hitne pomoći. Kod najstarijeg otrovanog registrovane su promjene u objektivnom statusu: tahikardija, hipotenzija, na EKG-u: promjene na ST intervalu i T zupcu, koje su kardiološki observirane, i nestale su nakon dvije sedmice. Ostali otrovani nisu imali promjena u objektivnom statusu.

ZAKLJUČAK. Svaki slučaj trovanja ugljen monoksidom treba registrovati i analizirati. Prikazom slučajeva trovanja daje se doprinos preventivnom djelovanju u smislu regularnog predviđanja, inspekciji uređaja za sagorijevanje, adekvatne vazdušne ventilacije, edukacije, i to kako na zaštiti profesionalno izloženih tako i na zaštiti opšte populacije.

Ključne riječi: trovanje, ugljen monoksid.

e-mail: ldelevic@yahoo.com

NAPRASNA SRČANA SMRT

Usmena predavanja

1.

DEMOGRAFSKO-ETIOLOŠKI ČINIOCI SRČANOG ZASTOJA I ISHOD PREHOSPITALNE KPR

Aleksandar Kličković(1), Milan Mirković(1), Zoran Kličković(2), Slobodan Kitanović(1), Gorica Srečković(1)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC, (2)JZU DOM ZDRAVLJA TIVAT

UVOD: Cardiac arrest (akutni zastoj srca-CA) je nagli i neočekivani prestanak cirkulacije krvi, izazvan funkcionalnim prestankom rada srca, odnosno prestankom mehaničke aktivnosti srca. Vodeći je uzrok mortaliteta, kako u svetu (36%), tako i kod nas. Jedini pravi lek je rana primena kardio-pulmonalne resuscitacije (KPR). KPR predstavlja skup mera i postupaka u cilju uspostavljanja ili održavanja osnovnih vitalnih funkcija (respiracija, cirkulacija i moždana funkcija).

CILJ: Cilj rada je istražiti demografske karakteristike pacijenata i etiologiju nastanka cardiac arresta i ishod primenjenih mera.

MATERIJAL I METODE: Korišćeni su protokoli i terenski izveštaji ekipa ZHMP Kragujevac, koje su ukazivale KPR kod 135 pacijenata sa CA na teritoriji Grada Kragujevca u periodu od I-XII 2008. godine. U obradi podataka korišćena je prosta matematička proporcija.

REZULTATI: Istraživanjem smo utvrdili da slučajevi CA variraju od meseca do meseca, ali su najizraženiji u zimskim mesecima sa pikom u januaru (16,3%). Češće se javlja kod muške populacije (63,7%) i kod starosne grupe preko 60 godina (59,26%). Nešto češće se dešava u toku dana (53,33%), kao i četvrtkom (18,52%), a najmanje vikendom. Najčešće nije moguće utvrditi uzrok CA (58,52%), a od poznatih su srčana oboljenja

dominantna. U optimalnom vremenu do 8 min, ekipe HMP stižu u 71,85%, što je u korelaciji sa brojem započetih reanimacija (70,37%), od čega je registrovano 17,89% uspešnih reanimacija prema kriterijumu ROSC \geq 20 min. Najčešće primenjivane mere kod KPR-a su: upotreba lekova, spoljašnja masaža, asistirana ventilacija, EKG-monitoring i defibrilacija.

ZAKLJUČAK: Primenom mera prevencije kod rizičnih grupa populacije smanjila bi se pojava CA, a rana primena mera KPR-a dovela bi do smanjenja visoke stope mortaliteta od CA.

Ključne reči: Cardiac arrest, KPR

e-mail: aklickovic@sbb.rs

2.

JEDINSTVENI PROTOKOL KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE (KPR) – POTREBA ILI LUKSUZ

Saša Ignjatijević, Tatjana Rajković, Tatjana Mičić, Danijela Stefanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Cardiac arrest (CA) predstavlja veliki problem za sistem zdravstva. Zahvaljujući prikupljenim podacima svake pete godine donose se nove smernice za efikasnije lečenje pacijenata sa zastojem srca. Zbog toga ti podaci koji se sakupljaju treba da budu precizni, potpuni i jedinstveni bez obzira na to u kojoj zemlji se evidentiraju.

CILJ: Utvrditi da li je postojeći način evidencije CA i KPR dobar i ako nije da li je potrebno da se zameni nekim boljim.

METODE I MATERIJAL: Retrospektivna analiza potpunosti podataka o CA i KPR u Zavodu za hitnu medicinsku pomoć (ZHMP) u Nišu u 2008.god. Podaci dobijeni iz lekarskih poziva, terenskih i ambulantnih protokola.

REZULTATI I DISKUSIJA: Pregledom dostupnih podataka može se uočiti da oni nisu kompletni zbog toga što se upisuju u više protokola (ambulantni, terenski), koji nisu svojim dizajnom pogodni za unos ovakve vrste podataka. Podaci koji su praćeni (pacijenti sa rađenim KPR) su nepotpuni u više oblasti: prethodne bolesti od kojih je pacijent bolovao - 26,6% nedostaje, godina rođenja bolesnika – 2,8%; vreme primanja poziva – 6,8%; vreme kada je ekipa stigla na mesto intervencije – 4,8%; red hitnosti – 15% i inicijalni ritam – 10,9%.

Upravo iz gore navedenih podataka se može videti da ima potrebe za uvođenjem jedinstvenog obrasca kojim bi se registrovale sve nasilne smrti. Takav obrazac je napravljen i zove se LEKARSKI IZVEŠTAJ – NAPRASNA SMRT, ali se ne koristi u svakodnevnom radu.

ZAKLJUČAK: Uvođenjem ovakvog obrasca bi se umnogome olakšao rad oko prikupljanja, evidentiranja i obrade podataka vezanih za CA i KPR u ZHMP u Nišu, što bi moglo da se iskoristi za poboljšanje kvaliteta našeg rada iz oblasti KPR.

e-mail: signjat@sbb.rs

3.

PREDLOG UNIFORMNOG NACIONALNOG REGISTRA KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE (KPR) PO "UTSTEIN" PROTOKOLU SA PRIKAZOM DVOGODIŠNJE ANALIZE U HMP SOMBOR

Bogdan Nikolić, Snežana Holcer Vukelić, Jakša Zeković, Dragan Srećić, Ana Kasap, Veljko Veljković, Ankica Sladaković, Radovan Arnaut

DOM ZDRAVLJA "DR ĐORĐE LAZIĆ", SOMBOR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ RADA: U radu su dati predlozi pojedinačnog i zbirnog obrasca po "Utstein" protokolima sa poslednjim izmenama iz 2002 godine.. Upotreba ovih obrazaca daje velike mogućnosti analize i pronalaženja eventualnih slabih karika u lancu preživljavanja.

MATERIJAL I METODE: retrospektivna analiza pokušanih reanimacija nakon srčanog zastoja iz protokola Hitne medicinske pomoći (HMP), odeljenja intenzivne nege i koronarne jedinice u Somboru u toku 2007 i 2008 godine.

REZULTATI: HMP Sombor pokriva teritoriju grada i naseljenih mesta udaljenih 15 do 35 km sa populacijom od oko 100.000 stanovnika. U toku analiziranog perioda registrovano je 116 potvrđenih srčanih zastoja od kojih u 11 slučajeva nije započeta KPR, a za 19 slučajeva nije mogla biti kompletirana analiza svih parametara po "Utstein" protokolu. Vremenski interval od poziva do započete KPR kretao se od prosečnih 6 minuta u gradu do 18 minuta za intervencije u naseljenim mestima. Ventrikularna fibrilacija (VF) kao inicijalni ritam registrovana je u 41%, asistolija u 39% a električna aktivnost bez pulsa u 20% slučajeva. Od ukupno 49 pacijenata, koji kao početni ritam nisu imali VF, 11 je merama KPR prevedeno u VF i defibrilirano. Spontana cirkulacija uspostavljena je ukupno kod 54% pacijenata ili u 69% slučajeva VF i 41% ostalih. Preživljavanje, što po ovom protokolu znači da je pacijent otpušten živ iz bolnice, podeljeno je prema bitnim parametrima: Ukupno preživelih je bilo 14 od 86 ili 16%. Preživeli kod kojih je očevidac započeo KPR 36%, ili 5 od 14. Kada je kao inicijalni ritam registrovana VF, preživelo je 28% , a u slučaju asistolije i električne aktivnosti bez pulsa 8% ili 4 od 49 pacijenata. Ni jedna žrtva srčanog zastoja u naseljenim mestima nije preživela događaj.

ZAKLJUČAK: Potreba za jedinstvenim nacionalnim protokolom po "Utstein" obrascu je uslov za sve uporedne analize našeg sa pojedinim svetskim sistemima organizacije zbrinjavanja žrtava iznenadnog srčanog zastoja kao i koristan alat za pronalaženje i ispravku slabosti u procesu rada. Na primeru Sombora jasno je da, osim vremena koje je najznačajniji ograničavajući faktor, pomoć očevidaca izostaje a u udaljenim naseljenim mestima postoji potreba za automatskim defibrilatorima. Rezultati potvrđuju da pacijenti zatečeni u VF srčane etiologije i uz pomoć očevidaca imaju značajno veće šanse za preživljavanje.

e-mail:sailfunb@gmail.com

4.

KADA PRESTATI SA REANIMACIJOM?

Marija Mandić

DOM ZDRAVLJA SUBOTICA

UVOD: Odluke o reanimaciji ili o nereanimaciji mogu biti donesene na individualnom, internacionalnom i lokalno kulturološkom nivou, zakonski, na osnovu tradicije, religije, socijalnih i ekonomskih faktora. Ponekad odluka može biti donešena unapred od strane samog pacijenta, lekara ili rodbine, ali češće se ona donosi u momentima neposredno pred samu reanimaciju. Iz tog razloga važno je da zdravstveni delatnici razumeju principe vezane za ovo pre nego se stave u poziciju da odluka o reanimaciji, ali i njenom prestanku mora biti donešena.

CILJ RADA: Steći uvid u etičke principe o prestanku reanimacije

METOD RADA: U ovom radu korištene su smernice za reanimaciju iz European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005.

REZULTATI: Nekoliko faktora će uticati na odluku o prestanku reanimacije. To će najpre podrazumevati: istoriju bolesti i prognozu bolesti, te vreme proteklo od cardiac arresta do započinjanja reanimacije. Ukoliko je postalo jasno da uzrok aresta ireverzibilan (npr. end stage MODS-a i slično), reanimaciju treba obustaviti ako je pacijent u asistoliji i pored pruženih ALS (Advance life support) mera. U načelu, reanimaciju treba nastaviti dokle god perzistira VF. Generalni prihvaćen stav je da da ukoliko asistolija traje duže od 20 minuta i pored svih ALS mera reanimacije, mada je uzrok reverzibilan, reanimaciju treba obustaviti. Ipak treba uzeti u obzir i mogućnost produžene reanimacije, kao i eventualno donorstvo organa. Pristup inicijalnom produžavanju života jedino u svrhu donorstva organa je tema o kojoj još uvek ne postoji generalni stav u evropskim zemljama. Mnogi će duže sprovesti reanimaciju ukoliko je u pitanju dete. Ova odluka nije u načelu zasnovana na naučnim dokazima jer ishod nakon reanimacije kod dece je najčešće gori nego kod odraslih.

ZAKLJUČAK: Na nama je kao zdravstvenim radnicima da poznavajući osnovne preporuke o reanimaciji, te ipak posmatrajući svaki slučaj zasebno, obustava reanimacionog postupka bude pre svega etički korektna jer ipak svako želi da umre dostojanstveno.

e-mail: marijadunav@yahoo.com

5.

LARINGEALNA MASKA U RESUSCITACIJI -PRO I KONTRA

Vladimir Perić(1), Ilona Schaffer(2)

ZDRAVSTVENI CENTAR "KOSTA SREDOJEV ŠLJUKA" KIKINDA (1)URGENTNO PRIJEMNO TRIJAŽNA SLUŽBA,
(2)SLUŽBA ZA ANESTEZIJU I INTENZIVNU TERAPIJU

UVOD: Upotreba laringealne maske (LM) u anesteziji postala je rutina, naročito kod ambulantnih, kratkotrajnih operacija i kod onih gde je izvođenje endotrahealne intubacije otežano ili neizvodljivo. U zadnje vreme pojavile su se studije koje izveštavaju o korisnosti laringealne maske i u urgentnoj medicini, pri prvim postupcima vanbolničkog i bolničkog oživljavanja.

METODI I CILJ: Metaanaliza dostupne literature preko Medline-a (US National Library of Medicine) objavljene u periodu 1992-2007.g u vezi upotrebe laringealne maske sa strane ekipe urgentne medicine i ekipe kardiopulmonalne reanimacije (CPR). Cilj rada je da ukaže na korisnost laringealne maske u resuscitaciji i na eventualne opasnosti i kontraindikacije prilikom upotrebe.

REZULTATI: Kontrola disajnih puteva i održavanje efektivne asistirane ventilacije su prioritetni u urgentnoj medicini pri osnovnim postupcima potpore životnih funkcija. Laringealna maska nudi nove mogućnosti u ventilaciji, mogućnost između ventilacije maskom i endotrahealne intubacije. Nažalost laringealna maska ne obezbeđuje zaštitu disajnih puteva od inhalacije gastričnog sadržaja i ograničena joj je upotreba i kod bolesnika sa smanjenim torakopulmonalnom komplijansom. Međutim, komparirajući sa običnom maskom, laringealna maska nudi nekoliko beneficija u tretmanu kardiorespiratornih aresta sa strane paramedicinskog tima i drugih spasilačkih ekipa. Procedura plasiranja LM je jednostavna, lako se nauči. LM poboljšava sigurnost disajnog puta, oslobađa ruke reanimatora, omogućuje endotrahealnu aspiraciju. Ove prednosti čine upotrebu laringealne maske tehnikom koju treba da savlada osoblje koje izvodi CPR prilikom kardiorespiratornog aresta. Međutim laringealna maska ne može da zameni endotrahealnu intubaciju koja zasad ostaje jedina tehnika koja garantira sigurnost i zaštitu gornjih disajnih puteva, kao i efikasnu kontrolu ventilacije. U retkim pojedinim slučajevima endotrahealna intubacija može da bude otežana, a nekada i neizvodljiva. Upravo u takvim situacijama laringealna maska ima izuzetnu korisnost kao privremena solucija ili kao alternativa za tešku ili neizvodljivu intubaciju. Brain- izumitelj laringealne maske- smatra da hipoksija i posledično oštećenje mozga zbog hipoksije prilikom višekratnih neuspelih pokušaja intubacije su opasniji od eventualne posledice aspiracije gastričnog sadržaja upotrebom LM.

ZAKLJUČAK: Brzina obezbeđivanja disajnog puta i adekvatne ventilacije prilikom neizvodljive intubacije je izuzetno važan faktor. Iskusan korisnik laringealne maske u roku 10 sec može da obezbedi disajni put i ventilaciju pozitivnim pritiskom, dok u roku 30 sec može da plasira endotrahealni tubus preko laringealne maske. Zbog navedenih razloga predlaže se da LM bude deo reanimacionog kompleta.

e-mail: vldperic@yahoo.com

6.

PRIMENA DEFIBRILATORA U VIŠOJ ŽIVOTNOJ POTPORI KOD NAPRASNIH SRČANIH SMRTI

Dragan Milojević, Vladimir Gajić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: Naprasna smrt predstavlja najveći problem zdravstvenim radnicima koji se bave urgentnom medicinom. Svaka naprasna smrt se tretira po određenim protokolima za osnovnu i višu životnu potporu. Primena defibrilatora je nesporni činilac svakog algoritma koji sprovode timovi za reanimaciju.

CILJ RADA: Analiza primene defibrilatora u višoj životnoj potpori kod naprasnih smrti koje su tretirale ekipe hitne pomoći Kragujevac.

METODOLOGIJA: Uvid u terenske protokole izlazaka ekipa hitne pomoći Kragujevac u periodu 01.01.-31.12.2008 godine i analiza tretiranja svih evidentiranih naprasnih smrti.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U posmatranom periodu je nađeno 130 naprasnih smrti, što čini 0,55% svih terenskih izlazaka. Dve trećine slučajeva čine muškarci i to najviše u dobi 56-60 godina(12). Žene čine trećinu

slučajeva i najviše ih je u dobi 76-80 godina(15). Četiri petine slučajeva je u gradskoj sredini. Najviše evidentiranih je u mesecu aprilu(18), a najmanje u oktobru(4). Najviše smrti se desilo između 14-15 časova(12), dok je najmanje u intervalu 21-22 časova. Kao prvi stepen hitnosti je prijavljeno 57%, kao drugi 25%, a kao treći 6%. Jedna trećina slučajeva je prijavljena kao formulacija "umire čovek-žena", a jedna šestina slučajeva pod "bez svesti". Terapija je kod 122 slučajeva podrazumevala mere BLS-a, a primenjeno je 257 adrenalina(po 2 u proseku) u 129(od 130)slučajeva. Atropin je primenjen u jednoj desetini slučajeva. Defibrilator je primenjen u 44% slučajeva. Lekari opšte prakse su defibrilator primenjivali u 48%, dok su specijalisti defibrilator primenjivali u jednoj trećini slučajeva. Primena defibrilatora je rasla tokom godine, posmatrano po mesecima. Jedna šestina pacijenata(18,46%) je transportovana na dalje lečenje, dok kod ostalih reanimacija nije imala efekata.

ZAKLJUČAK: Potrebno je izraditi algoritamske upitnike kako bi se pre svega lakše, brže i bolje prepoznavali ovakvi slučajevi i dao im se adekvatan prioritet. Potrebno je sistematski raditi na edukaciji timova kojima bi primena defibrilatora bila sastavni protokola više životne potpore.

Ključne reči: primena defibrilatora, ALS, naprasne smrti

e-mail: drgaja@sbb.rs

Poster prezentacije

1.

AKUTNI ZASTOJ SRCA KAO POSLEDICA FIZIČKOG STRESA KOD ADOLESCENATA

Dragan Cakić, Lidija Mišić

DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Srčani zastoj predstavlja najurgentnije i najdramatičnije patološko stanje, a karakteriše se naglim gubitkom svesti, jer moždana funkcija prestaje za oko petnaestak sekundi po prestanku cirkulacije: odsustvo pulsa nad velikim arterijama (karotis, femoris) jedan je od najvažnijih znakova prestanka srčanog rada i cirkulacije. Poznavanje odnosa fizički stres i naprasna srčana smrt ima poseban klinički značaj, naročito kada je reč o osobama koje su imale relativno "dobro srce" da bi umrle.

CILJ: Važnost identifikovanja osoba sa visokim rizikom od cardiac arresta u cilju prevencije iznenadne srčane smrti.

MATERIJAL I METODE: Prikaz slučaja adolescenta R.D. starog 17 godina, broj terenskog protokola 11084/08 sa srčanim zastojem posle fizičkog stresa, a na terenu najverovatnije ranije preležanog miokaditisa.

REZULTATI: Ekipa SHMP biva upućena, od strane dispečera, u srednju hemijsku školu zbog devojčice koja ima bolove u trbuhu. Po dolasku u dvorište škole usledili su panični pozivi u pomoć desetine dece sa prozora škole za dečaka koji se u tom momentu srušio u hodniku škole. Heteroanamnestički od prisutne dece saznajemo da se upravo završio čas fizičkog na kome je R.D. igrao nogomet. U hodniku škole nalazimo na podu sedamnestogodišnjeg R.D. bez svesti, cijanotičnog, bez respiracija i bez karotidnog pulsa, sa dilatiranim nereaktivnim zenicama, što je bilo dovoljno za postavljanje dijagnoze cardiac arresta. Odmah smo započeli KPR (kardio-pulmonalna reanimacija) i sprovodili je uporno do pojave znakova života. Inicijalni ritam je bila VF. Primenjena je spoljašna masaža srca, intubacija, ventilacija, kiseonik, periferni venski put, adrenalin, amiodaron, DC šok, monitoring, transport, hospitalizacija. Nakon 17 dana otpušta se kući sa implantiranim cardioverter defibrilatorom.

ZAKLJUČAK:

1. Fizički stres udružen sa povećanim lučenjem kateholamina (takmičarski duh) može i na dotle relativno zdravom srcu da uzrokuje maligne poremećaje ritma.
2. Faktor vreme od velikog je značaja za ishod KPR-a
3. Sve dok perzistira VF treba sprovoditi KPR.

e-mail: dragan.cacic@yahoo.com

2.

ANALIZA PREDIKTIVNIH FAKTORA VANHOSPITALNE KPR -A NA PODRUČJU OPŠTINE NOVI SAD

Z. Markanović, M. Gluhović, H. Šinka, S. Keča, E. Krombholc, M. Očenaš, N. Vučenović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

UVOD: Mnoge vanhospitalno reanimirane osobe ne dočekaju prijem, otpust iz bolnice i godinu dana nakon srčanog aresta (SA). Godišnja incidenca primarnog SA za sve ritmove koje leči HMP je 38 na 100 000 stanovnika na području Evrope. S obzirom na ovako visoku incidencu praćenje parametara koji utiču na uspešnost VHKPR-a, organizovanje EHMP na način na koji mogu da ostvare svoj maksimum, kao i postojanje jedinstvenog registra na nivou države treba biti imperativ u budućnosti.

CILJ: 1) Praćenje uspešnosti VHKPR-a, 2) Analiza prediktivnih faktora vezanih za ishod VHKPR-a (varijable vezane za samog pacijenta, lokaciju i varijable SA), 3) Analiza ispoštovanosti Utstein protokola.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna studija 180 pacijenata ZHMP Novog Sada. Podaci su uzeti iz Utstein protokola pacijenata oživljanih posle utvrđenog SA. Za statističku obradu podataka je korišćen program Microsoft Excel 2007 i standardne statističke metode.

REZULTATI: Muški pacijenti bili su 1,85 puta češće zastupljeni. Prosečna starost je bila 65 godina, incidencija SA je bila 2 puta češća u starosnoj grupi od 61 do 80 godine. U 82% slučajeva SA se dogodio kod kuće a u manjem procentu se radilo o drugom mestu. BLS je bio pružen u 4% slučajeva. Prosečno vreme dolaska EHMP za urbani deo je 6,1 a za suburbani 6,4 minuta. Kod 60% pacijenata KPR je pružen u intervalu od 5 do 10 minuta. Asistolija je bila najčešći inicijalni ritam i ti su pacijenti imali najslabije preživljavanje. Preživeli pacijenti su u većem procentu imali kao inicijalni ritam VF i VT. Uspešne KPR-e su preovladavale u popodnevnim satima. Preživljavanje do prijema u bolnicu je bilo 21%.

ZAKLJUČAK: Dobijeni rezultati brojnih parametara KPR-a, njihova povezanost i specifičnost u lancu preživljavanja zahteva maksimalno angažovanje ekipe na terenu i dobru organizaciju HMP. Stvaranje opštih uslova u okviru cele društvene zajednice za kvalitetnije funkcionisanje HMP i uključivanje pojedinaca u VHKPR-u će doprineti ispoštovanosti usvojenih protokola i zadovoljiti maksimum prehospitalnog nivoa.

Ključne reči: Srčani arrest, KPR, BLS, Utstein protokol, Hitna medicinska pomoć

e-mail: markanoviczorica@hotmail.com

3.

BOLUS SMRT I KARDIO-PULMONALNA REANIMACIJA

Tomislav Tomić

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ RADA je da se pokaže koliko bolus može biti opasan i da je potrebno raditi na edukaciji ljudi kako bi što pre pomogli sebi i drugima iz neposredne okoline do dolaska ekipe hitne pomoći

MATERIJAL ZA RAD je dobijen iz ambulantnih i terenskih protokola ,obrađen je analitički i deskriptivno.

REZULTAT rada je poražavajući, od 5 slučajeva koji su reanimirani od ekipa hitne pomoći svih 5 su završili sa smrtnim ishodom. Interesantno je da u 4 slučaja se radi o mlađim osobama starosti 25-30 godina, sem jednog starijeg čoveka starosti preko 60 godina .Kod svih se konstatuje da su bili pod uticajem alkohola i da su muškog pola. Svi su bili dovedeni u našu službu privatnim autom sa slavlja gde se akcident dogodio, uglavnom iz mesta koja su dosta udaljena od grada. Svi su imali tipičnu anamnezu u kojoj je pratnja govorila da je pacijent imao nagli napad gušenja i da je izgubio svest u toku jela. Ni jednoj osobi nije pružena nikakva pomoć do dolaska u hitnu pomoć. Po dolasku kod svakoga je na EKG zapažena asistolija dok je pri pokušaju intubacije nalaženo strano telo u farinksu. Reanimacija je rađena kod svakoga po protokolu CPR, međutim bezuspešno. Niko od ljudi nije primenio Hajmlihov zahvat niti je čuo za njega!

ZAKLJUČAK je da se tragičan ishod mogao izbeći brzom reakcijom prisutnih ljudi i da je potrebno raditi na što široj edukaciji ljudi principima prve pomoći kako zbog ovog problema tako i zbog drugih zdravstvenih stanja koja mogu odneti život

e-mail: tomatomic79@gmail.com

4.

CARDIAC ARREST I KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA U ZAVODU ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ U 2008. GODINI

Saša Ignjatijević, Tatjana Rajković, Tatjana Mičić, Danijela Stefanović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, NIŠ

UVOD: Cardiac arrest za svaki sistem urgentne medicine predstavlja veliki izazov. Kvalitetne kardiopulmonalne reanimacije su moguće samo ako je taj sistem dobro razvijen. U najvećoj meri uspeh reanimacije zavisi od vremena stizanja ekipe, rane upotrebe defibrilatora i primene aktuelnih postupaka i terapije za oživljavanje.

CILJ: Analiza podataka o CA i prehospitalnoj KPR u ZHMP Niš.

METODE I MATERIJAL: Retrospektivna studija o CA i rađenim KPR od 01.01. do 31.12.2008. Izvor podataka su lekarski pozivi i ambulantni protokoli. KPR je rađena po standardima za CPR iz 2005 god.

REZULTATI: U ovom periodu 593 ljudi je imalo CA, a kod 248 je rađena KPR (41,8%), 19 je imalo povratak spontane cirkulacije (ROSC) (7,7%).

U podgrupi sa neuspešnom KPR: Godine starosti: (Me±SD)=68±14,79; pol: muški 154 (67,2%), ženski 75 (32,8%); na terenu 220 (96,1%), u ambulanti 9 (3,9%); iznenadna srčana smrt 130 (56,8%); vremenski interval stizanja ekipe: (Me ± SD)= 5min ± 4,93; prvi ritam: asistolija 115 (50,2%), EABP 40(17,5%), bez podataka 24 (10,5%), VF 19 (8,3%), fina fibrilacija 20 (8,7%), ostalo 6 (2,6%) bradikardija 4(1,7%), pace-maker 1 (0,4%); DC kod 91 (39,7%) KPR-a; ETI 198 (86,4%), Maska–balon 22 (9,6%), bez podataka 8 (3,5%) nije uspostavljen 1 (0,5%); Adrenalin 222 (96,9%), Atropin 206 (89,9%), Amiodaron 28 (12,2%), Lidocain 14 (6,1%), Dopamin 57 (24,8%).

U podgrupi sa ROSC: Godine starosti (Me±SD)=63±15,81; pol: muški 10 (52,6%), ženski 9 (47,4%); na terenu 16 (84,2%), u ambulanti 3 (15,8%); iznenadna srčana smrt 9 (47,4%); vremenski interval stizanja ekipe (Me ± SD)= 4min ± 2,82; prvi ritam VF 5 (26,3%), EABP 4 (21,1%), asistolija 2(10,4%), fina fibrilacija 3 (15,8%), bez podataka 3 (15,8%), pace-maker 1 (5,3%), ostalo 1 (5,3%); DC kod 12 (63,2%) KPR-a; prekordijalni udarac 2 (10,5%); ETI 16 (84,2%), bez podataka 1 (5,3%); nije bilo potrebe 2 (10,5%); Adrenalin 15 (79%), Atropin 12 (63,2%), Amiodaron 9 (47,4%), Dopamin 10 (52,6%), Lidocain 5 (26,3%).

ZAKLJUČAK: Uspešnost KPR u CA kreće se u skladu sa svetskim podacima. Veća stopa preživljavanja je registrovana kod: mlađih pacijenata, ranijeg otpočinjanja KPR, bržeg stizanja ekipe, većeg procenta defibrilacije, potpune kontrole disanja (ETI) i veće upotrebe antiaritmika i vazopresora.

e-mail: signjat@sbb.rs

5.

EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE NAPRASNE SRČANE SMRTI

Ivana Ilić, Dušan Gostović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, NIŠ

UVOD: Učešće naprasne smrti u prehospitalnoj patologiji kreće se na svetskom nivou od 1-2%. Incidenca naprasne smrti u svetu je 1,01 na 1000 stanovnika, u Srbiji za 2008. Godinu je 5371; 1,11 na 1000 stanovnika. Naprasna srčana smrt ima karakteristike u pogledu vremena, cirkadijalnog ritma, mesta i samog pacijenta.

CILJ: Analiza epidemioloških karakteristika naprasne srčane smrti u 2008. Godini u radu ZHMP-Niš.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna analiza terenskog protokola i lekarskih izveštaja za 2008god. ZHMP-Niš. Posmatrani su sledeći parametri: pol, gpdine, vreme i mesto naprasne srčane smrti, kao i prisustvo svedoka.

Rezultati: Registrovano je 515 naprasnih smrti. U protokolu su vođeni pod dijagnozom I46(iznenadni zastoj srca), I46.1(iznenadni zastoj srca sa uspešni oživljavanjem), R99(druga smrt), R98(smrt bez prisustva svedoka), R96.1(Iznenadna smrt). Kao naprasna srčana smrt analizirano je 487. Analizirano je po: polu (muškarci 297-60,98%, žene 190-39,02%), po starosnim intervalima (10-19god=2, 20-29= 10, 30-39=17, 40-49=25, 50-59=80, 60-69=117, 70-79=145, 80-89=73), po mestu (grad 367- selo 120), u kući 417-85,62%, na javnom mestu 70-14,37%; od broja 70 na javnom mestu 11 je bilo u zdravstvenim ustanovama-13,58%), u prisustvu svedoka je bilo 445-91,37% a 42-8,63% bez prisustva svedoka), u 180-36,96% slučajeva je rađena reanimacija, cirkadijalni ritam po jednosatni intervalima (00-01=8, 01-02=13, 02-03=9, 03-04=12, 04-05=14, 05-06=7, 06-07=18, 07-08=22, 08-09=26, 09-10=38, 10-11=25, 11-12=29, 12-13=24, 13-14=27, 14-15=17, 15-16=28, 16-17=30, 17-18=28, 18-19=20, 19-20=30, 20-21=21, 21-22=19, 22-23=11, 23-24=11).

ZAKLJUČAK: Dominiraju muškarci, starosna dob između 60 i 80 godina, češće u gradu, u kući i uz prisustvo svedoka. Cirkadijalni ritam pokazuje pikove u ranim prepodnevnim satima, kasnim popodnevnim i ranim večernjim časovima. Epidemiološka analiza je korisna za pravljenje strategije u borbi protiv naprasne srčane smrti.

e-mail: drivanai@sezampro.yu

6.

EVALUACIJA KARDIOPULMONALNIH REANIMACIJA U PETOGODIŠNJEM PERIODU U SHMP SOMBOR OD 2004-2009. GODINE

Tonka Periškić, Radomir Babović, Nenad Tutuš, Đorđe Vučković, Dragan Sretić

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SOMBOR

UVOD: Kardiopulmonalna reanimacija je sled postupaka i mera koje se urgentno moraju sprovesti kod osoba kod kojih je iz bilo kog razloga doslo do srčanog zastoja, kako u bolničkim tako i u vanbolničkim uslovima. Ovi su postupci ključni za pacijenta, jer povećavaju njegove šanse za preživljavanje i ozdravljenje.

CILJ RADA: Evaluacija sprovedenih kardiopulmonalnih reanimacija u SHMP Sombor u petogodišnjem periodu od 2004-2009. godine, sa težištem na epidemiološko-statističkoj analizi dostupnih podataka.

Materijal i metode: Retrospektivni pregled i evaluacija kardiopulmonalnih reanimacija u SHMP Sombor od 1. januara 2004.godine do 1. januara 2009. godine, koristeći protokole dnevnih i noćnih kućnih poseta i ambulatnog protokola.

REZULTATI RADA: U petogodišnjem periodu u SHMP Sombor je pregledano 63.159 pacijenata(239 reanimacija), od toga po protokolu DKP 11.281 pacijent(152 reanimacije), u NKP 7.271 pacijent(78 reanimacija) i u ambulanti danju i noću 44.607 pacijenata(9 reanimacija). Od ukupnog broja reanimacija, 67, 36% su radjene muškarcima, a 31, 38% ženama. Najveći broj reanimacije je radjen u periodu 2008. godine(52), a najmanji 2004. godine(42), a najveći broj pacijenata je rođen u grupi od 1931-1940. godine, a najmanji u grupi od 1981-1990. godine. Predilekcion meseci u toku 5 godina u kojima je bilo najviše (25) i najmanje reanimacija(13) su bili oktobar i septembar, a monitorisanjem primarnog srčanog ritma u toku CPR smo zabeležili 100 pacijenata sa asistolijom, 89 sa fibrilacijom, 44 sa BEA, 5 sa bradikardijom i 1 sa sinus ritmom. U toku reanimacije su pacijenti dobijali sledeću terapiju: Adrenalin, Atropin, Xikokain, Amiodaron, Aminofilin, Lasix, Manitol i Nalokson(87.44%, 75.73%, 27.19%, 3.76%, 10.87%, 2.92%, 3.34%, 0.41% i 0.41%), a ukupno, tokom 5 godina je dato 656 ampula Adrenalina 1: 1000 i 484 ampule Atropina a 1 mg. Broj pacijenata koji u toku CPR nisu dobili ni jedan lek je 8, 1 od nabrojanih lekova 44, 2 leka 108, 3 leka 64 i 4 i više lekova 15 pacijenata. Od ukupnog broja CPR u 5 godina, 138 je imalo letalan ishod, a kod 101 pacijenta smo vratili spontanu cirkulaciju(ROSC +) i odvezli ih na Intenzivno odeljenje Somborske bolnice, gde je sigurno preživljavanje naših pacijenata bilo od nekoliko sati do 24 sata. Podaci o produženom preživljavanju nisu obuhvaćeni ovim radom. Od ukupnog broja reanimiranih pacijenata, letalni ishod je imalo 30 pacijenata čiji je primarni monitoring pokazivao fibrilaciju, 71 asistoliju, 33 BEA i 4 sinusnu bradikardiju. Pacijenti kojima je uspostavljena spontana cirkulacija(Return of Spontaneous Circulation- ROSC+) su 59 pacijenata sa fibrilacijom komora, 29 sa asistolijom, 11 sa BEA, 1 sa sinusnom bradikardijom i 1 sa sinus ritmom)

ZAKLJUČAK: Evaluacijom podataka koje smo dobili, našli smo značajne statističke razlike u broju reanimiranih pacijenata danju i noću, u broju muškaraca i žena kojima je radjena CPR, u početnom srčanom ritmu koji je zabeležen primarnim monitoringom i u broju letalnih ishoda s obzirom na početni srčani ritam.

Ključne reči: kardiopulmonalna reanimacija, statistika, istorija, preživljavanje

e-mail: tonka.periskic@gmail.com

7.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE U ČAČKU

Slavica Dragutinović, Saša Jovanović

URGENTNO-PRIJEMNA SLUŽBA, ČAČAK

UVOD: Urgentne službe (prehospitalna i hospitalna) moraju biti osposobljene za rešavanje najurgentnijih stanja (kardiocirkulatorni i pulmonalni zastoj). Efikasnost službi ne meri se poštovanjem administrativno pravnih normi, već uspehom zbrinjavanja stanja koja ugrožavaju ljudski život.

CILJ: Stručna osposobljenost i tehnička opremljenost za obavljanje kompletnih mera CPR, garantuje zbrinjavanje većine urgentnih stanja bez obzira na primarni uzrok prestanka disanja i zastoja srca.

MATERIJAL I METODE: Protokoli Urgentno-prijemne službe u Čačku od 01.01.2009. do 30. 04.2009. godine . U tom periodu reanimiran je 21 pacijent. Defibrilacija je sprovedena kod 15 pacijenata, a endotrahealna intubacija kod 21-og pacijenta. Sedam pacijenata je bilo ženskog, a četrnaest muškog pola. Kod 5 pacijenata CPR je započet u sanitetu HMP. Reanimacije su sprovodili timovi sa jednim lekarom specijalistom urgentne medicine ili lekarom bez specijalizacije i dve ili ređe tri medicinske sestre.

ZAKLJUČAK: Neophodni su brzi postupci kardiopulmonalne reanimacije posle neposrednog određivanja stanja ventilacije i stanja cirkulacije. Stručno edukovan kadar sa adekvatnom opremom je uslov za uspešnost CPR-a.

e-mail: slavkadragutinovic@gmail.com

8.

LAZARUS-OV FENOMEN

Danijela Stefanović, Dušan Gostović, Tatjana Rajković, Tatjana Mičić, Saša Ignjatijević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, NIŠ

UVOD: Iako redak, nema sumnje da se Lazarusov fenomen u praksi dešava. Literatuara opisuje veći broj slučajeva preživelih pacijenata posle "neuspešne" reanimacije, pojedini potpuno neurološki intaktni. I pored toga nema potpunog naučnog objašnjenja za njegovu pojavu

CILJ: Ukazati na mogućnost javljanja Lazarusovog fenomena u svakodnevnoj praksi. Razmotriti medicinski, etički i pravni aspekt fenomena.

MATERIJAL I METODE: Pregled dostupne literature

DISKUSIJA: Važno je shvatiti da smrt nije događaj već proces, tokom koga različiti organi čiji je rad predstavljao život, umiru različitom brzinom. Prestanak cirkulacije i disanja je primer za to; odsustvo srčanih otkucaja i disanja je tradicionalni i najviše korišćen kriterijum za potvrdu smrti. Da li je to dovoljno?

Veliki broj studija urađen je o retkoj pojavi, znatoj kao "Lazarus-ov fenomen". Lazarus fenomen opisuje se kao odloženi (zakasneli) povratak spontane cirkulacije, nakon prekidanja kardiopulmonalne reanimacije (KPR). U najvećem broju opisanih slučajeva, zakasneli ROSC dešava se unutar 10 min od prekidanja reanimacije. Fenomen je pod ovim imenom prvi put opisan 1993. (Bray), a u literaturi uopšte pod drugim imenima 1982.; ime je dobio po biblijskom liku Lazarus, kome je Isus Hrist "udahnuo" život četiri dana posle smrti.

Pretpostavlja se veći broj mehanizama koji bi mogli uzrokovati njegovu pojavu, mada se ni o jednom od njih ne govori sa apsolutnom sigurnošću. Najveći broj autora pretpostavlja da je uzrok brza manuelna ventilacija koja dovodi do dinamičke hiperinflacije pluća, povećanja end-ekspiratornog pritiska, sporog vraćanja venske krvi i niskog srčanog output-a; ovo je najčešći mehanizam kod obolelih od hronične opstruktivne bolesti pluća. Ostali

predloženi mehanizmi su različiti: odloženo dejstvo u reanimaciji datih lekova, hiperkalijemija, miokardijalni stunning, tranzitorna asistolija i drugi.

Pojava Lazarusovog fenomena može imati različite ozbiljne, etičke i pravne posledice po članove medicinskog tima koji su sprovodili KPR kod datog pacijenta. Često se u prošlosti dešavalo su da ovakvi timovi bili izvrgnuti osudi i kazni, u neznanju postojanja i objašnjenja ovog fenomena. Odluka o prekidaju reanimacije mora biti medicinski opravdana i timski donešena.

ZAKLJUČAK: S obzirom da se, po do sada prikupljenim podacima, Lazarus-ov fenomen najčešće javljao unutar prvih 10 minuta od prekidanja reanimacije, većina autora predlaže pasivno monitoriranje pacijenta još najmanje tokom 10 minuta od obustavljanja, pre konačne potvrde smrti. Tokom tog vremena članovi tima mogu porodici da objasne razloge za prekidanje reanimacije i objasniti dopusko monitoriranje kako bi se isključila bilo kakva eventualna sumnja.

e-mail: komora1@sbb.co.yu

9.

NAPRASNA SRČANA SMRT- UČESTALOST I UZROCI

Radojka Jokšić(1), Branislava Cvetičanin(1), Ivan Lekin(1), Božana Dragišić-Dokmanović(1), Milena Jokšić(2), Miljan Maletin(3)

(1)ZAVOD ZA HMP NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SHMP, (3)ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NOVI SAD

Naprasna srčana smrt(NSS) nastaje iznenada i neočekivano u periodu od dva do šest časova, kod pacijenta do tada stabilnog kardiovaskularnog statusa i poznate kardiovaskularne etiogeneze ili naizgled zdrave osobe.

CILJ: Cilj rada je da se u periodu od godinu dana, u radu ZZHMP Novi Sad, prikaže učestalost pacijenata kod kojih je obdukcijom dokazana NSS, da li su ranije lečeni i da li su reanimirani neposredno pre konstatacije smrtnog ishoda.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je retrospektivno i observaciono. Prikupljeni su podaci o pacijentima koji su preminuli NSS i kod kojih je srčani uzrok smrti dokazan obdukcijom u periodu od 01.04.2008. do 31.03.2009. Podaci su prikupljeni iz: protokola ZZHMP Novi Sad (starost i pol i inicijalni ritam kod pacijenata koji su reanimirani), protokola Zavoda za sudsku medicinu u Novom Sadu (uzrok smrti na osnovu obdukcionog nalaza) i baze podataka Instituta za KVB u Sremskoj Kamenici(dijagnoze bolesti pacijenata koji su bili prethodno lečeni ili hospitalizovani na Institutu).

REZULTATI: U navedenom periodu, u slučaju 180 pacijenata preminulih naprasnom smrću, srčani uzrok smrti je utvrđen obdukcijom kod 67 osoba. Polna distribucija pokazuje učestalost osoba muškog pola sa 73,1%(49) i ženskog sa 26,9%(18). Najveća učestalost NSS je u grupi pacijenata starosne dobi između 51 i 60 godina. Obdukcioni nalaz je pokazao da su uzroci smrti: infarkt miokarda (n=42;62,7%), generalizovana ateroskleroza (n=12;17,9%) i hronična kardiomiopatija (n=10;14,9%). Od ukupnog broja pacijenata umrlih NSS, na Institutu za KVB ranije je lečeno 16 pacijenata (23,9%), 7 pacijenata(10,4%) je bilo hospitalizovano. Pod dijagnozom akutnog infarkta miokarda lečeno je 5 pacijenata(7,5%). Inicijalni ritam na monitoru defibrilatora, kod 26 pacijenata(38,8%) kod kojih su preduzete mere reanimacije, je bila asistolija kod 24(92,3%) i ventrikularna fibrilacija kod 2(7,7%) pacijenta.

ZAKLJUČAK: Na osnovu analiziranog perioda može se zaključiti da je NSS značajno češća kod pacijenata muškog pola u šestoj deceniji života. Značajan uzrok NSS je akutni infarkt miokarda, koji je u 7,5% slučajeva bio akutni reinfarkt. Dominantan inicijalni ritam kod pacijenata kod kojih su preduzete mere reanimacije je bila asistolija.

e-mail: malipericajoksic@hotmail.com

10.

NAPRASNA SRČANA SMRT -ISKUSTVA U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE U ČAČKU

Saša S. Jovanović, Olivera Anđelić, Slavica Dragutinović

ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK, URGENTNO PRIJEMNA SLUŽBA

Jedna od mnogobrojnih definicija govori o naprasnoj smrti kao iznenadnom i neočekivanom prestanku rada srca i disanja i to u toku prvog sata od pojave simptoma bolesti. U patofiziologiji naprasne smrti, glavni činioc je moždano tkivo, tj. njegov veoma mali potencijal energetske rezervi, te je zavisno u potpunosti od kontinuirane cirkulacije krvi, a za razliku od ostalih tkiva i organa te, znajući to, prekid cirkulacije od 3-5 minuta reverzibilan je i merama kardio-pulmo-cerebralne reanimacije, (CPCR) pacijent se može vratiti u život, ali ukoliko cirkulacioni prekid ne bude rešen u tom intervalu tokom 9 minuta u moždanom tkivu dolazi do ireverzibilnih promena. Stoga, pomenuti prvi period, u kome su primenjive mere CPCR, nazivamo kliničkom smrću ili CARDIAC ARREST, dok ovaj drugi, ireverzibilni, predstavlja biološku smrt.

Cilj rada i jeste prikaz primene mera CPCR na ranom hospitalnom nivou, tj. u službi urgentne medicine. Prospektivno je praćen medicinski tretman pacijenata sa srčanim zastojem (CARDIAC ARREST) u Urgentno-prijemnoj službi Opšte bolnice u Čačku za vremenski period od 01.09.2008 god. do 28.02.2009 g. U tom periodu, u navedenoj službi čačanske bolnice medicinski je zbrinuto 8360 pacijenata. Sa dijagnozom naprasne smrti, na istu službu je dovezeno devet lica. Od njih devetoro, troje je bilo u stanju ventrikularne fibrilacije (VF), što čini 33,33% petoro je imalo srčanu asistoliju (SA), ili 55,55%, dok je elektromehanička disocijacija (EMD) bila kod jednog pacijenta, tj. 11,11% od ukupnog broja pacijenata sa srčanim zastojem. Dvoje njih, sa VF imalo je povoljan ishod, odnosno reagovali su na mere CPCR i posle reanimacije su nastavili lečenje na Intenzivnoj nezi Koronarne jedinice Čačanske bolnice. Kod ova dva preživela pacijenta, reanimacione mere su započete još na terenu, jer ih je dovezla Služba hitne pomoći.

Sve ovo ukazuje na nužnost primene osnovnih, tj. ranih reanimacionih mera još na terenu, kao i potrebu kontinuiranog nastavka ovih, uznapredovalih reanimacionih mera, kao i produženih reanimacionih mera, koje se obe vrste medicinskih mera i postupaka primenjuju u hospitalnim uslovima.

KLJUČNE REČI: Služba urgentne medicine, naprasna smrt, CPCR.

e-mail: verica96@ptt.rs

11.

ORGANIZACIJA TIMOVA ZA REANIMACIJU NA PREKOOKEANSKIM BRODOVIMA

Bogdan Nikolić

DOM ZDRAVLJA "DR ĐORĐE LAZIĆ", SOMBOR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ RADA: Prikaz organizacije, sastava, treninga timova za reanimaciju kao i specifičnih situacija do kojih može doći u toku krstarenja prekookeanskih putničkih brodova.

MATERIJAL I METODE: Analiza protokola za spašavanje i treninga timova za vanredne situacije u tri brodarske kompanije.

RAD: Polazna osnova za razvijanje protokola svih brodarskih kompanija je međunarodna deklaracija o spašavanju života na moru – SOLAS. Ovaj veoma obiman materijal koristi se za izradu pojedinih protokola postupanja u vanrednim situacijama, zavisno od veličine broda i mogućnosti organizacije ljudskih i materijalnih resursa.

Arcalia Shipping Company raspolaže brodovima kapaciteta od 350 do 1500 putnika sa medicinskim osobljem od samo lekara na manjim do lekara i medicinske sestre na većim brodovima. Sastav timova za urgentne situacije proširuje se osobljem iz drugih procesa rada, uglavnom konobari i stjuardi. Obuku vrši kontinuirano medicinsko osoblje uz nedeljne vežbe kao i povremeno generalne vežbe u kojima učestvuje kompletna posada.

Pullmantur je kompanija koja raspolaže brodovima od 700 do 1800 putnika, medicinsko osoblje čini lekar i medicinska sestra na manjim ili lekar i dve medicinske sestre na većim brodovima. Kao i u prethodnom slučaju ostatak timova čini posada. Trening se održava kontinuirano sa insceniranjem različitih urgentnih situacija.

Royal Caribbean je jedna od najvećih svetskih kompanija, poseduje brodove od 2500 do čak preko 5000 putnika. Raspolaze kompletno prostorno i materijalno obezbeđenim bolnicama sa više bolesničkih soba i po nekoliko kreveta u intenzivnoj nezi. Medicinsko osoblje čine najmanje dva lekara i tri medicinske sestre. U vanrednim situacijama tim se proširuje posadom koja sa bolničkom ekipom redovno uvežbava svoje zadatke.

ZAKLJUČAK: Veoma razvijena industrija turističkih krstarenja, veliki broj putnika na savremenim brodovima, različiti uslovi rada, od manjih brodova sa nekoliko stotina putnika do čitavih gradova na vodi, specifične situacije koje nameće često velika udaljenost od najbližih medicinskih ustanova, rad u ponekad skućenim uslovima i sa ograničenim ljudskim resursima, predstavlja izazov za sve koji učestvuju u zbrinjavanju urgentnih stanja. Sve kompanije podvrgnute su rigoroznim inspekcijama i kontroli nadležnih pomorskih vlasti bilo gde u svetu da se nalaze. Posebna pažnja poklanja se kardiopulmonalnoj reanimaciji, a kompletno medicinsko osoblje mora posedovati ALS sertifikate. Stalni trening i rigorozno pridržavanje protokola pokazuju visoke rezultate u situacijama kada su ljudski životi ugroženi.

e-mail: sailfunb@gmail.com

12.

PRIMENA TROMBOLITIČKE TERAPIJE U KARDIOPULMONALNOJ REANIMACIJI SA PRIKAZOM SLUČAJA

Snežana Holcer Vukelić, Bogdan Nikolić

DOM ZDRAVLJA "DR ĐORĐE LAZIĆ", SOMBOR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Cardiac arrest je u oko 70% slučajeva izazvan akutnim infarktom miokarda ili plućnom tromboembolijom u vanhospitarnim uslovima. Sa obzirom na ovu činjenicu treba razmisliti o primeni trombolitičke terapije u reanimaciji i uvrštavanje ove terapije u protokol CPR, jer se ALS i razlikuje od BLS-a po otkrivanju uzroka cardiac aresta i eventualnog njegovog otklanjanja. Trombolitička terapija tokom CPR ne samo da bi lizirala intravaskularni tromb, već bi trebala da ima i blagotvoran efekat na moždanu mikrocirkulatornu reperfuziju. To bi dovelo do većeg procenta preživljavanja i manjih neuroloških deficita nakon aresta.

Tokom prethodnih godina na ovu temu se već razmišljalo, pa je urađena dvostruka slepa multicentrična proba u vanhospitarnim uslovima, gde je bila primenjena tenekteplaza ili placebo tokom CPR-a (B. Bottiger, H.R. Arntz, D. Chamberlain i dr.)

Cilj rada je bio da sa prikazom bolesnika ukažemo na eventualnu potrebu uključivanja trombolitičke terapije tokom CPR-a.

Prikaz slučaja: 15.3.2009. godine oko 18h i 50min. usledio je poziv od sina unesrećenog, koji je pao u kupatilu, te da je bez svesti i ne diše. Poziv je primljen kao poziv prvog reda hitnosti, te se na licu mesta ekipa SHMP nalazi za oko 3 min. gde zatičemo osobu koja je besvesna, apnoična, sa početnim ritmom asistolije. Započeta je CPR po protokolu za asistoliju, nakon koje se dobija VF, te se primenjuje protokol za isti ritam. Nakon izvesnog vremena uspostavlja se sinus ritam i spontano disanje, koji ponovo prelazi čas u VF, čas u VT. Zbog tako električki nestabilnog miokarda i razmišljanja o uzrocima cardiac aresta, te isključenja drugih, a pojave verovatno novonastalog BLG, donosi se odluka o primeni streptokinaze i daljoj reanimaciji. To je dovelo do uspostavljanja spontane cirkulacije nakon nekoliko minuta, spontanog disanja i transporta na Odeljenje intenzivne terapije i reanimacije u Somborsku bolnicu. Po prijemu na ITU se nastavlja medikamentozna antiaritmička, antikoagulantna i dr. terapija, a BLG nakon nekoliko sati nestaje i konstatuju se elevacije ST segmenta u anteroseptalnim odvodima, a dg.se potvrđuje i vrlo visokim vrednostima CPK i CK-Mb. Na žalost nakon tri dana uz svu potporu pacijent egzistira.

Ključne reči: CPR, trombolitička terapija.

e-mail: gagaimima@sbb.rs

13.

PRISUSTVO PORODICE TOKOM KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE

Tatjana Mičić, Tatjana Rajković, Saša Ignjatijević, Danijela Stefanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Prisustvo članova porodice pacijenta tokom kardiopulmonalne reanimacije (CPR) u prehospitalnim uslovima je uobičajeno. Iako aktuelne preporuke to podržavaju, zdravstveni radnici često sa njima dolaze u konflikt.

CILJEVI: Analiza i upoređivanje iskustava ekipe ZZHP Niš sa iskustvima drugih. Doprinos pronalaženju načina za bolju komunikaciju i saradnju ekipa hitne pomoći sa porodicama kritično obolelih i povređenih pacijenata.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna analiza terenskih protokola i lekarskih izveštaja ZZHP Niš, anketa, intervju, analiza dostupne literature.

REZULTATI I DISKUSIJA: Svi članovi ekipa hitne pomoći su najmanje jednom tokom izvođenja CPR imali konfliktnu situaciju sa članovima porodice pacijenta. Problemi su se najčešće ispoljavali u vidu primedbi na vreme dolaska ekipe, metode i način izvođenja CPR, nestručnom mešanju u tok reanimacije, negativnom komentarisanoj stručnosti ekipe, neprihvatanju neuspeha reanimacije i insistiranju da se pacijent bez obzira na vitalne parametre i okolnosti slučaja vozi u bolnicu. Stav zdravstvenih radnika je da je prisustvo članova porodice korisno ako su pribrani i spremni da sarađuju, a u suprotnom njihovo prisustvo dekoncentriše i smeta. Generalni stav članova porodice bio je da žele najbolje i smatraju da to i čine. Iskustva drugih su donekle slična, a razlika je u postojanju bolje organizacije i jasnih stavova po ovom pitanju.

ZAKLJUČAK: Svaki pacijent ima pravo da u kritičnim trenucima uz njega budu najbliži. Članovima porodice treba dati mogućnost da budu prisutni tokom CPR. Takođe, treba razmotriti uvođenje zakonske odredbe – ne reanimirati, po želji samog pacijenta. Uključivanje članova porodica pacijenata koji imaju faktore rizika za iznenadnu srčanu smrt, kao i drugih laika u obuku za osnovno održavanje života doprinelo bi povećanju procenta započelih CPR do dolaska ekipe HMP i boljoj saradnji sa njom, i u celini poboljšalo kvalitet CPR.

e-mail: tanjamcc@yahoo.com

14.

REANIMACIJA NOVOROĐEČETA SA CHYLOTHORAXOM

Igor Kapetanov, Radmila Kapetanov

DOM ZDRAVLJA FOČA

CILJ: Cilj rada je da prikaže da se u literaturi izuzetno rijetki slučajevi, ipak dešavaju u kliničkoj praksi.

MATERIJAL I METODE: Pri izradi rada korišteni su podaci iz kartona u dječijem dispanzeru DZ Foča, reanimacioni protokol DZ Foča, podaci sa dječijeg odjeljenja Bolnice Foča, kao i sa UDK Beograd.

REZULTATI: Dana 18.3.2005. novorođenče PV staro 12 dana doneseno je na pregled kod pedijatra DZ Foča zbog slabog opšteg stanja. Pri pregledu cijanotično, za vrijeme pregleda cijanoza se pogoršava i prestaje disati, srčana frekvencija 80. Pedijatar počinje vještačko disanje uz pomoć balona i kiseonika, te poziva SHMP. Dijete poslije jednog minuta počinje spontano disati, te se uz kiseonik prebacuje u bolnicu. Poslije dva dana novorođenče se premješta u UDK Beograd gdje se dijagnostikuje chylothorax i uradi torakocenteza. Ordiniraju se dva antibiotika i antimikotik. Sedmog dana postaje febrilno, a u hemokulturi se izoluje Candida albicans. Poslije 11 dana stanje se popravlja, hemokulture postaju sterilne. Otpušteno je mjesec dana poslije prijema dobrog opšteg stanja.

ZAKLJUČAK: Chylothorax je nastao najvjerovatnije kao posljedica peripartalne traume ductus limphaticusa, a Kandida sepsa je nastala zbog imunodeficijencije, gubitka T limfocita kroz hloznu tečnost. U ovom slučaju proveden je standardni reanimacioni postupak, koji je bio uspješan nezavisno od neobične etiologije bolesti.

e-mail: kapetanovfil@yahoo.com

15.

ZNAČAJ BLS –A ZA USPEŠNOST PREHOSPITALNE REANIMACIJE – PRIKAZ SLUČAJA

Anka Ivošević

DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Iznenadni srčani zastoj je vodeći uzrok smrti u Evropi. Početni ritam kod oko 40% pacijenata je VF ili VT bez pulsa.

Optimalni postupak je trenutni početak kardio-pulmonalne reanimacije (kompresije grudnog koša i ventilacija) te defibrilacija.

KPR u ovom slučaju BLS-om (osnovna životna potpora) omogućuje minimalan ali ključni protok krvi prema srcu i mozgu pa se na taj način povećava verovatnost prekida VF-defibrilacijom i omogućuje da srce uspostavi delotvoran ritam te pokrene delotvornu sistemsku perfuziju.

U ovom radu sam obradila samo dva slučaja iznenadnog zastoja srca u martu i aprilu ove godine, kada je pre stizanja naše ekipe na lice mesta započeta osnovna životna potpora od strane medicinskih radnika zaposlenih u HMP. Pri radu sam koristila protokole HMP, te sam imala uvid u medicinsku dokumentaciju Opšte bolnice Subotice.

Značajno je navesti da je u oba slučaja u momentu stizanja ekipe do pacijenta inicijalni ritam bio VF koja je uspešno konvertovana u adekvatan ritam defibrilacijom.

Ovim radom želim skrenuti pažnju na neophodnost edukacije ne samo zdravstvenih radnika nego i laika koji su vrlo često svedoci nemilog događaja, a isto tako i pasivni posmatrači. Samo adekvatnom zajedničkom saradnjom se može ostvariti dobar rezultat i povećati postotak preživljavanja kod iznenadnog srčanog zastoja.

e-mail: hmp.subotica@gmail.com

16.

ZNAČAJ KONTINUIRANOG MONITORINGA TOKOM TRANSPORTA BOLESNIKA SA TEŠKOM KRANIOCEREBRALNOM POVREDOM

Slobodan Ivanović, Dragan Đorđević, Dragana Vujadinović, Anđelka Ivanović, Zineta Ilinčić

KLINIKA "ANLAVE", BEOGRAD

CILJ RADA: Kraniocerebralne povrede su važan uzrok mortaliteta i morbiditeta u okviru traumatizma, a glava predstavlja najčešći povređivani deo tela kod politraumatizovanih. Vrlo je značajan podatak da se mali broj povređenih (oko 1%) direktno prima u specijalizovane neurohirurške ustanove, te je transport ovih bolesnika između bolničkih ustanova relativno čest. Bolesnici sa teškom kraniocerebralnom povredom su vrlo kompleksni, bez svesti, zahtevaju kontrolu disajnih puteva, a često i potporu respiratornom i kardiovaskularnom sistemu.

U toku transporta je neophodna primena lekova iz grupe sedativa, analgetika i mišićnih relaksanata. Kontinuirano praćenje vitalnih parametara tokom transporta je od izuzetne važnosti i može uticati na konačni ishod lečenja ovih bolesnika. Pored osnovnog monitoringa (EKG, krvni pritisak, diureza) sve više je u upotrebi i prošireni monitoring (pulsna oksimetrija, kapnometrija, parametri mehaničke ventilacije, intrakranijalni pritisak, praćenje moždane aktivnosti).

MATERIJAL I METODE: U desetogodišnjem periodu (1999-2009) interventni tim Klinike "Anlave" je transportovao 35 bolesnika sa teškom kraniocerebralnom povredom između bolesničkih ustanova. Transport je vršen kopnenim (sanitetski automobil) ili vazdušnim putem (helikopter, avion). Kod svih bolesnika su kontinuirano praćeni i zapisivani vitalni parametri uz primenu savremenog monitoringa (EKG, krvni pritisak, pulsna oksimetrija, kapnometrija). Posebno su evidentirane medicinske komplikacije tokom transporta.

REZULTATI : U toku transporta ovih bolesnika nije bilo smrtnih ishoda. Od komplikacija najčešći problemi su vezani za održavanje disajnih puteva (12 bolesnika), mehaničku ventilaciju (9 bolesnika), dok je kardiovaskularna nestabilnost zabeležena kod 10 bolesnika. Sve ove komplikacije su rešene tokom transporta. Prema podacima iz zdravstvenih ustanova u daljem toku lečenja umrlo je 15 bolesnika.

ZAKLJUČAK: Kontinuirano praćenje vitalnih parametara tokom transporta bolesnika sa teškom kraniocerebralnom povredom je od izuzetne važnosti i podrazumeva upotrebu savremenih monitora i mera monitoringa.

e-mail: anlave@EUNET.rs

17.

ZNAČAJ PREHOSPITALNOG ZBRINJAVANJA AKUTNOG ZASTOJA SRCA-PRIKAZ SLUČAJA

Andželka Arsenijević(1), Mirko Jokić(2), Jelena Milenković(3), Aleksandra Jokić(3), Milan Čikarić(1)

ZDRAVSTVENI CENTAR"SVETI LUKA"SMEDEREVO, (1)SLUŽBA HITNE MEDICISKE POMOĆI, (2)URGENTNO-PRIJEMNA SLUŽBA, (3)SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

Ovim radom smo prikazali uspešno zbrinjavanje urgentnog stanja, srčanog zastoja sa malignim poremećajem srčanog ritma-fibrilacije. Akutni srčani zastoj je vodeći uzrok smrti u populaciji iznad 40 godina. Najčešće nastaje zbog ventrikularne fibrilacije(VF). Rana defibrilacija predstavlja najvažniju terapiju u lečenju ovih bolesnika. Lanac preživljavanja čine: rano prepoznavanje srčanog zastoja, rana kardiopulmonalna reanimacija, rana defibrilacija i postresuscitaciona nega. Svaki minut bez defibrilacije smanjuje procenat perživljavanja za 10%. Prikazan je slučaj pacijenta starog 45 god. koji je iznenada pao u holu ambulante. Naznačićemo važnost obuke i opremljenosti nemedicinskog kadra i brzu i adekvatnu reakciju lekara iz ambulante u spasavanju jednog života. Defibrilaciju su izveli nezdravstveni radnici - vatrogasci sa AED-om iz USS Smederevo, koji su prošli obuke za pružanje prve pomoći.

Ključne reči: fibrilacija, rana defibrilacija, AED

e-mail: svlukaap@gmail.com

18.

ZNAČAJ RANE DEFIBRILACIJE U PREHOSPITALNIM USLOVIMA

Radica Krstić, Nebojša Nikolić, Ana Dimić, Snežana Mitrović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Ventrikularna fibrilacija (VF) čini 80% svih zastoja srca. Rana defibrilacija u prehospitalnim i hospitalnim uslovima predstavlja osnovni tretman VF. Verovatnoća da se VF defibrilacijom uspešno otkloni smanjuje se za 7-10% po minuti nakon nastanka cardiac arrest-a.

CIJL RADA: je da prikazom pacijenta sa nejasnom kliničkom slikom i netipičnim EKG znacima za akutnu ishemiju miokarda ukaže na značaj opservacije, monitoringa i rane defibrilacije u prehospitalnim uslovima.

MATERIJALI I METODE: U radu je analiziran protokol knjige opservacije (broj 7532), istorija bolesti i otpusna lista (broj 3437) Klinike za KVS bolesti Kliničkog centra Niš.

Prezentovan je pacijent L.J.M. star 54 godine koji dolazi u ambulantu HMP, zbog jakih bolova sevajućeg karaktera u desnom ramenu koji traju oko jedan sat. Pacijent je samoinicijativno uzeo jednu tabletu Andola i četvrtinu tablete Concor-a, koji uzima povremeno zbog "neke aritmije". Na uzetu terapiju bol ne prestaje. Fizikalnim pregledom po organima i sistemima nalaz je uredan. Vitalni parametri: TA 130/80 mmHg, SF 60/min, glikemija 6,9 mmol/l, SpO2 98%, RF 14 u minuti. EKG: sinusni ritam, SF 60 u minuti, normogram – ST elevacija 0,5mm u D3.

Zbog nejasne kliničke slike, odsustva medicinske dokumentacije i netipičnih znakova na EKG-u, pacijenta prevodimo u Opservaciju, gde dobija Nitrosprej, O2 4 l/min. i otvara se i.v. linija. Nakon 10 min, u toku kontrolnog EKG-a, dolazi do pogoršanja stanja. Pacijent gubi svest, prestaje spontano da diše, gubi puls nad a. carotis. Regstruje se fibrilacija komora na monitoru defibrilatora, te je započeta kardiopulmonalna reanimacija po algoritmu za fibrilaciju. Vraćeni su puls, tenzija i disanje. Pacijent i dalje bez svesti, agitiran, biva prebačen na Kardiologiju gde je konzervativno lečen i otpušten kući.

ZAKLJUČAK: Kod pacijenata sa VF preživljavanje je utoliko veće, ukoliko je interval od nastanka VF do rane defibrilacije kraći.

e-mail: radica.k@bankerinter.net

POSTREANIMACIJSKA TERAPIJSKA HIPOTERMIJA

Usmena predavanja

1.

OD PRIMARNE KORONARNE INTERVENCIJE DO RESUSCITATIVNE INDUKOVANE HIPOTERMIJE: IZAZOVI AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA SA ST ELEVACIJOM

T. Popov, D. Debeljački, I. Srdanović, T. Čanji, M. Petrović, G. Panić, K. Pavlović, N. Čemerlić-Ađić
INSTITUT ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI VOJVODINE, KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU, SREMSKA KAMENICA

UVOD: Kardiovaskularne bolesti predstavljaju i dalje vodeći uzrok obolevanja i smrtnosti u razvijenim zemljama i imaju veliku i narastajuću incidencu u zemljama u razvoju. Ipak, primena savremenih postupaka u prevenciji i lečenju ovih bolesti čine da stopa smrtnosti u svetu neprekidno opada.

CILJ RADA: je prikaz savremenih postupaka lečenja bolesnika sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom (STEMI) komplikovanog srčanim zastojem, čime je pokazan značaj ne samo ranog prepoznavanja simptoma i rane revaskularizacije miokarda, nego i sledstvenog adekvatnog zbrinjavanja nastalih komplikacija metodom resuscitativne hipotermije (RH).

PRIKAZ SLUČAJA: Muškarac starosti 32 godine je dovežen kolima Službe HMP i primljen u Koronarnu jedinicu Instituta za kardiovaskularne bolesti Vojvodine (KJKVBV) 18. oktobra 2008.godine. Razlog prijema je bio STEMI antero-lateralne lokalizacije. Vreme proteklo od početka subjektivnih tegoba do dolaska u Prijemnu kardiološku ambulantu je iznosilo između 40-50 minuta. Objektivni status pri prijemu je bio uredan. U cilju hitne revaskularizacije miokarda je odmah nakon prijema urađena primarna perkutana koronarna intervencija (pPCI) sa implantacijom stenta u okludirani proksimalni segment prednje descendentne koronarne arterije - infarktne arterije. Inicijalno su nakon implantacije stenta postignuti odličan protok (TIMI protok 3) i reperfuzija miokarda (eng. BLUSH Grade 4), tako da je rezultat pPCI ocenjen kao optimalan. Po završenoj pPCI, u narednih 20-30 minuta zapažaju se znaci akutne srčane slabosti, te je pored započetog tretmana (kiseonik, inotropi), a zbog sumnje na pojavu «no reflow» fenomena, ordinirana intravenska antiagregaciona terapija inhibitorima GP IIb/IIIa receptora. I pored date terapije, u sledećih 10 minuta dolazi do srčanog zastoja po tipu tahikardije/fibrilacije komora. Sproveden je reanimacioni postupak, a nakon uspostavljene spontane cirkulacije je procenjeni «Glasgow coma score» (GCS) iznosio 3, nakon čega su započete mere RH. U vremenu od 5 časova nakon početka RH je postignuta telesna temperatura od 34°C, a RH je ukupno trajala 16h. Posle 48h od stabilizacije hemodinamskih parametara je GCS procenjen kao 15, bolesnik je ekstubiran, a petog hospitalnog dana je iz KJ u stabilnom stanju i svestan premešten na Odeljenje. Osamnaestog hospitalnog dana je u dobrom subjektivnom i objektivnom statusu otpušten na kućno lečenje. Na redovnim kardiološkim kontrolama je negirao bilo kakve subjektivne tegobe, a objektivni kardiovaskularni i nalaz na drugim sistemima je bio uredan. Ehokardiografskim praćenjem se konstatovalo značajno poboljšanje funkcije miokarda leve komore. Urađen je i ergometrijski test sa opterećenjem od 125W na kome se nisu registrovali znaci ishemije miokarda.

ZAKLJUČAK: Rano postavljena dijagnoza STEMI, na vreme i adekvatno urađena miokardna revaskularizacija i savremeno i pravovremeno zbrinjavanje akutnih STEMI komplikacija, vode optimalnom oporavku i poboljšanju kvaliteta života lečenih bolesnika.

KLJUČNE REČI: akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom, primarna perkutana koronarna intervencija, perfuzija miokarda, kardio-pulmonalna resuscitacija, resuscitativna indukovana hipotermija.

e-mail: tanjapopov@ptt.rs

Poster prezentacije

1.

AKUTNI ZASTOJ SRCA IZAZVAN PLUĆNOM EMBOLIJOM, HIPOTERMIJA U POSTREANIMACIJSKOM PERIODU (COOLING THERAPY)

Vuk Niković(1), Anton Laggner(2), Danica Križanac(3), Elvir Zvrko(4)

(1)JZU DOM ZDRAVLJA PODGORICA-SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2,3) AKH ALLGEMEINES KRANKENHAUS - EMERGENCY DEPARTMENT VIENNA,(4)KLINIKA ZA ORL I MFH, KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, PODGORICA

SAŽETAK: Plućna embolija je uobičajeno i potencijalno smrtonosno stanje koje može izazvati smrt u svim dobnim grupama. Pravovremeno postavljena dijagnoza smanjuje morbiditet i smrtnost. Nažalost dijagnoza je često nijema jer je plućna embolija često praćena nespecifičnim simptomima. PE se dijeli u dvije kategorije: Masivna i nemasivna plućna embolija.

U ovom radu je prikazan slučaj muškarca starog 67 godina sa znacima akutnog zastoja rada srca uslovljenog masivnom PE .Pacijent se javio u dermatološku ambulantu sa bolom i otokom desne noge. U toku pregleda počeo je da otežano diše i javio se bol u grudima. Pošto se stanje pogoršavalo pozvana je Hitna pomoć. Hitna pomoć dolazi 11 minuta nakon poziva i zatiče pacijenta bez srčanog rada i disanja. EKG 1: Asistolija . Otpočeta je KPCR. Terapija : Adrenalin 1mg x 7 , Atropin 3 mg. Nakon 59 minuta reanimacije srce počinje da radi. Pacijent se stavlja u vozilo i kreće se sa transportom. U toku transporta 3 puta srce prestaje da radi. U toku transporta data analgosedacija i intubiran. Sa stabilnim vitalnim parametrima dovežen u Hitnu pomoć.

PE dokazana neinvazivnim dijagnostičkim procedurama (D-Dimer, Ehokardiografijom srca i CT grudnog koša) Odmah na prijemu data trombolitična terapija Metalyse (Tenecteplase) 8000 IJ i antikoagulantna Heparin 4000 IJ.

Ehokardiografski se prikazuje veliko uvcane desne pretkomore i komore.

EKG 2 nema promjena tipičnih za ishemiju, osim kompletnog bloka desne grane.

CT grudnog koša potvrđuje visokostepenu sumnju na masivnu plućnu emboliju.

Laboratorijske analize : pH 6.7...7.07...7.21...7.27...7.33,pCO2 198, D Dimer 156.93 ,CK 265 U/l ,Troponin T 2.65, APTT STA >180, pro BMP 168.2, HI 2.54...1.59, SVRI 977, EVLWI 6.0, ITBVI 887, GEDVI 710, HF 100-124.

Nakon stabilizacije pacijenta aplicirana EMCOOL Spad (Terapija hlađenjem) na grudi koši i abdomen i uključen Ringer laktat 500ml 4C.Temperatura spuštena na 33 C i održavana u toku 24 sata

Terapija 24 sata: Dormucin,Fentanil, Esmeron, Noradrenalin, Suprarenin, Actrapid, K, Elomel, Controlok, Heparin, Metalyse. U toku 24 sata praćeni vitalni parametri pacijenta koji su bili stabilni,neuroloski status se počeo popravljati.Nakon opservacije pacijent preveden na intezivnu njegu.

Ključne riječi:Plućna embolija, akutni zastoj srca, hipotermija nakon kardiopulmonlne reanimacije, neurološki odgovor.

e-mail: vuknikovic@yahoo.com

2.

TERAPIJSKA HIPOTERMIJA U PREHOSPITALNIM USLOVIMA

Mirko Vidović, Tanja Radovanović

DOM ZDRAVLJA TEMERIN, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Hipotermija se definiše kao centralna telesna temperatua niža od 35 °C. Klasifikovana je kao blaga,umerena i teška. Indukovana hipotermija je kontrolisano snižavanje centralne temperature iz terapijskih razloga (terapijska hipotermija-TH). Prema preporukama ILCOR i AHA iz 2005. godine TH je svrstana u klasu IIa za VT i VF kod ne traumatizovanih cardiac arrest pacijenata, kod kojih je uspostavljena spontana cirkulacija (ROSC), i u klasu II b kod non VF.

CILJ RADA: Mogućnost uvođenja TH u prehospitalnim uslovima i njena implementacija u SHMP Srbije.

METOD RADA: Analiza dosadašnjih studija i preporuka o započinjanju TH u prehospitalnim uslovima .

REZULTATI : Postoji jako mali broj studija o TH u prehospitalnim uslovima. Dve velike studije, Bernard i HACA studija, pokazali su da je bolji neurološki oporavak reanimiranih pacijenata, kod koji je inicijalni ritam bio VT i VF, ukoliko se nakon uspostavljanja spontane cirkulacije u prehospitalnim uslovima koristila blaga TH. U Bernard studiji 49 % pacijenata koji su bili podvrgnuti prehospitalnoj TH imali su dobar neurološki odgovor. U HACA studija 55% hipotermičnih pacijenata imalo je dobar neurološki oporavak. Universitetska bolnica u Grenoblu je 2009 god. započela studiju o TH kod pacijenata sa cardiac arestom u prehospitalnim uslovima . Studija će trajati do 2011 godine. Primarni cilj studije je da opravda započinjanje TH u prehospitalnom periodu kod pacijenata sa cardiac arestom. Dobijeni rezultati studije biće poređeni sa rezultatima u kojima je TH kod cardiac arest pacijenata započeta nakon dolaska u bolničku ustanovu.

ZAKLJUČAK Preliminarna istraživanja su pokazale da je započinjanje blage TH u prehospitalnim uslovima bezbedno, da su spoljašnje metode hlađenja i korišćenje hladnih rastvora, sigurne i efektne i da blaga TH povoljno utiče na neurološki oporavak kod komatoznih pacijenata nakon cardiac aresta koji je uzrokovan VF i VT.

e-mail: office@dztemerin.rs

TRAUMA

Usmena predavanja

1.

ANALGEZIJA U PREHOSPITALNOM ZBRINJAVANJU TRAUMATIZOVANIH PACIJENATA ZAVODA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

Božana Dragišić-Dokmanović, Hana Šinka, Svjetlana Nađorđ, Vanja Antunović, Milica Segedinac
ZZHMP NOVI SAD

CILJ : Cilj rada je: da se analizom podataka uoči učestalost traumatizovanih pacijenata u periodu od godinu dana i da se prikaže zastupljenost i vid analgezije u okviru mera i postupaka zbrinjavanja traumatizovanih pacijenata sa osvrtom na starosnu i polnu distribuciju pacijenata i anatomske lokalitete povređivanja.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je retrospektivno opservaciono. Podaci su prikupljeni iz protokola urgentnih ekipa i ambulante ZZHMP Novi Sad za period od jula 2007. do juna 2008. godine.

REZULTATI: Od ukupnog broja pregledanih pacijenata za godinu dana (n=47386) od strane ZZHMP, na terenu i u ambulanti zbrinuto je 4546 traumatizovanih pacijenata (9,59%). Povređeni pacijenti su u 90% slučajeva transportovani i upućeni na hospitalizaciju. U slučaju 12,35% (n=556) pacijenata je urađena imobilizacija. Kod 27,65% (n=1257) je napravljena hemostaza, a kod 11 pacijenata (0,24%) je obezbeđen disajni put. 61,5% (n=2973) traumatizovanih pacijenata je samo transportovano. Analgetici su primenjeni kod 3,7% (n=170) traumatizovanih pacijenata (tramadol (2,2%), diklofenak (1%), ketorolak (0,2%) i metamizol (0,5%)). Infuzioni rastvori su ordinirani kod 4% pacijenata, a kiseonik je primilo 6 pacijenata (0,1%). Venska linija je obezbeđena kod 4,8% povređenih pacijenata. U najvećem broju slučajeva terapiju bola su dobili pacijenti starosti od 81 do 90 godina (21 od 232; 9,1%), iako je najveći broj povređenih pacijenata starosti od 21 do 30 godina (n=1111; 24,4%). Terapija bola je ordinirana u većem broju slučajeva kada su povređene osobe ženskog, nego muškog pola. Najčešće su analgetike primili pacijenti sa povredom kičmenog stuba, abdomena i u slučaju povrede više organskih sistema (oko 8%). Grupa pacijenata sa najvećom učestalošću, povrede glave (n=1781, 39,2%), ujedno je i grupa u kojoj su pacijenti najmanje primili analgetike (0,7%).

ZAKLJUČAK: Traumatizovani pacijenti predstavljaju značajnu grupu pacijenata zbrinutih od strane ZZHMP Novi Sad. U sklopu mera zbrinjavanja ove grupe pacijenata, terapija bola nije značajno zastupljena u odnosu na ostale mere.

e-mail: bozana.dragisic.dokmanovic@gmail.com

2.

UČESTALOST TRAUMATIZOVANIH PACIJENATA NA TERENU I UTICAJ VREMENSKIH PRILIKA NA TRAUMATIZAM

Gorica Radomirović, Snežana Radivojević, Snežana Mitrović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Trauma je jedan od najznačajnijih problema razvijenog sveta. Ona je treći uzrok smrti posle kardiovaskularnih i malignih bolesti, a prvi u najvitalnijoj životnoj populaciji. Najčešći je saobraćajni traumatizam. Drugi su povrede na radu, padovi i povrede zadobijene u tuči.

CILJ RADA je da se ukaže na sve veću učestalost pacijenata sa traumom na terenu u radu lekara hitne pomoći.

MATERIJALI I METODE: Vršena je retrospektivna analiza lekarskih intervencija na terenu za period od tri meseca januar, april i jul 2008. uz analizu podataka iz hidrometeorološkog zavoda Srbije o vremenskim prilikama (temperaturi i padavinama) za isti period. Izvršena je analiza klasifikacije poziva po redovima hitnosti. Pacijenti su podeljeni prema polu, starosnoj dobi, načinu povređivanja, vrsti povrede i terapiji na terenu.

REZULTATI: U ovom periodu je bilo 10.300 intervencija na terenu. Sa traumom je bilo 704 pacijenata.

Najviše intervencija je bilo u julu mesecu 270 (38%), u aprilu 237 (34%), u januaru 197 (28%).

Bilo je 450 muškaraca (64%) i 254 žena (36%). Po starosnoj dobi pacijenti su svrstani u 11 grupa.

Najveći broj pacijenata je bilo u grupi od 20 do 50 godina. Analiza poziva po redovima hitnosti dokazuje da se najveći broj poziva klasifikuje kao prvi red hitnosti 332 (47%). Prema načinu povređivanja pacijenti su svrstani u četiri grupe:

1. Saobraćajni traumatizam 221 pacijent (31,3%). Biciklisti su bili učesnici u 4,5% slučajeva, motociklisti 5,4%, pešaci u 6,4%, a u 83,7% slučajeva su automobilske nesreće.

2. Tuče u 93 slučajeva (13,3%). Povrede nastale upotrebom vatrenog oružja u 5,3% slučajeva, a nožem u 3,2% slučajeva.

3. Povrede usled pada su kod 381 pacijenata (54,1%). Po načinu nastanka imamo pad sa visine, povrede na radu, pad na led, samopovređivanje, pad teškog predmeta, pad na ulici i pad u stanu.

4. Ostale povrede su udar groma, udar struje, opekotine i ujed psa. Podaci su iskazani u broju i procentima. Pacijenti su bili alkoholisani u 7,6% slučajeva.

Povrede su podeljene prema vrsti na povrede: glave, vrata, gornjih ekstremiteta, grudnog koša, trbuha, karlice i kuka, donjih ekstremiteta, stopala i skočnog zgloba. Na terenu je vršena primarna obrada rane, imobilizacija, postavljena Šancova kragna, transport na Ferno nosilima, aplikovana infuziona terapija, dat analgetik, vršena hemostaza, postavljen ervej i izvršena endotrahealna intubacija. Svi podaci su iskazani u broju pacijenata i u procentima. Po podacima Republičkog hidrometeorološkog zavoda Srbije u januaru je najniža temperatura bila -16 a najviša +17. U aprilu je minimalna temperatura bila 0 a maksimalna +28. U julu je bila minimalna temperatura +11 a maksimalna +37.

Rezultati govore da je učestalost veća kod muškaraca nego kod žena i veća u populaciji od 20 do 50 godina. Najveći broj traumatizovanih pacijenata je bio u julu mesecu. Najveća je učestalost povreda glave (bez procene težine povrede) izolovana ili udružena sa povredom koštano zglobnog sistema.

ZAKLJUČAK: Visoka učestalost povreda naročito u mlađoj populaciji ukazuje na značaj lekara specijaliste urgentne medicine na terenu, u cilju što efikasnijeg zbrinjavanja traumatizovanih pacijenata.

e-mail: milr@bankerinter.net

3.

PLAN RADA SHMP SUBOTICA U SLUČAJU MASOVNIH NESREĆA I VANREDNIH STUACIJA

Kornelija Jakšić Horvat, Sendi Žolt

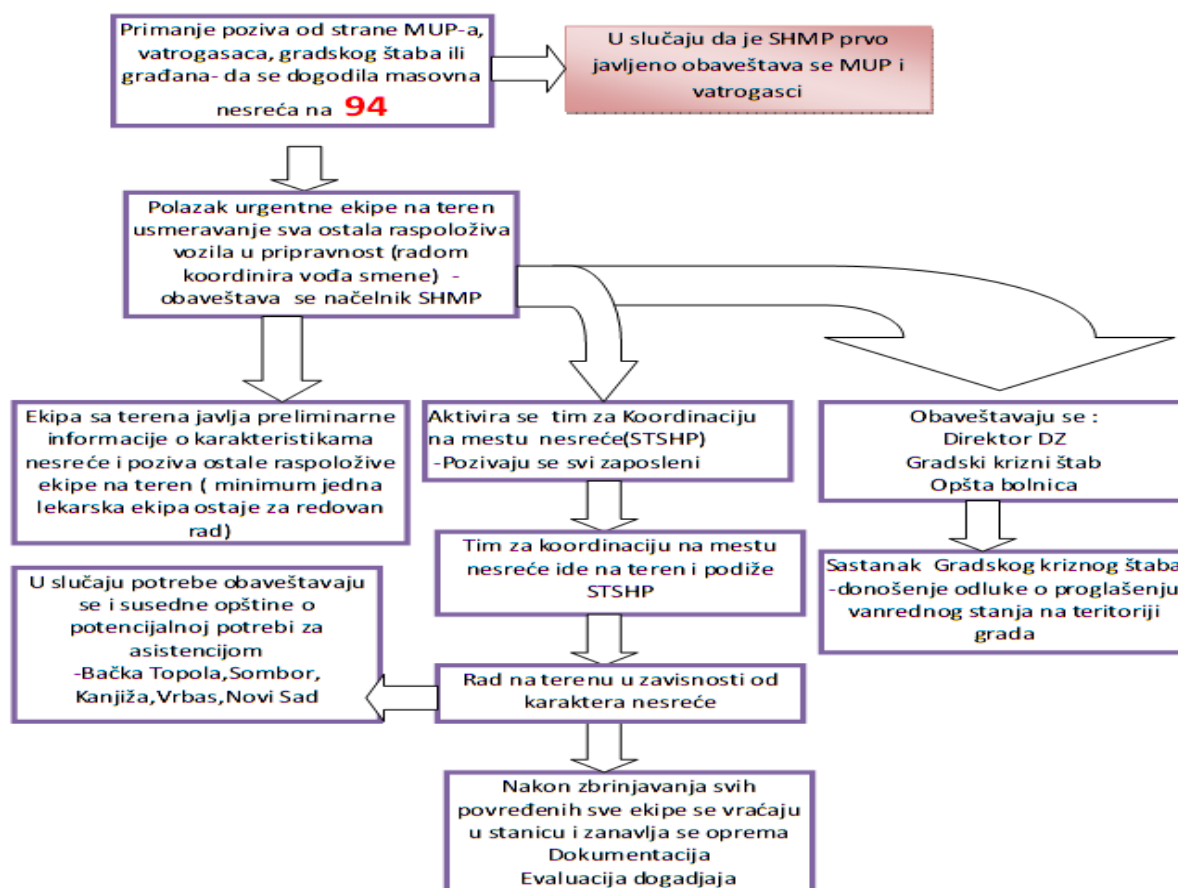
DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Prikaz plana za rad u masovnim nesrećama i vanrednim situacijama u Službi za hitnu medicinsku pomoć Subotica. Postojanje unapred razradjenog detaljnog plana, sa kojim su upoznati svi zaposleni SHMP, omogućuje

uspešno funkcionisanje Službe u vanrednim situacijama. Ovaj plan je deo "plana upravljanja vanrednim situacijama" na nivou opštine Subotica. Lokalna samouprava opštine Subotica se pridružila programu USAID (Američka agencija za međunarodni razvoj), koji u našoj zemlji sprovodi program za planiranje i reagovanje u vanrednim situacijama. Cilj projekta je unapredjenje lokalnih kapaciteta i sposobnosti reagovanja u kriznim situacijama. Bazira se na formiranju stalnog tela od strane lokalne samouprave sa predstavnicima gradske uprave, MUP-a, vatrogasaca, hitne pomoći, komunalnih preduzeća i Crvenog krsta. Aktivnosti i mere se preduzimaju da bi se osigurao efikasan odgovor na uticaj opasnosti. Plan SHMP obezbeđuje brzo organizovanje i proširenje medicinskih kapaciteta pod vanrednim okolnostima. Unapred pripremljena, neprestano kontrolisana oprema za rad u vanrednim uslovima, postavljena na vidno obeleženom, utvrđenom mestu, postupanje prema jasno utvrđenim principima omogućuje brzo i adekvatno reagovanje.

ZAKLJUČAK:

1. Da bi se adekvatno reagovalo u slučaju vanredne situacije SHMP poseduje detaljno razrađen plan
2. Sa tim planom treba da su dobro upoznati svi zaposleni SHMP kao i druga odgovorna lica Doma Zdravlja
3. Plan se usklađuje sa globalnim planom lokalne samouprave i planom Opšte bolnice Subotica
4. Primenjuje se jedinstvena medicinska doktrina u radu
6. Raditi na uvežbanosti ekipa (združena vežba SHMP, MUP-a i vatrogasne brigade)
7. Ostvariti dobru saradnju sa MUP-om, vatrogascima, organizacijom Crvenog krsta i drugim relevantnim službama



4.

PRIKAZ REŠAVANJA JEDNE MASOVNE SAOBRAĆAJNE NESREĆE

Goran Perge, Ksenija Barna

DOM ZDRAVLJA SREMSKA MITROVICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Rad predstavlja prikaz slučaja masovne saobraćajne nesreće. Podaci su dobijeni iz medicinske dokumentacije – protokola.

Događaj se desio 17.01.2006. godine. Dežurni dispečer, tj. tehničar Službe hitne pomoći Sremska Mitrovica koji je tada obavljao sve poslove u bazi Hitne pomoći oko 23.30 je primio poziv od strane dežurnog Saobraćajnog SUP-a. u vezi i incidenta: na deonici autoputa Beograd – Zagreb, pored Sremske Mitrovice, došlo je do prevrtanja autobusa punog putnika. I to je od podataka bilo sve. Tadašnji vremenski uslovi: temperatura oko -1°C, padala je ledena kiša uz blagi vetar i kolovozi su bili zaleđeni. Obzirom da su i lekarska i transportna ekipa bile na terenu, usledile su instrukcije da se sve aktivnosti prekinu i oba vozila upute ka auto-putu ali bez jasnog odredišta. Kasnije smo dobili jasnu lokaciju udesa, ali bez ni približnog broja povredjenih osoba.

Na mestu udesa: vise od deset šlepera što parkirano u zaustavnu traku, što u pokretu desnom kolovoznom trakom, putnički automobili u pokretu malom brzinom, mesto udesa neobezbeđeno, na licu mesta samo dva saobraćajna policajca. Povređeni putnici su stajali pored puta, njih oko 20, oskudno obuceni, polovina bosih.

Ukupan broj nastradalih: 3 mrtva i povređenih 15 od čega jedno dete, od toga 4 teško povređena i 11 lakše povređenih. Od povreda koje su se javljale bilo je 6 povreda glave, od toga 2 zatvorene, 2 otvorene povreda poglavine, jedna povreda nosa sa epistaksom, jedna povreda ušne školjke. Zatim povreda grudnog koša 7, povrede karlice 3 i povrede ekstremiteta 5, bez lomova, samo jedna sublukcija ramena, kao i dva pacijenta sa povredama kičme. Iz ovoga se vidi da je 8 pacijenata imalo politraumu, dok je 7 imalo izolovanu povredu. Jedan pacijent je zbrinut na licu mesta, dok je za 14 pacijenata bio potreban sanitetski prevoz. Kasnijom dijagnostikom je utvrđeno da je od povređenih kod jednog pacijenta je bio prelom rebara, jedan je imao prelom noge, dok je jedan uz prelom rebara imao i hematotoraks.

Ovoga puta nisu nam isli na ruku vremenski uslovi, u smeni ima samo dva lekara, tri tehničara i dva vozača što je premalo za ovoliki broj povređenih. Problemi koji su rešivi, ali nisu adekvatno rešeni u datom trenutku su organizacione prirode. Policija je odbila da na licu mesta obezbedi deo puta koji je bio važan za zbrinjavanje. Kasnije je, takođe, odbijena molba da se obezbedi siguran transport u najbližu zdravstvenu ustanovu, a kamoli pomoć prilikom transporta, tako da su neki pacijenti transportovani neadekvatno. Neadekvatna oprema od strane vatrogasne službe za pregled olupine autobusa. Takođe smo imali i problema sa radio-vezom, ali je uz velike teškoće sporazumevanje bilo ipak moguće.

U datom trenutku nije postojala jasna procedura o postupcima prilikom vanrednih situacija tako da je sve išlo po nekoj vrsti dogovora. Očigledno je da, zbirno, službe koje deluju u ovakvim situacijama ne mogu na ovakav način da deluju i da mora da se zna jasna procedura. U ovom slučaju je bilo potrebno duplo više vremena za zbrinjavanje pacijenata nego što bi inače trebalo, ali na sreću, ova diskoordinacija nije koštala ni jednog ljudskog života.

email: sm.gperge@neobee.net

5.

PRIKAZ SLUČAJA TEŠKE SAOBRAĆAJNE NESREĆE

Boštjan Triler

NUJNA MEDICINSKA POMOČ POSTOJNA, SLOVENIJA, PREHOSPITALNA ENOTA

Ekipa hitne medicinske pomoći – Predbolničke jedinice hitne pomoći Postojna u subotu 10.maja 2009. godine, obavestena je o saobraćajnoj nesreći na autoputu Ljubljana - Koper kod Postojne u kojoj bi bila povredjena jedna osoba. Po dolasku ekipe na mesto nesreće, slika je bila potpuno drugačija. Žena koja je upravljala vozilom bila je uklještena, saputnik je bio izvan vozila sa nogama stisnutim u vozilu. Treća saputnica je ležala oko 20 metara od vozila i četvrti putnik je sedeo u vozilu.

U spašavanje in pomoć tri politraumatizovane osobe i jedne lakše povredjene osobe, pored ekipa hitne pomoći iz Postojne aktivno su se uključili ekipa Helikopterske hitne pomoći, vatrogasci i saobraćajci. Udruženim snagama su spasli, stručno pomagali i prevezli sve povredjene u Klinički centar u Ljubljani.

U predavanju će biti predstavljeni kako teškoće tako i srećne okolnosti u toj intervenciji. U prezentaciji će biti predstavljene i fotografije snimljene u toku same intervencije.

e-mail: bostjan.triler@gmail.com

6.

UDESİ SA VEĆİM BROJEM POVREĐENIH, ISTOVREMENI POZIVI PRVOG REDA HITNOSTI-PAT POZICIJA ILI LAKO REŠIV PROBLEM

Gordana Đokić, Ranko Vukić, Vladanka Rakonjac, Miroslava Mišić

ZHMP KRAGUJEVAC

UVOD: Udesi sa većim brojem povređenih lica, istovremeni pozivi prvog reda hitnosti predstavljaju izazov u organizaciji rada Hitne pomoći.

CILJ RADA je da uvidom u terenske protokole ZHMP Kragujevac za period od godinu dana izdvojimo situacije kada su dežurne ekipe morale da adekvatno i pravovremeno intervenišu prilikom saobraćajnog udesa sa većim brojem povređenih, istovremenih poziva prvog stepena hitnosti i obezbede dežurstvo u ambulanti, i izvršimo poređenje na koji način je prevaziđen problem, izvučemo pouke iz naučene lekcije i damo preporuku za najadekvatniji način organizacije rada.

REZULTATI: Broj povređenih, težina povreda, udaljenost mesta udesa, vremenski uslovi, reakcija očevidaca, ne uključivanje pripadnika milicije i vatrogasne službe u zbrinjavanje povređenih uslovljavalo je da na udes budu ponekad upućene sve dežurne ekipe. Problem u organizaciji rada nastajao je kada u isto vreme stignu pozivi prvog stepena hitnosti.

ZAKLJUČAK: I pored poštovanja protokola (lekar koji prvi stigne organizuje punkt, izvrši trijažu i započne zbrinjavanje povređenih do pristizanja drugih ekipa i dogovora da se ne angažuju sve dežurne ekipe), događa se da najčešće zbog pritiska koje na ekipe vrše očevidci budemo primorani da postupimo drugačije. Iz ličnih iskustava moguća rešenja za prevazilaženje problema su

1.Prva ekipa koja izlazi na udes sa većim brojem povređenih u svom sastavu ima lekara i dva tehničara kako bi posle inicijalnog pregleda paralelno moglo da teče zbrinjavanje više povređenih lica. Posle inicijalnog tretmana pacijent se transportuje uz pratnju obučenog tehničara koji je u komunikaciji sa lekares na terenu ili lekares na prijemu poziva.

2.Sa pripadnicima milicije i vatrogasne službe organizovati zajedničke vežbe kako bi u njima imali adekvatnu pomoć u smislu obezbeđivanja uslova za neometan rad, tako i u smislu zbrinjavanja povređenih.

e-mail: fil.sa_go@nadlanu.com

Poster prezentacije

1.

AVULZIONI PRELOM TUBEROZITA TIBIJE

Branko Bačanić(1), Gorica Rajović(2), Vladimir Ristić(3)

(1)DOM ZDRAVLJA MEROŠINA, (2)DOM ZDRAVLJA NIŠ, (3)ORTOPEDSKA KLINIKA SUBOTICA

UVOD. U muškoj populaciji u pubertetu na terenu osteohondritisa tuberozita tibije (M.Osgood-Schlatter) česti su slučajevi avulzije donjeg pripoja ligamentuma patelae.

PRIKAZ SLUČAJA. Na primeru mladog sportiste, košarkaša 15.5 godina, na zagrevanju pred utakmicu usled jake kontrakcije m. quadricepsa došlo je do navedene povrede (avulzije fragmenta klinastog oblika tuberozitasa tibije). Nastao je bol, deformitet zgloba kolena, otok i funkcionalna nemoć. Izvršena je privremena imobilizacija ekstremiteta u položaju povređivanja na mestu traume. Radiološki je postavljena dijagnoza sa vidljivom dislokacijom odvaljenog fragmenta klinastog oblika. Obavljena je preoperativna priprema i nakon petnaest sati od povređivanja urađena je u opštoj anesteziji krvava repozicija i osteosinteza fragmenta sa dva spongiozna šrafa. Postoperativno je određeno mirovanje jedan mesec uz gipsanu imobilizaciju od dve nedelje i pasivne veze. Nakon toga je sproveden rehabilitacioni tretman u trajanju od dva meseca koji je doveo do potpune ekstenzije potkolenice.

ZAKLJUČAK. Tretman avulzije tuberozita tibije kod mlađe populacije treba da bude hirurški, koji uz adekvatan rehabilitacioni tretman dovodi do odličnih postoperativnih rezultata i ranog povratka sportskim aktivnostima (6-9 meseci).

Ključne reči. Osteohondritis, avulzioni prelom, tuberozitas tibije, osteosinteza, fizikalni tretman.

e-mail: bbmladen@sbb.co.yu

2.

INCIDENCA I PREVALENCA POLITRAUME U KRAGUJEVCU

Jelena Milanović, Jelena Petković, Dragan Milutinović, Katarina Nikić, Suzana Račić, Vladimir Gajić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: Pod pojmom politraume podrazumeva se stanje povređenog sa teškim povredama dva ili više organa ili organskih sistema, kod kojeg su uvek ugrožene vitalne funkcije. Politraumatizovani pacijenti predstavljaju često vitalno najugroženije pacijente koje zbrinjava hitna služba. Politrauma predstavlja značajan zdravstveni problem, jer za njeno zbrinjavanje se često angažuju čitavi timovi medicinskih eksperata raznih profila uz ogromnu potrošnju svih materijalnih, medicinskih resursa.

CILJ RADA: Analiza incidence i prevalencije opšte politraume u gradu Kragujevcu.

METODOLOGIJA: Uvid u terenske izveštaje o obavljenim intervencijama ekipa ZZHMP Kragujevac u periodu 01.01.-31.12.2008.godine i njihova analiza.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U posmatranom periodu je nađeno 211 pacijenata sa politraumom, što čini 1% od svih izlazaka na terene. Najviše politraumatizovanih je bilo u aprilu(25), najmanje u oktobru(10). Muškarci čine dve trećine, a žene jednu trećinu pacijenata. Radno aktivno stanovništvo čini 58,7%, dok jednu četvrtinu čine penzioneri. U gradskom okruženju se desilo 71%, a u seoskom 29% terenskih izlazaka. Polovina politraumatizovanih je u saobraćaju, četvrtina je u privatnom ambijentu, a jedna četvrtina na javnim mestima, dok je 5% povreda na radnom mestu. Najviše akcidenata se dešava ponedeljkom(41)- jedna petina svih akcidenata, a najmanje četvrtkom(15). Najviše- jedna četvrtina akcidenata se desilo u satnom intervalu 11-15 časova(54), dok je najmanje u periodu 03-07(10). Procenom stanja svesti je utvrđeno da je najviše politraumatizovanih bilo svesno(77,7%), dok je jedna sedmina bila bez svesti(30). Tri četvrtine pacijenata je imalo spontano disanje, dok je oko 2% pacijenata bilo bez disanja. Spoljašnje krvarenje je imalo 62,1% pacijenata, dok jedna četvrtina nije imala krvarenje.

ZAKLJUČAK: Svaka politrauma se tretira najvišim stepenom hitnosti i ima primat nad ostalim terenima. Mere prevencije treba usmeriti na zaštitu radno aktivnog stanovništva koje predstavlja nosioce svakog društva. Naročita pažnja je potrebna u saobraćaju i početkom i krajem radne nedelje.

Ključne reči: politrauma, terenski rad ekipa

e-mail: jelenadmilanovic@sbb.rs

3.

KARAKTERISTIKE TRAUMATIZMA MOTOCIKLISTA I BICIKLISTA I UTICAJ BIOMETEOROLOŠKIH FAZA

Dragan Milojević(1), Vladimir Gajić(1), Jasminka Smailagić(2), Sanja Gajić(3), Bojan Jovanović(1), Aleksandar Rašković(1)

(1)ZZHMP KRAGUJEVAC, (2)RHMZ SRBIJE, (3)DOM ZDRAVLJA KRAGUJEVAC

UVOD: Motociklisti i biciklisti su specifični učesnici u saobraćaju, pa njihovom traumatizmu treba pridodati poseban značaj, a biometeorološke prilike utiču na njih, kao i na sve učesnike u saobraćaju, kroz usporene reflekse, diskoordinaciju pokreta i smanjenu sposobnost opažanja. Time dobijamo veći broj akcidenata u određenim biometeorološkim prilikama.

CILJ: Analiza traumatizma motociklista i biciklista i utvrđivanje korelacije sa biometeorološkim fazama.

METODOLOGIJA: Usporedna analiza evidencije saobraćajnih akcidenata sa biciklistima i motociklistima dobijenih iz Saobraćajne policije Kragujevac za petogodišnji period 2004-2008 i svakodnevnih biometeoroloških faza za grad Kragujevac određenih od strane RHMZ Srbije.

REZULTATI: U ovom periodu dogodilo se 5180 saobraćajnih akcidenata, pri čemu je u 180(3,47%) akcidenata stradalo 193 učesnika i to 77 motociklista, 116 biciklista i njihovih putnika. Najviše akcidenata je u 2008.godini(53), a najmanje 2005.(28). Najviše akcidenata se dogodilo tokom avgusta(28) i juna(27), a nijedan tokom januara. Najmanje akcidenata se dogodilo u satnim intervalima 04-05-06 časova(po 0), a najviše između 19-20časova(18). Oko 85% akcidenata je bilo u gradu. Od 171 muškaraca, kojih je devet desetina, najviše ih je starosti 16-20 i 21-25 godina(20 i 21), a od 22 žene najviše ih je starosti 11-15 godina(6). Kao uzročnici dvotočkaši su najviše stradali zbog neprilagođene brzine(31), a kao žrtve zbog nepoštovanja prvenstva prolaza(32). Lake telesne povrede je zadobilo 41 motociklista(četvrtina starosti 16-20 godina) i 85 biciklista, od čega najviše(14) u dobnoj grupi 11-15 godina. Teške telesne povrede je zadobilo 31 motociklista(petina starosti 21-25 godina) i 27 biciklista od čega je najviše u dobnoj grupi 11-15 i 51-55 godina(po 4). Smrtno je stradalo 5 motorista(srednje životne dobi) i 4 biciklista(starije dobi). Stradalo je 5 muških i 6 ženskih saputnika, svi do 20 godina starosti i sa lakim povredama. Najviše akcidenata se dogodilo u biometeorološkoj fazi 9(63), što čini 35% svih akcidenata i fazi 4 i 1(32 i 31). Statističkim metodama dobijena je značajna korelacija između biometeoroloških faza i obaranja pešaka, pri čemu je najviše akcidenata bilo u slučajevima u fazi stabilnog-sunčanog vremena, a potom naglog prodora frontova, kada se naglo menja vremenska situacija, najčešće sa suvog-toplog na hladno-vlažno vreme.

ZAKLJUČAK: Zaključak ovog rada je preporuka o poštovanju upozorenja iz svakodnevne bioprognoze koju daje RHMZ Srbije, vezanog za ponašanje svih učesnika u saobraćaju, jer pri prognoziranoj nepovoljnoj biometeorološkoj situaciji, potrebno je adekvatno pripremiti ekipe hitne pomoći za očekivano veći broj trauma. Ključne reči: traumatizam, motociklisti, biciklisti, biometeorološke faze

e-mail: drgaja@sbb.rs

4.

KOMPLIKACIJE KOD POLITRAUME

Biljana Gavrilović, Todor Višekruna

ZC "JUŽNI BANAT", PANČEVO

Prema podacima SZO u svetu godišnje u saobraćajnom traumatizmu nestane 1,25 miliona ljudi, a veliki broj zadobiju trajne invaliditete. Politrauma predstavlja oštećenje više organskih sistema istovremeno, što dovodi do otežane restitucije povređenih stema u odnosu na izolovane povrede.

U ovom radu prikazan je slučaj politraumatizovanog pacijenta UJ star 66 god koji je u toku upravljanja traktorom zadobio teške telesne povrede, grudnog koša i abdomena. U Pančevačku bolnicu je primljen 26.06.2008. u 23h i 15 min, gde je nakon uzete laboratoriskih analiza i UZ abdomena uveden u operacionu salu gde je operativno rešena ruptura jetre i avulzija žučne kese a drenažom grudnog koša (Hemathotorax) u toku čega je dobio adekvatnu dozu SPP, depl Er koloida i kristaloida, nakon čega se pacijent prevodi u ITZ, relaksiran

prikačen na ventilator ,uz adekvatnu nadoknadu tečnosti i AT i AB zaštitu promenjen mod ventilacije uz sedaciju Midazolamom Narednih dana dobija 7 doza depl Er i isto toliko SPP. Nakon 4 dan pacijent stabilizovan urađen CT grudnog koša i abdomena, na kome su viđene seriske frakture rebara obostrano i desne lopatice kao i kontuziona žarištava plućnom parenhimu sa kompresivnim atelektazama i učajenim izlivima pa je pacijent upućen u UCS(gde je lečen konzervativno i posle 8 dana vraćen u našu bolnicu) oba puta transportovan sanitetom u pratnji anesteziologa uz MV potporu disanja ,bez torakalne drenaže,uz monitoring(EKG dva odvoda i pulsna oksimetrija) Kod pacijenta je došlo do komplikacija bakterijskih infekcija različitim sojevima koje su loše reagovale na AB terapiju,koja je više puta menjana po antibiogramu(rezistenti sojevi iz dve bolnice.) U fazi oporavka pacijent i pored AB terapije prema antibiogramu febricira respiratorno pogoršava,sa nalayom bilateralne pneumonije,nakon čega dana 27.07.2008 u 11 i 30h dolazi do letnog ishoda.

Traumatizovani pacijent prolaze kroz 3 faze: 1.faza SIRS-a(plima)2.katabolička faza(oseka)3. anabolička faza (oporavak). Nažalost bakterijske infekcije,rezistentim bolničkim sojevima odnose pacijenta i fazi oporvka. Cilj ovog rada je da ukaže na opasnost mešanja bakterijskih sojeva iz dve ili više bolnica kod pacijenata na MV.

Gljučne reči:polytrama,pacijenti na MV,mešana bakterijska infekcija bolničkih sojeva.

e-mail: biljag@sbb.rs

5.

LIJEČENJE M. SUDECKA KORISTEĆI PRINCIPE SAVREMENE MEDICINE

M.Cimbaljević, M.Muratović, R.Raičević,B.Dabetić,S.Veljić

DOM ZDRAVLJABERANE, OPŠTA BOLNICA BERANE

Morbus Sudeck je algo distrofični sindrom, koji se često javlja kao komplikacija nakon povreda. Liječenje ove komplikacije povreda je problem i savremenoj medicini. Najvjerovatnije nastaje zbog funkcionalnog poremećaja inervacije krvnih sudova. Karakteristične su trofičke promjene u kostima i periartikularnom trivu.Povreda aktivira senzitivni neuron koji izaziva nenormalni vazomotorni refleks, pa se uspostavlja cirkulus viciozus koji održava bolest. Bol je prisutan kad zglob miruje.

CILJ RADA: Želimo da istaknemo visoko mjesto u liječenju ovog obolenja koristeći metodu koja je najsvrsishodnija.

MATERIJAL I METODE RADA: Mi smo za period od 10 godina imali na liječenju 44 bolesnika sa ovim oboljenjem, svi su imali prethodno povredu. Muškaraca je bilo 60% i žena 40%, starih između 35 i 65 godina.

REZULTATI RADA: Koristeći fizijatrijske principe: ostvariti psihičku stabilnost obolelog, otkloniti bol, zaustaviti dalju evoluciju obolenja, povratiti funkciju zgloba, koristili smo od prvog dana u liječenju ovih bolesnika. U prvoj fazi liječenja koristili smo pozicioniranje DD struje, krioterapiju (hladne obloge), naizmjenične kupke i kineziterapiju. U drugoj fazi: blagu toplotu, DD, EF novocaine i Complamina kinezi terapiju doziranu. U terćoj fazi koristili smo aktivne pokrete, blagu MM, PP, fototerapiju, i DD struje. Od medikamenata koristili smo preparate Ca i vitamin C, anabolike i blage psihosedative. Sprovali smo strogo individualni tretman. Kod 70% naših bolesnika postigli smo zadovoljavajuće rezultate, a kod 30% poboljšanje.

ZAKLJUČAK: Smatramom da je metoda kojom smo se koristili veoma efikasna, vrijeme liječenja nije dugo i brzo se vraća radna sposobnost.

e-mail: muho.muratovic@cg.yu

6.

LIJEČENJE OŠTEĆENJA N. PERONEUSA U SAVREMENOJ MEDICINI

M.Cimbaljević, M.Muratović, B.Dabetić, R.Raičević

DOM ZDRAVLJA BERANE, OPŠTA BOLNICA BERANE

UVOD: Oštećenja peroneusa su danas dosta česta. Po statističkim pokazateljima su odmah poslije oštećenja n.facijalisa. Oštećenja nastaju najčešće traumatski, opekotina i električnim agansom, infekcijom, intoksikacijama i tumorima.U kliničkoj slici je pad stopala i nemogućnost hoda na prstima.

CILJ RADA: Ukazati na savremen pristupe u liječenju oštećenja peroneusa.

MATERIJAL I METODE RADA: Mi smo za period od 10 godina imali na liječenju 54 bolesnika sa lezijom n. peroneusa. 95% su bili muškarci stari između 20 i 51 godina. U liječenju smo od prvog dana koristili kompleksnu metodu: psihoterapiju, medikamentoznu i fizioterapiju.

REZULTATI RADA: Koristeći izloženu metodu, koju je sprovodio tim: fizijatar, ortoped, internista, psihijatar, radni terapeut. Od fizoterapije koristili smo kinezi terapija, kojoj predhodi primjena PP. Primenjivali smo pasivne, aktivno potpomognute i aktivne vježbe, koje povoljno djeluju na uslovno refleksne veze i vraćanju pokreta uspostavljajući kompenzatorne mehanizme. Pasivni pokreti sprečavaju stvaranje adhezija i skraćenje mišića. Kad su se javili znaci reinervacije radili smo „ trik pokrete“, sa njima smo čuvali šemu pokreta. Na početku liječenja koristili smo izometrijske i izotoničke kontrakcije. Pri jačanju snage mišića uravnotežavali smo tonus agonista i antagonista. Aktivne vježbe smo uvijek kombinovali sa ES. Koristili smo i EF vazodilatatora i galvansku struju. Nakon kinezi terapije pozicionirali smo ekstermitet radi sprečavanja kontraktura. U prosjeku posle 30 dana kod svih naših bolesnika postigli smo uspjeh. Svi su mogli da hodaju, snaga mišića je bila na ocjeni 4.

ZAKLJUČAK: Smatramo da metoda koju smo koristili daje dobre rezultate i terba je koristiti u liječenju oštećenja n. Peroneusa.

e-mail: muho.muratovic@cg.yu

7.

NAŠA ISKUSTVA U LIJEČENJU VOLKMANOVIH KONTRAKTURA

M. Muratović, B. Dabetić, R. Raičević, M. Cimballević

DOM ZDRAVLJA BERANE, OPŠTA BOLNICA BERANE

UVOD: Volkmanove kontrakture su danas dosta česte, najčešće nastaju poslije povreda podlaktice. Posledica su kompromitovane cirkulacije, usled pritiska hematoma na arteriju. To se dešava ako se uradi nekorektna imobilizacija, usled previše stegnutog gipsa, ili ako je položaj imobilisane ruke nefiziološki.

CILJ RADA: Ukazati na značajnost liječenja Volkmanovih kontraktura, posebno na reviziju imobilizacije.

MATERIJAL I METODE RADA: Mi smo za period od 10 godina imali na liječenje 7 bolesnika sa Volkmanovom kontrakturom. Svi su bili muškarci stari između 35 i 55 godina. Svi su imali povrijeđenu podlakticu. U liječenju smo koristili: psihoterapiju, medikamente i fizio terapiji.

REZULTATI RADA: Koristeći navedenu metodu od prvog dana u liječenju, u početku smo in loco ubrizgavali Novocain 1-5 dana, od medikamentata smo davali periferne vazodilatatore: Stugeron forte, redergi i Trental. Od fizio procedura koristili smo kinezi terapiju (pasivne, potpomognute i aktivne vježbe). Nakon vježbi postavljali smo ruku u korektan položaj koristeći udlage. U drugoj fazi liječenja koristili smo toplotne procedure PP, naizmjenične kupke i ES sa SP oblikom. Koristili smo i radnu terapiju koja ima veoma povoljan efekat: kao okupaciona i funkcionalna. Kod svih naših pacijenata, u prosjeku posle tri sedmice rehabilitacionog tretmana, uspjeli smo da zglobovima povratimo normalnu pokretljivost. Mišićnu snagu smo vratili na ocjenu 4.

ZAKLJUČAK: Smatramo da je metoda koju smo koristili vrlo svrsishodna i da je treba koristiti u liječenju ovih bolesnika.

e-mail: muho.muratovic@cg.yu

8.

NEOPERATIVNO LEČENJE SUBTALARNOG IŠČAŠENJA-PRELIMINARNI REZULTATI

Branislav Starčević, Radovan Manojlović, Dejan Tabaković, Goran Tulić, Marko Ilić, Tomislav Palibrk, Aleksandar Lešić, Marko Bumbaširević

URGENTNI CENTAR, KCS, BEOGRAD

Subtalarne iščašenja predstavljaju povredu talonavikularnog i talokalkanearnog zgloba dok je tibiotalarni zglob očuvan i bez preloma vrata talusa. Zastupljenost povreda je oko 1 do 2% svih iščašenja spada u red veoma retkih povreda.

CILJ: Cilj rada je da prikaže i analizira preliminarne rezultate neoperativnog lečenja subtalarnog iščašenja lečenih u Urgentnom centru, KCS u Beogradu za period 2007/2008 godine.

MATERIJAL I METODE: U ovom radu prezentovana su tri slučaja subtalarne luksacije u muškaraca. Radiografski pregled obuhvatao je snimanje skočnog zgloba sa stopalom u dva pravca neposredno pre i nakon repozicije. Repozicioni manevar je izvođen u kratkotrajnoj i.v anesteziji. Nakon repozicije zgloba aplikovana je nadkolena gipsana longeta u periodu od sedam dana, a potom je gipsana longeta zamenjena podkolenim cirkularnim gipsom još četiri nedelje. Po isteku punih pet nedelja imobilizacije pacijen je započinjao fizikalnu terapiju. Kontrolno snimanje sprovedeno je tokom trećeg i šestog meseca od povrede. Analizirani su zglobni odnosi, postojanje početnih degenerativnih promena na zgbovima i pojava avaskularne nekroze talusa.

REZULTATI: Na kontrolnim radografijama skočnog zgloba sa stopalom zglobni odnosi su bili uredni, bez znakova avaskularne nekroze talusa i bez pojave posttraumackih degenerativnih promena. Kod jednog pacijenta primećene su početne degenerativne promene. Ni kod jednog pacijenata nismo registrovali pojavu bola u skočnom zglobu u miru niti pri fizičkoj aktivnosti. Uspostavljen je pun obim pokreta u talokruralnom i subtalarnom zglobu. Nije bilo značajnije razlike u obimu pokreta povređenog u odnosu na nepovređeni skočni zglob.

ZAKLJUČAK: Preliminarni rezultati neoperativnog lečenja subtalarnog iščašenja ukazuju da pravovremena i adekvatna repozicija praćena imobilizacijom dovodi do dobrih funkcionalnih rezultata. Neophodna je dalja evaluacija rezultata lečenja u cilju definitivne potvrde adekvatnosti neoperativnog lečenja kod subtalarnog iščašenja.

e-mail: medicusbane@hotmail.com

9.

NOVI STAVOVI U LIJEČENJU POVREDA AHILOVE TETIVE

M.Muratović, M.Cimbaljević, B.Dabetić, R.Raičević, S.Veljić

DOM ZDRAVLJA BERANE, OPŠTA BOLNICA BERANE

UVOD: Zbog velike dinamike u životu i velikog broja sportista, povrede Ahilove tetive su danas dosta česte. Najčešće su kod sportista koji se bave grupnim sportovima. Mogu se javiti tokom treninga ali i tokom same utakmice, najčešće su rupture. Može doći do djelimičnog ili potpunog kidanja Ahilove tetive, to su najteže povrede kod sportista. Liječenje ovih povreda zahtijeva blagovremeni adekvatni tretman, jer dovodi do invaliditeta i onemogućava sportiste da se i dalje bave sportom. Klinički kod ovih povreda dominira jak bol, otok sa hematomom i nemogućnost pokreta u zglobu.

CILJ RADA: Ukazati na nove pristupe u liječenju povreda Ahilove tetive.

MATERIJAL I METODE RADA: Za period od 10 godina imali smo na liječenju 21 bolesnika sa povredama Ahilove tetive. Sa parcijalnom rupturom imali smo 14 a sa potpunom 7 bolesnika starih između 18 i 45 godina. Muškaraca je bilo 17 i žena 4. Vodilja u njihovom liječenju su nam bili principi savremene medicinske rehabilitacije.

REZULTATI RADA: Vodeći se principima savremene medicinske rehabilitacije: ostvariti psihičku stabilnost povrijeđenog, otkloniti bol koji je jakog inteziteta, spriječiti slabljenje snage mišića i povratiti oštećenu funkciju zgloba. Ovo se najbolje postiže istovremenom primjenom: psihoterapije, medikamentozne i fizio terapije. U prvoj fazi liječenja ovih bolesnika primjenjuje se ortopedski tretman, imobilizacija, pozicioniranje, krioterapija (prislanjanjem, DD struje koje imaju jak analgetički efekat), analgetike i Fastum gel i ranu kinezi terapiju (putem izometrijskih kontrakcija) za mišiće natkoljenice jer oni pri mirovanju brzo hipotrofiraju. U drugoj fazi liječenja koristili smo psiho terapiju i medikamentoznu terapiju, analgetike i antireumatike.

ZAKLJUČAK: Koristeći izloženu metodu u prosjeku od četiri sedmice uspjeh smo postigli kod svih naših bolesnika. Nakon terapije svi sportisti su osposobljeni da se i dalje bave sportom, što našoj metodi daje još veći značaj.

e-mail: muho.muratovic@cg.yu

10.

POLITRAUMATIZOVANI PACIJENTI U SUDARU VOZA I PUTNIČKOG VOZILA – PRIKAZ SLUČAJA

Milka Simijonović, Jelka Radojević, Nikola T. Kostić, Rada Trajković, Dragan Todorović, Slavica Samardžić
DOM ZDRAVLJA GRAČANICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Dana 16. juna 2007. godine oko 18:45 je primljen poziv da se na pružnom prelazu između sela Preoce i Lepina dogodila teška prometna nesreća i da je voz na relaciji Kosovo Polje – Skoplje udario u putničko vozilo. Odmah je dežurna ekipa Službe za hitnu medicinsku pomoć Doma zdravlja u Gračanici krenula i na lice mesta pristigla za 8 minuta, gde je zatečen stravičan prizor. Potpuno smrskano vozilo je pod silovitim udarcem voza bilo odgurnuto na oko 300 metara od pružnog prelaza. U vozilu smo spazili dve osobe na mestima vozača i suvozača. Obzirom da su vrata bila deformisana, pristupamo proveravanju vitalnih znakova života kroz otvoreni prozor. Vozač je bio bez svesti, glavom naslonjen na volan i kroz nos i oba uha je curila krv. Plitko je disao, a na vratu se palpirao slab karotidni puls. Celo lice je bilo krvavo i deformisano povredama. Druga ekipa je pristigla na lice mesta odmah nakon prve i ona je pokušavala da pruži pomoć osobi na mestu suvozača, koja nije davala znake života. Kompresijom grudnog koša je pokušana masaža srca, dok se vazdušni put nije mogao obezbediti zbog izuzetno lošeg položaja i priklještenosti. Nisu uspeli pokušaji da se na vratnim krvnim sudovima obezbedi venska linija i tako počne sa nadoknadom tečnosti. Vatrogasci su pomoću specijalnih instrumenata počeli da režu vrata. Nakon 25 minuta vrata su bila skinuta, a pacijent pažljivo položen na nosila, ali se tada nije mogao palpirati puls i čuti disanje. Zenice su bile široke, a krv je i dalje curila iz oba uha i nosa. Započete su kompletne mere kardio-pulmonalno-cerebralne reanimacije ali pacijent nije reagovao. Pacijent je ipak prebačen u Bolnicu "Simonida" KBC Gračanica, gde je nastavljena reanimacija, ali na žalost nije uspela. Rekonstrukcijom događaja je utvrđeno da se vozilo nije zaustavilo na neobezbeđenom pružnom prelazu koje nije imalo ni svetlosnu signalizaciju i da je voz u punoj brzini udario u vozilo.

e-mail: info@dzgracanica.org

11.

POVREDE BUBNE OPNE - PRIKAZ SLUČAJA

Senadin Pupović(1) Sabahudin Pupović(2), Enisa Pupović(3)

(1)VOJNO-MEDICINSKI CENTAR PODGORICA, (2)DOM ZDRAVLJA PLAV, (3)DOM ZDRAVLJA PODGORICA

UVOD:Prskanje bubne opne nastaju pri čačkanju uha oštrim predmetom, udarcem dlana, šamarom, pri ispiranju uha, prilikom skoka u vodu, pri ronjenju i kod preloma slepoočne kosti kad bolesnik osjeti jak bol.

CILJ RADA: Da se ukaže na ovaj problem koji je moguć prilikom svakodnevnog rada u ORL sluzbi,kada je od velikog značaja pravovremeno liječenje.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijentkinja R.V student, 22 godine dolazi na pregled u ORL Ambulantu u pratnji majke.Navodi da ima krvavljenje iz desnog uha i slabije čuje.

Kasnije ustanovimo da je od svog momka dobila šamar u predjelu desnog uha, nakon bezazlene čarke, i osjetila priličan bol i krvavljenje iz zvukovoda.

Kliničkim pregledom nalazimo svježu krv u spoljašnjem sljušnom hodniku.Audiometrijski nalazimo oštećenje sluha konduktivnog tipa 25 dB.Nakon čišćenja se otomikroskopski vidi razderotina na bubnoj opni u zadnjem gornjem kvadrantu. Pocijepani dio visi na jednoj od ivica.Ivice rupture su nazubljene neravne i krvlju podlivene.Odmah pristupamo saniranju. Pod mikroskopom radimo imobilizaciju tako sto stavimo želatinsku masu u kavum, reponiramo pocijepani dio i u spoljnjem slušnom hodniku istom masom izvršimo imobilizaciju i sa spoljnje strane. Potom stavimo sterilnu štrafnu.Dajemo antibiotike per os 7 dana i kapi za nos radi aeracije srednjeg uha preko tube auditive.Vršimo svakodnevnu kontrolu radi toalete uz promjenu štrafne.Ishod liječenja uz ovakav retman je bio zadovoljavajući.

ZAKLJUČAK:Od velike je važnosti pravilan redosled liječenja uz redovne kontrole radi izbjegavanja komplikacija koje mogu biti neugodne u smislu trajne perforacije bubne opne ili pojave holesteatoma kad je neophodno hirurski intervenisati.

e-mail: senp@t-com.me

12.

POVREDE GRUDNOG KOŠA U SAOBRAĆAJNIM NEZGODAMA

Sabahudin Pupović(1), Senadin Pupović(2), Enisa Pupović(3)

(1)DOM ZDRAVLJA PLAV, (2)VOJNO-MEDICINSKI CENTAR PODGORICA, (3)DOM ZDRAVLJA PODGORICA

UVOD: U saobraćajnim nesrećama dolazi do povreda grudnog koša zbog posrednog i neposrednog djelovanja sile. Povrede se dijele na tupe i oštre, otvorene i zatvorene. Može da bude povrijeđen bilo koji dio zida grudnog koša (mišići, skelet), organi grudnog koša(pluća, srce, veliki krvni sudovi, jednjak, traheja) ili dijafragma sa posledičnom hernijacijom trbušnih organa u pleuralni prostor. Većina povreda grudnog koša je posljedica tupe povrede u saobraćajnim nesrećama. Na licu mjesta tražimo znakove patološke pokretljivosti grudnog koša, znakove pneumotoraksa i simptome povreda šupljih organa grudnog koša. Najvažnije mjere na licu mjesta su borba protiv šoka i blagovremeno liječenje respiratorne insuficijencije. Uzrok ovih stanja su fluidopneumotoraks, kontuzija pluća uz kontuziju zidova grudnog koša, prelom rebara, povrede traheje i bronha ili ruptura dijafragme.

CILJ RADA: Kako kod politrauma u saobraćaju napraviti efikasnu trijažu i ukazati adekvatnu terapijsku pomoć uz sprečavanje komplikacija.

DISKUSIJA: U domu Zdravlja Plav u Hitnoj službi susrećemo se sa povredama u saobraćajnim nesrećama. Dijagnostika je najvažniji korak u zbrinjavanju ovih povreda. Nailazimo najčešće na povrede grudnog koša i povrede unutrašnjih organa. Od subjektivnih simptoma najčešći su bol u grudnom košu, problemi sa disanjem sa ili bez hemoptizije. Najčešće se radi o povredama mekih tkiva, povredi skeleta ili najčešće udruženo. Uvijek je prisutan bol. Ako je prisutan i prelom, grudni koš je nestabilan i dolazi do paradoksalnih pokreta sa otežanim disanjem kada je neophodna intubacija.

Kod masovnog krvavljenja razvija se šok i respiratorna insuficijencija.

Odmah se radi RTG grudnog koša u dvije projekcije. Oštećenje pluća nastaje zbog deceleracije kod tupe povrede, 75% bolesnika ima nestabilan grudni koš zbog višestrukih preloma rebara. Intrapulmonalni hematoma je posljedica trganja pluća i krvavljenja. Povreda tkiva pluća najčešće izaziva slomljeno rebro, a rijetko djelovanje sile na pluća. Povrede dijafragme nastaju kao posljedica djelovanja tupe povrede grudnog koša ili abdomena. Najčešće puca tendinozni srednji dio dijafragme.

Do rupture jednjaka dolazu kod teških deceleracijskih povreda grudnog koša. Na ovu povredu sumnjamo kod podkožnog emfizema vrata.

ZAKLJUČAK: Od velike je važnosti pravilan pristup i redosled pri zbrinjavanju višestrukih povreda u saobraćaju kako bi se izbjegle neželjene posljedice.

e-mail: senp@t-com.me

13.

POVREDE KAO UZROK GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI

Mevlida Gusinjac(1), Ifeta Erović(1), Besim Kadić(1), Amela Gusinjac(2)

(1)DOM ZDRAVLJA BIJELO POLJE, CRNA GORA, (2)FARMACEUTSKI FAKULTET SARAJEVO, BIH

UVOD: Zbog velikog razvoja industrije, saobraćaja i povećane mehanizacije na radnom mjestu i u domaćinstvu, povrede su sve češće. Povrede igraju značajnu ulogu u pogledu smanjenja radne sposobnosti, liječenja i rehabilitacije. Invalidnost koja nastaje poslije povreda nije za podcjenjivanje a posljedice su mahom trajne.

Povrede su često predmet vještačenja. Prvostepene invalidske komisije u postupku ostvarivanja prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja.

Prema zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju Crne Gore osiguranici stiču pravo na invalidsku penziju kad se kod osiguranika utvrdi da imaju "potpuni gubitak radne sposobnosti" ili "gubitak radne sposobnosti od 75%".

CILJ je da se utvrdi u kom procentu su povrede uzrok gubitka radne sposobnosti.

METOD je epidemiološko-retrospektivni.

MATERIJAL - korišćeni su nalazi, ocjene i mišljenja prvostepenih invalidskih komisija Fonda PIO Crne Gore za 2006g, 2007g i 2008 g. Ukupno je analizirano 508 osiguranika iz opštine Bijelo Polje.

REZULTATI: U nalazima 508 osiguranika kod 224(44.09%) je utvrđeno postojanje potpunog gubitka radne sposobnosti, dok 284(45.91%) nije imalo gubitak radne sposobnosti.

Potpuni gubitak radne sposobnosti najviše su uzrokovale kardiovaskularne bolesti 77(34,4%) , maligne bolesti 49(21,9%), duševni poremećaji 40(17,9%), bolesti nervnog sistema 16(7,1%) i potom povrede 15(6,7%).

U analiziranom periodu zbog povreda je 15(6,7%) osiguranika imalo potpuni gubitak radne sposobnosti (7+1+7) a kod 48 osiguranika nije utvrđeno postojanje gubitka radne sposobnosti(19+14+15). Ukupno je za tri godine 63(12.40%) osiguranika tražilo vještačenje zbog povreda.

Zbog povreda više gube radnu sposobnost muškarci 12(80%) nego žene 3(20%).U momentu nastupanja invalidnosti prosječna starost muškaraca je 50g, a žena 55g. Naši osiguranici stižu gubitak radne sposobnosti zbog povreda posle 50-e god. života a njih 20% je mlađe od 40 g Prosjek godina radnog staža za muškarce je 27g. a za žene 33g. Sa SSS imamo 11 osiguranika, VSS 3 i NK 1.Povrede na radu su 3(20%) a van rada 12(80%). Kod 11(74%)osiguranika imamo TO od 30% do 70%.

ZAKLJUČAK - Iz ovih rezultata može se zaključiti da su povrede sve češći uzrok gubitka radne sposobnosti. U analiziranom periodu zbog povreda su 63(12.40%)osiguranika bila predmet vještačenja u ocjeni radne sposobnosti. Po uzroku nastupanja invalidnosti povrede zauzimaju peto mjesto 15(6.7%) što nije zanemarljivo. Tako povrede postaju ne samo medicinski već i veliki socio-ekonomski problem. Smatramo da je potrebno smanjiti uzroke koji dovode do povreda kako bi bilo i manjeg gubitka radne sposobnosti.

e-mail: mevlidag@yahoo.com

14.

PROFIL PACIJENATA SA POVREDAMA U HITNOJ MEDICINSKOJ POMOĆI BIJELO POLJE-CRNA GORA

Besim Kadić, Daliborka Lazović

DOM ZDRAVLJA BIJELO POLJE, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Povrede zauzimaju značajno mjesto po učestalosti među šarolikom simptomatologijom koja je zastupljena u HMP(hitnoj medicinskoj pomoći).

CIJL: Cilj rada je da se prikažu karaktersitike i zastupljenost povreda kod pacijenata u zavisnosti od zahvaćenosti određenog regiona tijela.

MATERIJAL I METODE: Ovim radom je obuhvaćeno 6612 pacijenata koji su zbrinuti ambulantno i tokom kućnih posjeta tokom perioda od 01.01.2009. do 05.05.2009. god.Svi pacijenti su obrađeni klinički,laboratorijski i dodatno (RTG,EHO abdomena,CT) zatim po potrebi upućivani na dalju obradu i liječenje.

Radom nijesu obuhvaćene povrede iz udesa..

REZULTATI: Od ukupno 6612 pacijenata koji su tražili pomoć 987 (15%) su bili sa povredama i to:

Glava 139 (14%) -contusio,comotio,fracture kostiju lobanje i lica.

Ruka 312 (32%) -contusio,fracture,distorsio,distenzio..

Grudni koš 63 (6,4%) -contusio,fracture rebara.

Noge 270 (27,3%) -contusio,fracture,distorsie,distensie.luxatio.

Posjekotine 176 (17,9%) - različitih regiona tijela

Ujedi psa 22 (2,2%)

Opekotine 5 (0,5%) 1 i 2 %

ZAKLJUČAK: Najveći broj pacijenata je bio sa povredama ruke 312(31,6%). Svi pacijenti su bili sa dobrom prognozom bez letalnog ishoda.

KLJUČNE RIJEČI: HMP,povrede

e-mail: najbp@t-com.me

15.

SAOBRAĆAJNI TRAUMATIZAM I POLITRAUMA - PRIKAZ SLUČAJA

Marina Jeremić(1), Ana Ostojčić(2), Vesna Tapusković Savjak(3)

(1)DOM ZDRAVLJA BAR, SHMP, (2)DOM ZDRAVLJA PODGORICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (3) KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, PODGORICA

Dana 16.juna 2007. god, u Podgorici, u 4,40 h, vozač automobila, P.H., star 41 god, pod dejstvom alkohola, izbegavši prepreku na putu, udario je u banderu. Prevežen je autom SHMP u UC KCCG, bez svesti, GCS 6, u hipovolemičkom šoku, sa kontuzijom mozga, pluća, višestrukim prelomom rebara obostrano i viseštrukim prelomom leve ruke, noge i karlice. Na prijemu intubiran i dijagnostički obrađen. Hospitalizovan je u jedinici intenzivnog lečenja. Hitno urađena stabilizacija preloma karlice i leve noge, kao i drenaža pleuralne duplje i lavaža abdomena. Pacijent je na mehaničkoj potpori ventilacije respiratorom, obzirom na stanje svesti i podatak da je novembra 2003. god. imao operaciju Ca larinksa. Tokom boravka u JIL-u, za 33 dana, urađena je traheostomia zbog obostranog hematotoraksa i sumnje na aspiraciju, krvava repozicija ulomaka leve nadlaktice i sutura rascepa dijafragme.

Dalje se premešta na Kliniku za ortopediju, u boljem opštem stanju. Zbog težine povreda i komplikacija, pacijent u vise navrata lečen na ortopedskoj klinici u KCCG, Specijalnoj bolnici u Risnu i Institutu " Simo Milošević " u Igalu.

Maja meseca 2009. god. je u potpunosti rehabilitovan, vraćen normalnom svakodnevnom životu, hoda bez pomagala.

Politraumatizovani pacijenti imaju dug period oporavka i često kao posledicu invaliditet. Povećanje saobraćajne kulture stanovništva u cilju smanjenja saobraćajnih udesa je imperativ. Time bi se smanjio kako obim povreda, tako i broj bolesnickih dana. Radno sposobno stanovništvo je najizloženije saobraćajnoj traumi, što u velikoj meri opterećuje budžet jedne zemlje.

Ključne reči: saobraćajna trauma, politrauma, zbrinjavanje.

e- mail: cicadr@yahoo.com

16.

SAOBRAĆAJNI TRAUMATIZAM NA TERITORIJI OPŠTINE PODGORICE U 2008. GODINI

Ana Ostojčić(1), Marina Jeremić(2), Janko Žujović(1), Momčilo Bajagić(1)

(1)JZU DOM ZDRAVLJA PODGORICA, SHMP, (2)JZU DOM ZDRAVLJA BAR, SHMP

U današnje vreme vodeći vid traumatizna je saobraćajni traumatizam. Za njega je karakteristično da obično postoji više žrtava i da su povrede najrazličitije (od sasvim malih lacerokontuznih polja na koži do smrtnih). Trauma visceralnih organa je najsmrtonosnija. Na našim prostorima bitnu ulogu imaju: vremenske prilike, stanje kolovoza, nepoštovanje saobraćajnih propisa, vožnja u alkoholisanom stanju, ispravnost automobila...

Ova vrsta traume jedan je od uzroka koji dovodi do invalidnosti i dugotrajnih bolovanja. Ovim radom smo hteli da prikazemo određene karakteristike ove vrste traumatizma. Uzorak su predstavljali pacijenti pregledani od strane lekara Hitne medicinske pomoći u Podgorici nakon saobraćajne traume u periodu 01.01.2008. do 31.12.2008. godine.

U toku 2008. godine 711 pacijenata je pregledano nakon saobraćajne traume. Pacijenti su bili muškog pola u 64.70% (460 osoba), dok je 35.30% (251 osoba) bile ženskog. Najveći broj povredjenih bio je u 3. desetini života, njih 266 (37.41%), a više od 2/3 pacijenata su starosti od 21 do 40 godina. Najmanji broj povredjenih je bio februara meseca- 35 osoba, a najveći oktobra, njih 75. Najčešće se radilo o povredama glave i vrata, zatim donjih i gornjih ekstremiteta. U 1.83% (13 osoba) konstatovana je smrt na licu mesta.

Na osnovu dobijenih rezultata zaključili smo da su u znatno većem broju povredjivani muškarci. Najčešće se radilo o radno sposobnom stanovništvu starosti 21 do 40 godina. Najzastupljenije su povrede glave i vrata. Na osnovu ovoga treba raditi na prevenciji: saobraćajnoj kulturi, poštovanju saobraćajnih propisa, a pošto je saobraćajna trauma nepredvidiva: obezbediti mesto nesreće, iskoristiti zlatni sat, napraviti dobru komunikaciju od mesta nesreće do konačnog zbrinjavanja pacijenta.

e-mail: anaostojic@t-com.me

17.

SAOBRAĆAJNI TRAUMATIZAM PEŠAKA I UTICAJ BIOMETEOROLOŠKIH FAZA

Vladimir Gajić(1), Dragan Milojević(1), Jasminka Smailagić(2), Sanja Gajić(3), Bojan Jovanović(1), Aleksandar Rašković(1)

(1)ZZHMP KRAGUJEVAC, (2)RHMZ SRBIJE, (3)DOM ZDRAVLJA KRAGUJEVAC

UVOD: Traume pešaka u saobraćaju imaju veliki medicinski značaj, a biometeorološke prilike utiču na sve učesnike u saobraćaju, kroz usporene reflekse, diskoordinaciju pokreta i smanjenu sposobnost opažanja. Time dobijamo veći broj akcidenata u odredjenim biometeorološkim prilikama.

CILJ: Analiza trauma pešaka i utvrđivanje korelacije sa biometeorološkim fazama.

METODOLOGIJA: Usporedna analiza evidencije oborenih pešaka dobijenih iz Saobraćajne policije Kragujevac za šestogodišnji period 2003-2008.godina i svakodnevnih biometeoroloških faza za grad Kragujevac odredjenih od strane RHMZ Srbije.

REZULTATI: U ovom periodu dogodilo se 6127 saobraćajnih akcidenata, pri čemu je u 666(10,87%) akcidenata oboreno 696 pešaka. Najviše akcidenata je u 2003.godini(135), a najmanje 2005.(90). Najviše obaranja pešaka je bilo tokom decembra(74), a najmanje tokom juna(46). Najmanje akcidenata se dogodilo u satnim intervalima 04-05-06 časova(po 2), a najviše između 13-14časova(61). Od 347 muškaraca najviše ih je starosti 0-10 i 10-20 godina(po 60), a od 349 žena najviše ih je starosti 11-20 godina(74). Lake telesne povrede je zadobilo 443 pešaka od čega je najviše u dobnoj grupi 11-20 godina(112), a teške 225 pri čemu je najviše u dobi preko 70 godina(44). Smrtno je stradalo 28 pešaka od čega je njih 12 preko 70 godina. Kao uzročnici pešaci su najviše stradali zbog pretrčavanja(185) i nepropisnog kretanja kolovozom(33), a kao žrtve najviše stradaju zbog neprilagođene brzine vozila(285) i nepropuštanja na pešačkom prelazu(52). Najviše akcidenata se dogodilo u biometeorološkoj fazi 4(168), što čini četvrtinu svih akcidenata i fazi 9(njih 151 ili 22,67%), a najmanje u fazi 10(4). Statističkim metodama dobijena je značajna korelacija između biometeoroloških faza i obaranja pešaka, pri čemu je najviše akcidenata bilo u slučajevima naglog prodora frontova, kada se naglo menja vremenska situacija, najčešće sa suvog-toplog na hladno-vlažno vreme, a potom u fazi stabilnog-sunčanog vremena.

ZAKLJUČAK: Zaključak ovog rada je preporuka o poštovanju upozorenja iz svakodnevne bioprognoze koju daje RHMZ Srbije, vezanog za ponašanje svih učesnika u saobraćaju, jer pri prognoziranoj nepovoljnoj biometeorološkoj situaciji, potrebno je adekvatno pripremiti ekipe hitne pomoći za očekivano veći broj trauma. Ključne reči: saobraćajni traumatizam pešaka, biometeorološke faze

e-mail: drgaja@sbb.rs

18.

SAOBRAĆAJNI UDESI MOTOCIKLISTA NA TERITORIJI OPŠTINE ZAJEČAR I KORIŠĆENJE ZAŠTITNE KACIGE

Biljana Kostadinović

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: U letnjim mesecima povećan je broj motocikala i motora učesnika u saobraćaju. Udesi u kojima oni učestvuju, kao i povrede koje tom prilikom nastaju imaju specifičnosti. Nadležne službe upozoravaju i obavezuju motocikliste da nose zaštitne kacige. Ovo istraživanje treba da utvrdi zašto je to i zaista neophodno.

CILJ: Utvrditi broj povredjenih motociklista u saobraćajnim nezgodama na teritoriji Opštine Zaječar, u periodu od 01.05.2009.god. do 31.07.2009.god, utvrditi tip nastalih povreda i utvrditi broj povredjenih motociklista sa povredama glave. MATERIJAL I METODE: Statistički su obradjeni podaci iz protokola SHMP Zaječar.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA :

-06.05.2009. N.M. star 43 godine pao sa motora. Dg:Fractura claviculae S42.0 et Contusio thoracis S20.2. Upućen na odeljenje ortopedije i hirurgije.

-22.05.2009. N.Š. stara 27 godina u udesu motora i automobila bila na mestu suvozača na motoru. Zadobila povrede: Fractura basis crani S02.1 et Fractura colli S.12. Vozilom hitne pomoći prebačena na odeljenje hirurgije gde je ubrzo preminula od zadobijenih povreda.

-26.05.2009. M.J. stara 19 godina pala sa motora. Dg:Vulnus apertum genus sin.S81.0 et Vulnus apertum regio glutealis sin.S71.0. Povrede su sanirane u službi hitne pomoći.

-31.05.2009. Ž.J. star 19 godina u udesu motora zadobio povrede: Excoriatio cutis regio fatiei S.01 (veliki broj ogrebotina po čitavoj koži lica) et Vulnus apertum digiti minimi mani sin.cum laesionis unguis S.61. Upućen na odeljenje hirurgije.

-08.07.2009. D.P. stara 47godina pala sa motora. Dg: Contusio capitis S.00 (hematom 7x7cm i ekzorijacije na koži poglavine parietookcipitalno levo). Upućena na odeljenje hirurgije.

-25.07.2009. D.M.. star 18 godina u saobraćajnom udesu motora zadobio povrede: Vulnus apertum capilitii S01.0. Vozilom hitne pomoći prebačen na odeljenje hirurgije u svesnom stanju, stabilan.

-25.07.2009. S.T. star 21 godinu u saobraćajnom udesu motora zadobio povrede: Vulnus apertum palpebrae et periorculari l.sin S01.1 et Vulnus apertum buccae l.sin S01.4. et Excoriatio cutis regio fatiei l.sin. Upućen na odeljenje hirurgije.

UKUPNO: 7 povređenih motociklista, 5 (71%) sa povredama glave, i nijedan tom prilikom nije nosio zaštitnu kacigu.

ZAKLJUČAK: Dve trećine od ukupnog broja povredjenh motociklista ima povrede glave. Zato je obaveza nošenja kacige prilikom učestvovanja u saobraćaju motociklom i motorom opravdana.

e-mail: biljanak@panline.net

19.

SPECIFIČNOSTI SAOBRAĆAJNOG TRAUMATIZMA U SEVERNOBAČKOM REGIONU

Vladimir Ristić

OPŠTA BOLNICA SUBOTICA, ODELJENJE ORTOPEDSKE HIRURGIJE I TRAUMATOLOGIJE

Uvod: Saobraćajni traumatizam predstavlja značajan problem savremenog čovečanstva, jer dobija epidemijske razmere. Severnobački region spada među najrizičnije regione Vojvodine po incidenci saobraćajnih nesreća.

Cilj rada je sagledavanje epidemioloških karakteristika saobraćajnog traumatizma regiona, strukture povređenih i telesnih povreda, mortaliteta, kao i mogućnosti prevencije.

Materijal i metode: Studija je obuhvatila 263 pacijenta sa teškim telesnim povredama, hospitalizovanih na odeljenjima Opšte bolnice u Subotici. Zbog saobraćajnog traumatizma, u 2008. godini lečen je 171 pacijent muškog pola (65%) i 92 žene (35%).

Mlađa populacija od 30 godina činila je 65% uzorka. Analizirani su podaci prikupljeni iz protokola odeljenja subotičke bolnice, mesečni izveštaji o saobraćajnim nesrećama i umrlim licima, kao i godišnji izveštaji Policijske Uprave. Izvršena je: demografska, hronološka i topografska analiza nastradalih, analiza saobraćajnih nesreća prema strukturi učesnika u saobraćaju, kao i prema povređenim delovima tela.

Rezultati ukazuju da se saobraćajne nesreće događaju najčešće tokom leta, a najrizičniji dani su petak i subota uveče. Registrovano je 19 smrtnih slučajeva kao posledica saobraćajne politraume. Među povredama dominirale su povrede glave, grudnog koša i prelomi potkolenice. Povređeni u automobilima činili su 34% uzorka, 27% bili su motociklisti, 21% biciklisti i 13% pešaci, ali su najteže povređivani motociklisti. Deca su najčešće teško povređivana kao pešaci i putnici u automobilima.

Zaključak: Najrizičnija populacija za teške povrede u saobraćajnim nesrećama su muškarci motociklisti od 15-29 godina i vozači automobila oba pola. Politrauma sa dominantnom povredom glave predstavlja najčešći uzrok smrti u saobraćaju. Iako se broj umrlih od posledica saobraćajnih nesreća smanjuje, preventivne mere predstavljaju neophodnost u zaustavljanju negativnih trendova porasta broja povređenih.

Glavne reči: saobraćajne nesreće, politrauma, teške telesne povrede

e-mail: ristic@tippnet.rs

20.

TRAUMA GLAVE I VRATA-ISKUSTVA U RADU NA TERENU HMP PODGORICA U PERIODU MAJ 2007. - APRIL 2008.

Vuk Niković(1), Elvir Zvrko(2)

(1)JZU DOM ZDRAVLJA PODGORICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2) KLINIKA ZA ORL I MFH, KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, PODGORICA

UVOD: Povrede glave i vrata zauzimaju značajno mjesto u traumatologiji. Njihova učestalost je sve veća a posljedice nesagledive. Blagovremena stručna medicinska pomoć, adekvatna transportna imobilizacija kao i brzi transport u referentnu ustanovu, mogućnost teških komplikacija smanjuju na minimum.

CILJ: Cilj rada je da se analizira učestalost povređivanja glave i vrata na terenu, na teritoriji opštine Podgorica u jednogodišnjem periodu.

MATERIJAL I METODOLOGIJA: U ovom istraživanju korišćeni su terenski protokoli Službe hitne medicinske pomoći JZU Dom zdravlja Podgorica. Korišćene su statističke metode aritmetičke sredine, tabeliranje i grafičko prikazivanje. Analizirana je učestalost povređivanja glave i vrata, najčešćih regija glave koje su bile povrijeđene i ishod nakon transporta u Urgentni blok.

REZULTAT I DISKUSIJA: U posmatranom periodu od godinu dana u Službi hitne medicinske pomoći Podgorica bilo je 13718 posjeta na terenu. U 830 (6.02%) slučajeva radilo se o pružanju pomoći povrijeđenim licima. Najučestalije povrede su bile glave i vrata 60.3%, povrede grudnog koša 6.02%, povrede ruke 9.6%, povrede abdomena i karlice 6.02%, povrede donjih ekstremiteta 18.6%. Od ukupnog broja povreda 500 povreda je lokalizovano na glavi i vratu od kojih 40% povrede frontalne regije, 14% povrede temporalne regije, 13% povrede regije oka, 9% povrede nosa, 24% povrede vrata. Nakon zbrinjavanja na terenu svi pacijenti su transportovani u Urgentni blok od kojih je 67(13.4%) zadržano na liječenju u Klinickom centru. 20(4%) na Klinici za ORL i MFH, 27(5.4%) na Neurohiruškoj klinici i 20(4%) su opservirani 24h u Urgentnom bloku Kliničkog centra.

ZAKLJUČAK: Učestalost povreda glave i vrata je u porastu, zbog učestalosti akcenat se mora staviti na preveniranje komplikacija što će se postići adekvatnom transportnom imobilizacijom i radom po BTLIS protokolima.

KLJUČNE RIJEČI: povrede glave i vrata, traumatizam, učestalost, posljedice.

e-mail: vuknikovic@yahoo.com

21.

UZRAST I NAJČEŠĆI ANATOMSKI REGIONI ZAHVAĆENI POVREDOM

Sekula Vujović, Zoran Radovanović, Nela Đorđević, Nela Jelić, Predrag Marković

ZDRAVSTVENI CENTAR ARANĐELOVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Trauma kao vodeći problem zdravstva današnjice predstavlja i vodeći uzrok invaliditeta i smrti populacije do 45 godine starosti. Ovo iz razloga što najmanje dva, a najčešće više organa ili sistema organa ugrožava život bolesniku (politrauma). Trauma u osnovi pogađa mladu, radno sposobnu populaciju, a odnos muškaraca i žena pogođenih politraumom je 3:1. Kako u svetu, tako i kod nas vodeći uzrok politraume je saobraćajni traumatizam sa oko 45%.

Cilj: Utvrđivanje starosne grupe i najčešće zahvaćenih anatomskih regiona traumom, kao i procena učestalosti traume nastale u saobraćajnim nezgodama, padovima sa visine i (zlo)upotrebom vatrenog i hladnog oružja u odnosu na ukupan broj povreda.

Materijal i metod rada: U toku istraživanja koristili smo se podacima protokola službe hitne medicinske pomoći, kako pacijenata pregledanih i zbrinutih u ambulantnim, tako i u terenskim uslovima (na teritoriji opštine Aranđelovac). Ograničili smo naše istraživanje na period od 01.07.2008. do 31.12.2008. godine. Povređeni su podeljeni u četiri grupe po starosnoj dobi i to od 10 do 29 godina, od 30 do 49 godina, od 50 do 69 godina i preko 70 godina.

Rezultati: Od ukupnog broja povreda za navedeni period koji iznosi 853, starosna grupa II sa 44,67% ili 381 povredom zauzima prvo mesto po učestalosti povređivanja u odnosu na ukupan broj povreda. Najčešće je povredom zahvaćena glava-181 povreda glave ili 21,21% u odnosu na ukupan broj povređenih regiona. Čak 31,65% svih povreda nastalo je u toku saobraćajnih nezgoda (11,37%), povreda nanetih vatrenim ili hladnim oružjem (10,31%) i kao posledica pada sa visine (9,96%).

Zaključak: Stopa mortaliteta i morbiditeta nastalih kao posledica traume moraju biti predmet opsežne studije kako bi se uočili razlozi nastanka i što efikasniji načini zbrinjavanja traumatizovanih bolesnika. Strategija svake zemlje u prevenciji i kontroli lečenja politraume je formiranje kompletne baze podataka kako o uzrocima, tretmanu tako i posledicama politraume.

Ključne reči: trauma, trauma starosnih grupa, anatomski region, saobraćajna nezgoda, povreda glave.

e-mail: admin@zcarandjelovac.org.rs

SLOBODNE TEME

Usmena predavanja

1.

INTERVENCIJE LEKARA HITNE POMOĆI NA JAVNIM MESTIMA

Vladimir Gajić, Olivera Lazarević, Vladanka Rakonjac, Miroslava Mišić, Dragan Milojević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ Kragujevac

UVOD: Intervencije lekara hitne pomoći na javnim mestima čine najvidljiviji delokrug rada hitne pomoći i najhitniju indikaciju za izlazak ekipa i pripada prvom stepenu hitnosti pri trijaži poziva.

CIJL RADA: Evaluacija terenskog rada ekipa hitne pomoći na javnim mestima

METODOLOGIJA: Istraživanje je izvršeno uvidom u terenske protokole rada ekipa ZZHMP-a Kragujevac, u godišnjem intervalu od 01.01.2007. do 31.12.2007.godine i analizom podataka. U analizu nisu uvršteni pacijenti sa primarno prijavljenom traumom.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U ovom periodu je od 21781 terenskih izlazaka bilo 1452(6,66%) intervencija na javnim mestima. Nadjeno 805(55,44%) muškaraca, 634(43,66%) žena. Najviše muškaraca-151(18,76%) je nepoznatog godišta i ispod 20 godina-134(16,65%), a najmanje preko 80 godina-17(2,11%). Najviše žena je ispod 20 godina -135(21,29%), a najmanje preko 80godina-17(2,68%). Iz gradske sredine upućeno je 1326(91,32%) poziva, a iz seoske 126(8,68%). Najviše intervencija je bilo u julu(179) ili 48% više od proseka(121), a najmanje u februaru(99) ili 30% manje od proseka. Najviše poziva je bilo u periodu od 21-22 časa(64)tj 7,58% svih poziva, a najmanje između 04-05 časova(13)tj 1,54% poziva. Najviše intervencija je bilo na ulicama- 335(23,07%), obrazovnim ustanovama- 227(15,63%), ugostiteljskim-149(10,26%) i trgovinskim objektima-140(9,64%). Najviše je kolapsnih stanja-291(20,04%), zatim 251(17,29%) povreda konstatovanih na licu mesta, 189(13,02%) alkoholisanih pacijenata i 135(9,30%) hipertoničara. Na terenu 578(39,81%) pacijenata je primilo neku terapiju, a 874(60,19%) nikakvu. Na licu mesta je zbrinuto 411(28,31%) pacijenata, a 1041(71,69%) je transportovano i to 260(17,91%) internisti, 234(16,12%) hirurgu i ortopedu, 193(13,29%) psihijatru, 148(10,19%) neurologu, a 90(6,20%) u UC.

ZAKLJUČAK: Javna mesta su pod budnim okom javnosti te je svaka intervencija vrlo specifična, jer često ne postoje elementarni uslovi za adekvatan pregled i tretman, pa se zato veliki broj pacijenata transportuje na dalju dijagnostiku i terapiju.

Ključne reči:intervencije lekara, javna mesta

e-mail: drgaja@sbb.rs

2.

POREMEĆAJI SRČANOG RITMA

Mihaela Budimski, Kornelija Jakšić-Horvat, Andrej Šimon

DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Poremećaji ritma predstavljaju čest problem u radu Službe hitne medicinske pomoći. Učestalost kardioloških oboljenja kako u svetu, tako i kod nas je u stalnom porastu. Pojava aritmija kao posledica različitih srčanih oboljenja je sve veća. U radu je obrađena retrospektivna analiza svih poremećaja ritma za 2008. godinu u Službi za hitnu medicinsku pomoć Subotica. Korišteni su urgentni protokoli naše službe kao i protokoli Urgentnog odeljenja opšte bolnica Subotica. Cilja rada je ukazivanje na važnost pravilne rane dijagnostike i rana primena adekvatne terapije u zbrinjavanju raznih poremećaja ritma. Ukupan broj lekarskih intervencija na terenu u 2008. godini iznosio je 11801, a od toga 255 (2,1 %) zbog poremećaja ritma. Po polnoj strukturi češće su se javljali kod osoba ženskog pola –169 (66%), a po starosnoj strukturi kod osoba između 60-80 godina starosti (57,2%). Najčešći poremećaji ritma su bili: PSVT i tachyarrhythmia abs. dok bradikardnih poremećaja ritma je bilo znatno manje. U terapiji najčešće korišćeni lekovi su bili: Verapamil, Dilacor, Presosol, kao i Amiodaron i Lidocain. Polovina pacijenata –127(49%) su bili zbrinuti u kućnim uslovima a 128 (51%) je zahtevalo hospitalni tretman. Najveći broj poremećaja ritma je bilo u junu (13,3%) i decembru (11%) a najmanje u avgustu (4,7%) i novembru (5%). Zbog čestih pojava aritmija kod pacijenata sa srčanim oboljenjima, neophodna je adekvatna dijagnostika, prepoznavanje vrste poremećaja srčanog ritma kao i blagovremeni terapijski pristup kako bi se sprečile posledice neadekvatnog srčanog rada koje mogu da budu fatalne.

e-mail: elica@nadlanu.com

3.

SINKOPA KAO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV I ZNAČAJ VREMENSKOG INTERVALA I, II "ZLATNOG STANDARDA" KOD VF/VT BEZ PULSA - PRIKAZ SLUČAJA

Z. Markanović, E. Suhanek, N. Kozić, K. Gertner

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

CILJ: Autori su se opredelili za prikaz slučaja sinkope kao stanja opasnog po život da bi se istakao značaj prepoznavanja urgentnog stanja i vremenskog intervala od nastanka akutnog srčanog zastoja do prve defibrilacije.

MATERIJAL I METODE: Prikazan je slučaj sinkope koja je predhodila srčanom zastoju kod ženske osobe T. R. starije životne dobi. Urgentna ekipa je stigla na mesto incidenta zahvaljujući pravilnoj proceni lekara dispečera, u toku zlatnog intervala, dijagnostikovala uzrok sinkope i pravovremeno uspešno delovala elektrošokom u okviru 0 minute jer je bila očevidac srčanog zastoja.

Tokom intervencije je zabeleženo sledeće: Pacijentkinja je zatečena u sedećem položaju, svesna, ne rekonstruiše događaj. Heteroanamnestički dobijamo podatak da je iznenada izgubila svest u toku razgovora. Sistolni pritisak 60 mmHg. Pacijentkinja se postavlja u ležeći položaj a na EKG-u se registruje VT koja perzistira i nakon pokušaja medikamentozne konverzije. Nakon ponovnog gubitka svesti te pretećeg respiratornog aresta pacijentkinja je intubirana, ventilirana te je primenjen elektrošok nakon čega dolazi do konverzije u sinusni ritam, spontanog disanja i povratka svesti.

U radu je dat pregled metoda i tehnika koje se primenjuju kod nastanka sinkope i srčanog zastoja.

DISKUSIJA: Bolesnici sa iznenadnim gubitkom svesti mogu brzo da ulaze u stanje po život opasnog poremećaja ritma i akutnog srčanog zastoja iz čega proizlazi značaj ranog pristupa kao prve karike u lancu preživljavanja. Ekipa urgentne medicine na terenu će po potrebi reagovati na svaku uočenu promenu bolesnikovog stanja što daje izvesnu garanciju da će bolesnik preživeti. Očevidac koji prepoznaje urgentno stanje i započinje lanac preživljavanja je od presudnog značaja jer ako nema prepoznavanja preživljavanje je loše.

ZAKLJUČAK: Uključivanje očevidaca osposobljenih da koriste AED na licu mesta, smanjuje vreme koje protekne od trenutka prestanka srčanog rada do trenutka dolaska ekipe HMP, kao najznačajnijeg faktora uspešne reanimacije. Nameće se potreba organizovanog sistema edukacije laika i medicinskog osoblja u prepoznavanju

malignih poremećaja ritma srčanog zastoja i ranoj defibrilaciji pomoću AED-a te njihovom postavljanju i upotrebi na javnim mestima.

e-mail: markanoviczorica@hotmail.com

4.

VEZA IZMEĐU UČESTALOSTI NAPADA I SKORA ASTMA SIMPTOMA

Jelena Moskovljević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Procenjivali samo težinu astme brojem javljanja napada tokom noći i tokom dana za poslednjih mesec dana. Pomoću noćnih i dnevnih simptoma može se predvideti kontrolisanost astme.

CILJ: Cilj rada je da procenimo povezanost skora simptoma i učestalost napada astme.

MATERIJAL I METODE: Studija je uključila 24 pacijenta koja boluju od astme i kojima je propisana terapija po preporukama GINA.

REZULTATI: 35% pacijenata je procenjeno da imaju tešku astmu, 37% umerenu, 22% laku, i 6% povremenu. Zbog napada tokom noći pomoć lekara u Hitnoj pomoći je zatražilo 8 pacijenata jednom, 7 pacijenata dva puta, 5 pacijenata tri puta i 4 pacijenta ni jednom. Tokom dana 7 pacijenata se javilo jednom, 5 dva puta, 4 tri puta i 8 ni jednom.

ZAKLJUČAK: Nije pronađena statistički značajna povezanost između skora dnevnih simptoma i učestalosti napada. Pronađena je statistički značajna povezanost između napada tokom noći i skora simptoma ($p < 0.01$). Kao rezultat noćni simptom skor je pouzdaniji od dnevnog za određivanje skora simptoma za procenu težine astme i napada astme.

e-mail: moskovljevicj@yahoo.com

Poster prezentacije

1.

ADJUVANTNA TERAPIJA U LEČENJU BOLA

Branko M. Vujković(1), Miroslav Popović(1), Jovica Mičić(1), Marija Vujković(2), Maja Čanak(2)

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, (1)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2)SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

UVOD: Prema definiciji Međunarodnog udruženja za proučavanje bola "bol je neugodan osećaj, i osetni doživljaj, povezan sa stvarnim, ili potencijalnim oštećenjem tkiva". Detekcija bola skoro uvek započinje u perifernim tkivima, i to putem mehaničkih, termičkih, ili hemijskih stimulusa koji dovode do nadražaja receptora za bol – nociceptora. Bolni signali iz pojedinih delova organizma provode se do hipotalamusa, i limbičkog sistema, zbog čega osećaj bola prati niz psihičkih, telesnih, i vegetativnih reakcija – depresija, mučnina, povraćanje, anksioznost, hiperreflexija itd. Iako najveći problem u terapiji bola predstavlja nedovoljna analgezija, često problem u adekvatnoj terapiji bola, predstavljaju upravo manifestacije od strane vegetativnog i limbičkog sistema, kao i neželjena dejstva samih analgetika.

CILJ RADA: Cilj našeg rada je bio da prikažemo udeo adjuvantne terapije u ukupnom broju datih analgetika na terenu koji pokriva SHMP Šabac, u šestomesečnom periodu, da prikažemo patologiju zbog koje su pacijenti dobijali dodatnu terapiju, kao i upotrebljavane medikamente.

MATERIJAL I METOD: Analizirani su protokoli terena SHMP Šabac u šestomesečnom periodu. Kriterijumi za uključenje pacijenata u studiju su bili da su dobili analgetik + adjuvant na terenu. Iz studije su isključeni pacijenti koji su dobijali Novalgetol i Diklofen radi sniženja povišene telesne temperature. Pri analizi podataka korišten je retrospektivni deskriptivni metod.

REZULTATI: Od ukupno 1260 izlazaka na teren u šestomesečnom periodu, SHMP Šabac je zbog bola, kao jedine ili dominantne tegobe, intervenisala 259 puta (20, 56%). Adjuvantnu terapiju dobilo je 217 pacijenata, što znači čak 83,8% od pacijenata koji su dobili analgetik. Kao dodatna terapija dominiraju sedativi 56,2%, i antiemetik Klometol 25,4%.

DISKUSIJA: Već na prvi pogled zapaža se da adjuvantna terapija zauzima vrlo bitno mesto pri terapiji bola. Ne postoji opravdanje za neracionalnu upotrebu parenteralnih sedativa. Jedan od lekova za koji postoji racionalno objašnjenje za čestu upotrebu je antiemetik Klometol – suzbija mučninu, povraćanje, bilo da su prateće manifestacije dejstva analgetika, bilo da su u sklopu manifestacije bolnog sindroma, ali i potencira dejstva nekih analgetika. Kortikosteroidi zauzimaju visoko treće mesto, mada njihova efikasnost prilikom terapije akutnog bola nije dokazana.

ZAKLJUČAK: Svakako da adjuvantna terapija zauzima vrlo bitno mesto prilikom terapije bola, ali i ovde mora preovladati "evidence - based" pristup, kako zbog dobrobiti pacijenta, jer svaki adjuvant je još jedna supstanca u njegovom organizmu, tako i zbog povećanja troškova lečenja.

Ključne reči: bol, analgetik, adjuvant.

e-mail: vujkovicb@yahoo.com

2.

AKUTNI MOŽDANI UDAR U RADU SHMP LESKOVAC – KOLIKO SMO BRZI

Lidija Mišić, Dragan Cakić

DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Savremeni trendovi u medicini svrstavaju akutni moždani udar (AMU) u isti red hitnosti kao i infarkt srca. To je posebno naglašeno terminom 'vreme je mozak' tako da pravovremena i adekvatna intervencija ekipe hitne pomoći još više dobija na značaju. Terapijski prozor od 3 sata je štoperica u radu hitne pomoći.

CILJ RADA je sagledavanje dužine vremena za koje ekipe hitne pomoći stignu do ovih bolesnika, kao i vreme proteklo od kontakta ekipe sa bolesnikom do njegove predaje u stacionarnu ustanovu. Takođe je cilj bio utvrditi u kojoj meri bolesnici sa preležanim AMU pozivaju hitnu pomoć i koje se mere tom prilikom najčešće preduzimaju.

U METODOLOGIJI RADA smo analizirali liste poziva sa terena koje se rutinski popunjavaju i to za tromesečni period 2008.godine. Sve bolesnike smo podelili u dve grupe: grupu bolesnika koja poziva hitnu pomoć zbog simptomatologije u vezi sa novonastalim šlogom i grupu bolesnika koja je već imala šlog. Evidentirane su vrednosti krvnog pritiska, preduzete terapijske mere na terenu, određena trajanja vremena: od momenta prijema poziva do stizanja ekipe na mestu poziva (V1), vreme zadržavanja na mestu poziva (V2) i vreme od trenutka dolaska ekipe pa sve do predaje bolesnika u stacionarnu ustanovu.

REZULTATI ISPITIVANJA: U posmatranom periodu Služba hitne pomoći je imala 3714 realizovanih poziva od čega je 130 (3.5%) bilo zbog šloga i to novonastalog AMI 63 i 67 zbog pogoršanja već postojeće bolesti. Ženskom polu je pripadalo 75(57%) bolesnika i muškom 55(43%). Prosečna starost grupe je iznosila 74 godine. Srednja vrednost sistolnog krvnog pritiska svih ispitanika je iznosila 136,7±35,6mmHg a dijastolnog 79,1±21,3mmHg. Nije bilo statistički značajne razlike u srednjim vrednostima za krvni pritisak između grupa sa novim šlogom i onih koji su već imali šlog, ($t=1.45$ $t<1.96$ i $t. <2.58$). Prosečno vreme od prijema poziva do trenutka stizanja do bolesnika iznosi 10±7 min i u proseku se na licu mesta ekipa zadrži 13,5±5,6 min. Od dolaska ekipe pa sve do predaje bolesnika u stacionarnu ustanovu u proseku prođe 27,3±12 min. Ukupno vreme od trenutka prijema poziva Službi pa sve predaje bolesnika u bolnicu protekne prosečno 37 minuta. Na ovo vreme utiče podatak da je svaki treći pacijent iz ove grupe obolelih iz ruralnih naselja (45 bolesnika ili 35%). Nešto više od polovine svih bolesnika (57%) biva preveženo sanitetskim vozilom u stacionarnu ustanovu, pri čemu čak 92% bolesnika u grupi sa novim šlogom biva dopremljeno u bolnicu dok u grupi koja je već imala šlog samo za jednu četvrtinu bolesnika postoje indikacije da budu preveženi u stacionar.

ZAKLJUČAK: Značajno je vreme koje prethodi predaji bolesnika u stacionarnu ustanovu-37 minuta. U tome učestvuje više faktora, medicinskih i nemedicinskih, čiji se međusobni uticaj odražava na rad na terenu.

e-mail: petrovicmilos@sbb.co.yu

3.

AMINOFILIN ENDOTRAHEALNO – PRIKAZ SLUČAJA

Ana Dimić(1), Biljana Radisavljević(1), Radica Krstić(1), Natalija Vuković(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, (2)NIŠ KLINIKA ZA UROLOGIJU NIŠ

UVOD. Sposobnost pluća da apsorbuje lekove otkrivena je još 1857. godine.

CILJ RADA. Prikazom slučaja ukazati na značaj urgentnog medicinskog prehospitalnog tretmana epizoda akutnog pogoršanja simptoma hronične opstruktivne bolesti pluća.

METOD RADA. Analiziran je lekarski poziv broj 13024/08.

PRIKAZ SLUČAJA. Prezentovana je pacijentkinja stara 59 godina. Heteroanamnestički je dobijen podatak da je "sa pumpicom u ruci izgubila svest i prestala da diše". Inače se godinama leči od hronične opstruktivne bolesti pluća. Pacijentkinja je zatečena bez svesti, sa 2 respiracije u minuti, iza čega prestaje da diše. Puls nad karotidnom arterijom je prisutan. Zenice uobičajenog dijametra, nereaktivne. Cijanotične boje kože i vidljivih sluzokoža. Na monitoru defibrilatora tahikardija sa širokim QRS kompleksima i srčanom frekvencom 225 u minuti. Izmeren je 80 mmHg sistolni krvni pritisak i saturacija 68%. Pacijentkinja je intubirana i otvorene su dve venske linije. Započeta je kontrolisana ventilacija sa dodavanjem kiseoničnog katetera i rezervoar balona na Ambu balon. Ordinirane su dve ampule amiodarona, metilprednizolon 500 mg, rastvor 0,9% NaCl 500 ml, ampula aminofilina, adrenalin razblažen frakcionirano intravenski do ukupne doze 0,8 mg, ampula ranitidina, Ringerov rastvor 500 ml i pola ampule aminofilina u 500 ml fiziološkog rastvora intravenski.

S obzirom da se na ovaj način reanimacija odvijala oko 60 minuta, bez značajnog poboljšanja, odlučujemo se da ordiniramo aminofilin intratubarno u razblaženom obliku. Iza toga bronhospazam popušta. Ubrzo pacijentkinja počinje spontano da diše, budi se, iza čega je ekstubirana i uspostavlja se verbalni kontakt.

ZAKLJUČAK. I pored toga što je u našem slučaju ubrzo nakon primene aminofilina došlo do smanjenja bronhospazma, nismo u mogućnosti da sa sigurnošću tvrdimo da je poboljšanje usledilo samo zbog njegove endotrahealne primene i dejstva. Ostaje da se potencijalno dejstvo aminofilina endotrahealno datog ispita na većem broju ispitanika.

Ključne reči: aminofilin, endotrahealno, bronhospazam.

e-mail: anadimic76@gmail.com

4.

ANALIZA PROTOKOLA SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI DOMA ZDRAVLJA MRKONJIĆ GRAD U 2008. GODINI

Velinka Malidža

DOM ZDRAVLJA "DR JOVAN RAŠKOVIĆ", MRKONJIĆ GRAD, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Služba hitne medicinske pomoći u Domu zdravlja radi od 14.30h do 07.30h narednog dana. Posao obavlja jedan medicinski tim.

Analizom dobro vođenog protokola u ambulanti, u periodu od 01.01.2008. do 31.12.2008. godine evidentirano je ukupno 8.848 pacijenata.

UVOD: Opština Mrkonjić Grad broji oko 25.000 stanovnika. U Službi hitne medicinske pomoći rade ukupno tri tima i to drugu i treću (noćnu) smjenu. Zbog ovakvog organizovanja rada Službe hitne medicinske pomoći u malim sredinama, timovi u SHMP obavljaju sve vrste poslova, od "običnih" (propisivanje ili pisanje recepata) do zbrinjavanja urgentnih stanja.

CILJ RADA: Prikaz Protokola SHMP Doma zdravlja Mrkonjić Grad u 2008-oj godini.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna analiza ambulatnog protokola iz SHMP u periodu 01.01.2008. do 31.12.2008. godine.

REZULTATI RADA: U toku 2008-me godine evidentirano je ukupno 8.845 pacijenata, od kojih su 2.089 (ili 23,60%) djeca uzrasta do 15 godina života; povrede su registrovane kod 881 (ili 9,95%) pacijenata, od kojih je 69 polutrauma. Urgentnih intervencija je bilo 638 slučajeva (ili 7,21%). Kod 41-jednog pacijenta je evidentirano trovanje, a 107 pacijenata je bilo alkoholisano. U istoj Službi, u toku 2008. godine dijagnostikovano je 21 pacijent

sa infarktoma srca i upućeni su u Koronarnu jedinicu Kliničkog centra Banja Luka, te 42 pacijenta sa moždanim udarom, koji su nakon toga hospitalizovani u Neurološkoj klinici Kliničkog centra Banja Luka. U istom periodu evidentirana su 4 slučaja pokušaja samoubojstva.

ZAKLJUČAK: Služba hitne medicinske pomoći u malim sredinama, kakva je naša, obavlja sve vrste medicinskih usluga, pa i ovakvim načinom rada imaju opravdanje za postojanje i dalji opstanak. Sa reformom zdravstva i novim Programom porodične medicine, SHMP se gase u malim sredinama. Naime, drugu smjenu odrađuje tim porodične medicine, a treću (noćnu) odrađuju doktori iz porodičnih timova. Ovaj rad samo djelimično dokazuje da je postojanje i rad SHMP u malim domovima zdravlja neophodan, a pogotovo ako u SHMP rade profesionalci –specijalisti urgentne medicine.

e-mail: domzdr@teol.net

5.

SPECIFIČNOSTI PREHOSPITALNE DIJAGNOSTIKE EKTOPIČNE TRUDNOĆE-PRIKAZ SLUČAJA

Vera Terzić(1), Zoran Jovanović(2)

(1)DOM ZDRAVLJA ŠABAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2)OPŠTA BOLNICA ŠABAC, ODELJENJE PSIHIJATRIJE

UVOD: Ektopična trudnoća je implantacija oplodjene jajne ćelije van kavuma uterusa. Kod tubarne trudnoće distenzija zida dovodi do rupture, što rezultira abdominalnim krvarenjem sa akutnim abdominalnim simptomima i znacima hemoragijskog šoka.

CILJ RADA: Cilj rada je da se kroz prikaz slučaja iz rada službe HMP prikaže koliko krvarenje usled ektopične trudnoće može imati nespecifičnu kliničku sliku i rezultovati pogrešnom dijagnozom sa potencijalno fatalnim ishodom po pacijentkinju.

MATERIJAL I METOD: Prilikom pisanja ovog rada korišćeni su podaci iz terenskog protokola rada službe hitne medicinske pomoći Šabac.

PRIKAZ SLUČAJA I DISKUSIJA: Kroz prikaz slučaja intervencija terenske službe hitne medicinske pomoći Šabac prezentovane su pojedine specifičnosti u kliničkoj slici ruptur jajovoda usled ektopične trudnoće. Prikazana je pacijentkinja stara 37 godina, koja se inače leči od paranoidne shizofrenije i kod koje su incipijentno u kliničkoj slici dominirale krize svesti tipa epi napada, zbog kojih je i primljen poziv. Daljom progresijom bolesti, registruju se znaci akutnog abdomena uz razvoj hipovolemijskog šoka. Prateći dijagnostički protokol po sistemu diferencijalno-dijagnostičke eliminacije došlo se do suspektog ginekološkog unutrašnjeg hemoragijskog procesa. Teškoće u verifikovanju navedenog stanja pacijentkinje predstavljala je ginekološka medicinska dokumentacija stara deset dana, koja je u tom trenutku isključivala mogućnost graviditeta pacijentkinje ili postojanja drugog patološkog procesa kao potencijalnog uzroka krvarenja. Pored toga, diferencijalno-dijagnostički uzeta je u obzir i mogućnost akutne medikamentozne intoksikacije u suicidalne svrhe, obzirom da se pacijentkinja leči psihijatrijski.

ZAKLJUČAK: I pored objektivnih dijagnostičkih procedura, dobra anamneza i fizikalni nalaz su i dalje suvereni u donošenju adekvatnih dijagnostičko-terapijskih odluka u urgentnim stanjima.

e-mail: zoranjov@inffo.net

6.

ENTEROCOLLITISI KAO AKUTNA STANJA-DA LI IM SE POKLANJA DOVOLJNO PAŽNJE

Ifeta Erović(1), Đula Erović(2), Mevlida Gusinjac(1), Kumrija Cikotić(2)

(1)DOM ZDRAVLJA BIJELO POLJE, (2)DOM ZDRAVLJA PLAV

UVOD: Crevne i virusne infekcije su etiološki vezane za nehigijenske manipulacije hranom, nehigijenske uslove objekata za proizvodnju i promet hrane i ličnu higijenu. Nastaju unošenjem u organizam namirnica koje su zagađene bakterijama ili sadrže otrove koje su u hrani izlučile određene bakterije. Veoma su česte u našim

krajevima, naročito u letnjim mesecima, pri visokim dnevnim temperaturama. Javljaju se u vidu epidemija (kolektivne i porodične) i kao sporadični slučajevi koji se retko prijavljuju i evidentiraju u zdravstvenoj službi.

CILJ: Da ukažemo na učestalost Enterocolitisa u našoj sredini, na njihov tretman.

METOD: Anketirano je 130 osoba različitog pola, uzrasta, zanimanja i mesta boravka, obrađeni su podaci hospitalizovanih pacijenata od ovog oboljenja na infektivnom i na dečijem odeljenju, i obrada prijava oboljenja iz higijensko-epidemiološke (HES) službe Doma zdravlja Bijelo Polje.

REZULTATI: Od ukupno anketiranih 110(84,61%) je imalo simptome ovog oboljenja, nisu se javljali lekaru, sami su se lečili kući, a tegobe su trajale i do 15 dana, 5-oro(3,84%) nije imalo sličnih tegoba, a 15-oro(11,53%) se obratilo lekaru zbog simptoma ovog oboljenja.

Tokom 2008. godine na infektivnom odeljenju od ovog oboljenja lečeno je 59 pacijenata različitog uzrasta i pola sa najvećim brojem obolelih u septembru 10(16,94%) i prosečnom starošću 51godina. Na dečijem odeljenju u 2008. godini tretirano je zbog istih tegoba 119-oro dece sa najvećim brojem obolelih u avgustu 32(26,89%) i prosečnom starošću 7 godina. U HES-i tokom 2008. godine bilo je 577 prijava ovog oboljenja sa najvećim brojem obolelih u avgustu-283(49,04%) i septembru 63(10,91%). Ovoliki broj prijava u odnosu na ranije je stigao nakon intervencije viših institucija. Najveći procenat obolelih je bio u kategoriji 1-4 godine 152(26,34%) i 25-59godina 129(22,35%).

U 2008. godini ukupno je registrovano 755 obolelih. Glavni uzročnik u 99,74% nije utvrđen a u 0,26% je uzročnik je salmonella (2 obolela).

ZAKLJUČAK: Ovi podaci govore da je oboljenje prisutno u veoma velikom procentu, da se oboleli u velikom broju ne javljaju lekaru, leče se sami kući, pravi uzročnik se ne zna a okrivljuju se virusi iz vode i hrane. Mere: Podići nivo zdravstvene kulture, obavezna prijava obolelih i adekvatan tretman.

e-mail: mevlidag@yahoo.com

7.

ETIČKI PRINCIPI REANIMACIJE TRUDNICA

Marija Mandić(1), Ljubica Đukić(2)

(1)DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, (2)DOM ZDRAVLJA KULA

UVOD: Cardiac arrest ili iznenadni srčani zastoj je vodeći uzrok smrti u Evropi, koji pogađa oko 700.000 osoba godišnje. Optimalni postupak kod srčanog zastoja je trenutni i neodložni početak kardiopulmocerebralne reanimacije (CPCR). Uspešna reanimacija nastavlja čovekov život, dok s druge strane reanimacija nekada samo produžava patnju i proces umiranja. Proces oživljavanja neuspešan je u 70-95% slučajeva. U svakidašnjem poslu neophodno je donositi etičke odluke po kojima je odluka o reanimaciji ili o nereanimaciji prihvatljiva i na taj način se pacijent i njegova rodbina tretiraju sa dostojanstvom. Posebno delikatne odluke, sa kojima se lekari ipak ne sreću tako često, pa su zato i manje upoznati sa ovom problematikom, su i etičke odluke prilikom pristupanja reanimaciji trudnice.

CILJ: Steći uvid u etičke principe reanimacije trudnica i upoznati širu medicinsku javnost sa istim.

MATERIJAL I METODE: Korištene su smernice za reanimaciju iz European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005.

REZULTATI: Pre 20 nedelje gestacije ne treba razmatrati eventualni hitan carski rez jer gravidni uterus u ovom stadijumu ne opterećuje značajno cardiac output majke, dok se oko 20-23 nedelje gestacije radi hitna histerektomija uz CPCR majke. U ovom stadijumu preživljavanje fetusa je malo verovatno. U gestacijskoj starosti dužoj od 24-25 nedelja radi se hitna histerektomija da bi se sačuvao život i majke i deteta. Svakako carski rez ili pak histerektomija trebali bi se uraditi najkasnije u četvrtom minutu nakon cardiac aresta trudnice jer najbolje preživljavanje pokazala su prematurusi čija je gestacijska starosta veća od 23-24 nedelje, a koji su iz majke izvađeni najkasnije 5 minuta nakon srčanog zastoja majke. Ovako se takođe najbrže može pristupiti reanimaciji novorođenčeta po posebnim protokolima.

ZAKLJUČAK: Reanimacija daje novu šansu za životom, kojoj se raduje kako sam pacijent tako i njegova rodbina. Reanimacija trudnice je specifična i kod nje se mora biti oprezan jer ipak nije pitanju jedan život nego o dva, a ponekad se čak jedan život spašava na račun drugoga.

e-mail: marijadunav@yahoo.com

8.

FOKUSIRANA ULTRASONOGRAFIJA – ZLATNI STANDARD URGENTNIH STANJA

Snežana Mitrović, Draginja Manić, Dušica Janković, Dragan Stevanović, Gorica Radomirović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Fokusirana ultrasonografija je brzo usmerena dijagnostička metoda. Indikovana je kod pacijenata sa nediferentovanom netraumatskom hipotenzijom i kod pacijenata sa traumom abdomena i grudnog koša.

CILJ: Ukazivanje na značaj fokusirane ultrasonografije u urgentnim stanjima.

METODOLOGIJA: Dostupna savremena literatura, internet sajtovi i naša iskustva.

REZULTATI I DISKUSIJA: Fokusirana ultrasonografija u traumi ili FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) ima cilj da brzo otkrije slobodnu tečnost u peritonealnom, pleuralnom i perikardnom prostoru (senzitivnost je 75%, a specifičnost je 98%). FAST istražuje četiri područja: perihepatično, perisplenično, pelvično i perikardijalno područje. Visoko je senzitivna (100%) i specifična (96%) da indikuje urgentnu laparatomiju u traumi, a slabo senzitivna (41%) da otkrije oštećenje creva i retroperitoneuma. FAST je ekvivalentan rendgenografiji grudnog koša za dijagnozu hematotoraksa i pneumotoraksa. Zbog toga neki trauma centri primenjuju prošireni FAST ili EFAST (Extension FAST).

Dr Atkinson i saradnici iz Adenbruks bolnice Univerziteta u Kembridžu ukazali su na potrebu za uvođenjem fokusiranog ACES pregleda (Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock) kod pacijenata sa netraumatskom nediferentovanom hipotenzijom. ACES se sastoji od šest ultrasonografskih prozora koji obuhvataju fokusiranu ultrasonografiju srca, vene kave inferior (VCI), abdominalne aorte, levog i desnog gornjeg kvadranta i male karlice. Cilj prvog je da otkrije prisustvo tečnosti u perikardu sa pretećom tamponadom, ali i veličinu srčanih šupljina i kontraktilnu funkciju srca. Cilj drugog je da odredi dijametar i inspiratorni kolaps VCI. Cilj trećeg je da otkrije aneurizmu abdominalne aorte, a četvrtog, petog i šestog da otkrije slobodnu tečnost u abdomenu i maloj karlici. Cilj ACES-a je da skрати vreme za ranu dijagnozu i ciljanu terapiju npr.: dobra kontraktilnost srca sa praznom VCI zahteva odmah administraciju tečnosti, dok smanjena kontraktilnost srca sa dobro punjenom VCI zahteva administraciju inotropa.

ZAKLJUČAK: Fokusirana ultrasonografija ima poseban značaj u urgentnim stanjima jer je brza i lako se uči, a rana dijagnoza i ciljana terapija je osnova za optimalan ishod.

Ključne reči: fokusirana ultrasonografija, FAST, ACES.

email: drsmitrovic@yahoo.com

9.

GUŠENJE STRANIM TIJELOM – PRIKAZ SLUČAJA

Jasmina Hanjalić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, SARAJEVO

UVOD: Iako su, srećom, rijetki, slučajevi gušenja stranim tijelom spadaju među najurgentnija stanja u radu hitne medicinske pomoći. Kod odraslih osoba gušenje je većinom izazvano hranom, a posebno su podložne osobe sa neurološkim oboljenjima.

PRIKAZ SLUČAJA: Prikazan je slučaj 55- godišnjeg muškarca sa preležanim moždanim udarom koji se u svome stanu gušio cijelom nesažvakanom kriškom narandže. Prilikom spašavanja unesrećenog bezuspješno se pokušalo više puta sa Heimlich zahvatom u stojećem položaju, a opstrukcija se riješila nastavkom zahvata u ležećem položaju i uz korištenje laringoskopa i Magill kliješta. Slučaj spašavanja je fotografski dokumentovan.

ZAKLJUČAK: Osobe sa preležanim moždanim udarom imaju povećani rizik od gušenja stranim tijelom. Za efikasno pružanje hitne medicinske ovako životno ugroženom pacijentu, pored obučenosti tima za Heimlich zahvat potrebno je imati i kompletnu opremu za laringoskopiju i Magill kliješta.

e-mail: vitajasna@hotmail.com

10.

INCIDENCA SUICIDA U KRAGUJEVCU I UTICAJ BIOMETEOROLOŠKIH FAZA

Vladimir Gajić(1), Dragan Milojević(1), Jasminka Smailagić(2)

(1)ZZHMP KRAGUJEVAC, (2)RHMZ SRBIJE

UVOD: Suicid kao proizvod modernog društva predstavlja sve veći medicinski i socioepidemiološki problem. Iako broj ovih akcidenata nije veliki, svaki izgubljeni život predstavlja gubitak za društvo u celini.

CILJ RADA: Analiza suicida u Kragujevcu i utvrđivanje korelacije sa biometeorološkim fazama.

METODOLOGIJA: Usporedna analiza evidencije podataka o suicidima dobijenih iz Policijske uprave Kragujevac za petogodišnji period 2004-2008.godine i svakodnevnih biometeoroloških faza za grad Kragujevac određenih od strane RHMZ Srbije.

REZULTATI: U posmatranom periodu se dogodilo 144 suicida što čini godišnju stopu od 14 na 100 000 stanovnika. Najviše suicida se dogodilo u 2005. (36), a najmanje u 2007.godini (24). Najviše suicida se desilo u januaru i junu(po 18),a najmanje u avgustu(7). Tri četvrtine slučajeva je bilo u urbanom, a jedna u ruralnom okruženju. Tri četvrtine slučajeva čine muškarci i to najviše u dobnim grupama 41-45 i 51-55 godina(po11). Žene čine jednu četvrtinu i to ih je najviše u grupi 61-65 godina života(7). Dve trećine svih suicida čine vešanja(93), pri čemu muškarci čine dve trećine tog broja. Slede suicidi vatrenim oružjem(jedna šestina), gde muškarci čine 88%. Za njima je skok sa visine(11). Sledeća su trovanja(5) koja čine jedinu kategoriju sa "ženskom prevagom". Najviše akcidenata se dogodilo u biometeorološkim fazama 4 i 9(po 38), što čini preko polovine svih svih suicida, a najmanje u fazi 8(1). Najviše vešanja bilo je u fazi 9(26) što je preko jedne četvrtine svih vešanja.

ZAKLJUČAK: To znači je najviše akcidenata bilo u slučajevima naglog prodora frontova, kada se naglo menja vremenska situacija, najčešće sa suvog-toplog na hladno-vlažno vreme i u fazi stabilnog-sunčanog vremena, pa u ovim vremenskim prilikama treba posebnu pažnju obratiti na sve osobe koje su prethodno iskazivale ovakve tendencije.

Ključne reči: Suicid, biometeorološke faze

e-mail: drgaja@sbb.rs

11.

KARDIOVASKULARNE BOLESTI I GUBITAK RADNE SPOSOBNOSTI

L. Delević, R. Agić, A.Bajramspahić

ZU DOM ZDRAVLJA, BIJELO POLJE, CRNA GORA

UVOD. Gubitak radne sposobnosti zaposlenih je najčešće uzrokovan kardiovaskularnim bolestima. Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju RCG 2003. godine definiše invalidnost kao potpuni gubitak radne sposobnosti-odlazak u invalidsku penziju i invalidnost kao djelimični gubitak radne sposobnosti od 75%, kada zaposleni može raditi četvrtinu radnog vremena.

CILJ RADA. Analiza gubitka radne sposobnosti kardiovaskularnih bolesnika.

MATERIJAL I METOD RADA. Nalazi, ocjene i mišljenja republičkog fonda PIO CG, zdravstveni kartoni, personalni podaci. Metod rada je epidemiološko-retrospektivni. Ispitano je 228 osiguranika, analiziran je period od 01.01.2007. do 31.12.2008.g.

REZULTATI RADA. Od svih naših ispitanika 37% ima potpuni gubitak radne sposobnosti. Zbog kardiovaskularnih bolesti radnu sposobnost je izgubilo 36% invalida. Djelimični gubitak radne sposobnosti zbog kardiovaskularnih bolesti nije imao ni jedan ispitanik. Radnu sposobnost naši ispitanici najčešće gube zbog komplikacija infarkta miokarda (44%), zbog bolesti krvnih sudova mozga (22%) i komplikacija povišenog krvnog pritiska (13,5%). Nakon operacije na srcu i krvnim sudovima srca gubitak radne sposobnosti ima 29% oboljelih od kardiovaskularnih bolesti. Gubitak radne sposobnosti se češće javlja kod muškaraca nego kod žena (83%:17%), kod ispitanika starijih od 50 godina i kod ispitanika sa ukupnim radnim stažom od 10 i više godina.

ZAKLJUČAK. Gubitak radne sposobnosti je veliki medicinski i socioekonomski problem na koji znatno utiču kardiovaskularne bolesti, što ukazuje na potrebu preduzimanja mjera prevencije.
Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, radna sposobnost.

e-mail: ldelevic@yahoo.com

12.

LIPIDNI PROFIL PACIJENATA SA TERMINALNOM BUBREŽNOM SLABOŠĆU

Vesna S. Plečić Knežević, Dragon Knežević, Rada Vilotić Subotić, Jelena Stojić

ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO

UVOD: Bolesnici s terminalnom slabošću bubrega imaju 10-20 puta veći rizik razvoja kardiovaskularnih bolesti u odnosu na opštu populaciju. Poremećaj u metabolizmu lipida javlja se već sa početnim smanjenjem bubrežne funkcije (JGF \leq 50 ml/min) Aktivnost lipoproteinske lipaze, hepatične lipaze triglicerida i lecitin holesterol acetil transferaze, smanjuje se kod bolesnika sa JGF \leq 50 ml/min, dok se trigliceridi povećavaju pri JGF od 15-30 ml/min

CILJ: Ispitivanje lipidnog profila u pacijenata sa terminalnom bubrežnom slabošću

METODE: Ispitivanje je obavljeno u ZC Valjevo u Službi Nefrologija sa hemodijalizom. Kod 30 bolesnika sa terminalnom insuficijencijom bubrega, na hemodijalizi.

Osnovni lipidni parametri, koji su praćeni su: holesterol, trigliceridi, lipoproteini male gustine (LDL-C) i lipoproteini velike gustine (HDL-C). Lipidni status je određivan u uzorku krvi kojije uziman najmanje posle 10 h gladovanja. Određivanje holesterola i triglicerida vršeno je enzimskom, kolorimetrijskom metodom, dok je HDL-C određivan postupkom elektroforeze. LDL-C je izračunavan korišćenjem Friedewald-ove formule. Bolesnici nisu bili na hipolipemičnoj terapiji u nazad 3 meseca pre početka ispitivanja.

REZULTATI: Od trideset pacijenata prosečne starosti 55.10 \pm 14.65 na hemodijalizi 8.068 god njih 48.2% imali su holesterol veći od 5.2mmol/l (max=8.45 min=4.01) i 89.65% trigliceride veće od 1.7mmol/l (max= 4.79 min=1.24). Preporučeni HDL holesterol je veći od 1.54mmol/l imalo je samo u 9% pacijenata.

ZAKLJUČAK: Lečenje hiperlipoproteinemije je složen terapijski postupak i u oštoj populaciji, a kada postoji pritom i bolest bubrega terapija je još komplikovanija, a uspeh neizvesniji. Poremećaj metabolizma lipida je nezavisan faktor rizika za progresiju hronične slabosti bubrega i razvoj kardiovaskularnih komplikacija.

Ključne reči: hiperlipoproteinemija , hronična bubrežna slabost

e-mail: vesnaknez@ptt.rs

13.

MEDIKAMENTOZNA KONVERZIJA TAHIARITMIJE USKIH QRS KOMPLEKSA U SKLOPU WPW SINDROMA-PRIKAZ SLUČAJA

Dragan Sretić, Tonka Periškić, Branka Ilić

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SOMBOR

UVOD: Wolff-Parkinson-White sindrom ili sindrom preekscitacije komora predstavlja redak, ali sa dijagnostičko- terapijskog stanovišta veoma značajan poremećaj srčanog ritma u okviru prehospitane medicine, a dilema postaje aktuelna u slučaju paroksizma supraventrikularne tahikardije(PSVT)ili fibrilacije pretkomora sa tahiaritmijom.

CILJ: Prikaz slučaja bolesnika kome je EKG dijagnostika pokazala da ima tahiaritmiju uskih QRS kompleksa, gde se uz pomoć anamneze otkriva da se u pozadini aritmije krije WPW sindrom koji je terapijski trebalo rešiti na adekvatan način, budući da bez ranije potvrde dijagnoze, može doći do mogućih katastrofalnih grešaka pri terapijski pogrešnom rešenju.

PRIKAZ SLUČAJA: Dana 06.05.2009. godine je u ambulanti SHMP Sombor pregledan pacijent D.Ž.star 33 godine, žaleći se na lupanje srca, stezanje u grudima i nedostatak vazduha.Pri pregledu bolesnika se konstatuje da su mu svi parametri pri fizikalnom pregledu uredni, osim prisutne aritmije i tahikardije.Uradi se EKG koji pokaže

fibrilaciju pretkomora sa frekvencijom komora od 150-170/min, uskih QRS kompleksa. Terapijsku dilemu razrešava sam pacijent, rekavši da je od lekova ranije uzimao tablete Amiodaron, i da mu je poznato da od ranije boluje od WPW sindroma, te se pacijentu uključi infuzija fiziološkog rastvora sa 300mg Sedacora. Nakon dvadesetak minuta dolazi do konverzije u sinusni ritam, sa jasnom slikom WPW sindroma tipa B.

ZAKLJUČAK: U uslovima prehospitarnog tretmana supraventrikularnih tahikardija i tahiaritmija, veoma je teško kada ne postoje nalazi niti prethodno znanje pacijenta da boluje od WPW sindroma, potrebno je terapijski pristupiti kao da ga ima i lečiti ga tako dok se dokaže suština pravog uzroka tahikardije ili tahiaritmije. U mom prikazu slučaja dilemu je razresio sam pacijent, i anamneza o ranijim bolestima, kao i njegova ranija th.

Ključne reči: WPW sindrom, tahiaritmija, EKG, terapija

e-mail: srele22@yahoo.com

14.

POLNA RAZLIKA KOD PACIJENATA LEČENIH U SHMP

Katarina Avakumović, Goran Perge, Ksenija Barna

DOM ZDRAVLJA SREMSKA MITROVICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Cilj istraživanja je uočavanje razlike u patologiji i broju javljanja pacijenata u zavisnosti od pola i grupe bolesti. U našem slučaju uzorak predstavljaju svi pregledani pacijenti u ambulanti SHMP Sremska Mitrovica u drugom polugodištu 2007. godine. Podaci su dobijeni iz protokola pregledanih u tom periodu.

U periodu od šest meseci ukupno je obavljeno 7436 pregleda. od toga na terenu je pregledano 440 muškaraca i 467 žena, a u ambulanti 3105 muškaraca i 3424 žene. Razlika u javljanju medju polovima pokazuje veliku statističku značajnost ($p < 0,001$). Što se tiče korišćenja usluga, tj. pregleda na terenu i u ambulanti, uzimajući u obzir razliku u ukupnom broju pregleda, ne postoji značajna razlika ($p > 0,05$). Ako gledamo broj pacijenata koji su se javili na pregled, kod muškaraca je bilo 31,47% ponovnih pregleda iste osobe dok je kod žena bilo nešto manje 27,04%. U apsolutnim brojevima to iznosi 977 kod muškaraca i 926 kod žena što predstavlja visoko statistički značajnu razliku ($p < 0,001$). Prosek godina pregledanih je sličan i iznosi 43,16 odnosno 45,48 godina. Svi pregledani su podeljeni po grupama bolesti. Kod izvesnih grupa oboljenja kao i kod pojedinih oboljenja postoji velika razlika u broju pregledanih muškaraca i žena. Najviše pacijenata se javilo zbog hipertenzije i to 248 muškaraca i 428 žena što predstavlja 9,7% odnosno 14,4% od subpopulacije i to je bolest zbog koje su se pacijenti najčešće javljali. I kod karcinoma pluća postoji razlika ali u ovoma slučaju više je bilo muškaraca. I kod drugih oboljenja postoji razlika koja manje-više prati svetske trendove.

Struktura obolelih zavisi od ponašanja i neodgovornog odnosa prema svom zbravljaju i blagovremenom i adekvatnom lečenju. Može se izvući zaključak da je preventivni rad važan u menjanju navika pacijenata u vezi zdravog načina života i svog prava na ostvarivanje zdravstvene zaštite.

e-mail: sm.gperge@neobee.net

15.

PREHOSPITALNA TERAPIJA BOLA – NOVA ISKUSTVA U RADU SHMP ŠABAC

Branko M. Vujković(1), Miroslav Popović(1), Jovica Mičić(1), Marija Vujković(2), Maja Čanak(2)

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, (1)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2)SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

UVOD: Bol je zaštitni mehanizam, koji se javlja kad god je neko tkivo oštećeno, i u suštini predstavlja moždanu interpretaciju bolnog stimulusa. Za lekare hitnih pomoći svakako je najinteresantniji akutni bol, koji predstavlja bol uzrokovan novonastalim događajem. Najveći problem u terapiji bola predstavlja nedovoljna analgezija. Najčešći razlozi za to su: neprepoznavanje bola, nedovoljna procena intenziteta bola, strah od adicije.

CILJ RADA: Cilj našeg rada je bio da prikazemo udeo bola, kao jedine ili dominantne tegobe, kao razloga za intervenciju SHMP Šabac na terenu u odnosu na ukupan broj izlazaka na teren u jednomesečnom periodu, da prikazemo patologiju zbog koje su pacijenti dobijali analgetike, kao i upotrebljavane medikamente.

MATERIJAL I METOD: Analiziran je protokol terena SHMP Šabac u jednomesečnom periodu. Kriterijum za uključenje pacijenata u studiju bio je da su dobili analgetik na terenu. Iz studije su isključeni pacijenti koji su dobijali Novalgetol, ili Diklofen, radi sniženja povišene telesne temperature. Pri analizi podataka korišten je retrospektivni deskriptivni metod.

REZULTATI: Od ukupno 484 izlazaka na teren u jednomesečnom periodu, SHMP Šabac je zbog bola, kao jedine ili dominantne tegobe, intervenisala 103 puta (21, 3%).

Zbog bola neurološkog porekla intervenisalo se 12 puta (11,7%), kardiovaskularnog 21 put (20,4%), gastrointestinalnog 6 puta (5,8%), respiratornog 4 puta (3,8 %), urogenitalnog 8 puta (7,8%), lokomotornog 12 puta (11,7%), traume 6 puta (5,8%), kancerskog bola 23 puta (22,3%), a zbog bola nejasne etiologije 11 puta (10,7%).

DISKUSIJA: U odnosu na prošlu godinu, u terapijskim "režimima" bola u našoj službi sada već dominira Zodal. Ono što svakako raduje je izuzetno retka upotreba Novalgetola, koji je inače opsolentan lek u EU, u terapiji bola, i pored svojevrtnih otpora "tvrde" struje naše SHMP. Da li je razlog tome bolji marketing Trodona i Zodola, nove smernice, ili nešto treće, ostaje da se vidi.

ZAKLJUČAK: "Ublažiti bol božansko je delo.", - nam svima mora biti ideja vodilja u formiranju doktrinarnog pristupa prehospitalnoj terapiji akutnog bola.

Ključne reči: bol, analgetici, akutni.

e-mail: vujkovicb@yahoo.com

16.

PRUŽANJE HITNE MEDICINSKE POMOĆI TOKOM BEOGRADSKOG MARATONA 2009.

Budimir Andrić, Melita Kosjerina, Slavoljub Živanović, Snežana Bogunović, Bosa Erceg

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

UVOD: Organizacija maratona je veliki izazov za medicinsku službu. Maraton spada u kategoriju III masovnih okupljanja (neograničeni broj učesnika i posmatrača na velikom prostoru). Postojeća literatura ne daje jasne preporuke kako najbolje organizovati medicinsku službu tokom maratona.

CIJL: Prikazati stečeno iskustvo u medicinskom zbrinjavanju povređenih i obolelih (p/o) učesnika Beogradskog maratona 2009.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivnim uvidom u medicinsku dokumentaciju statističke službe GZZHMP Beograd evidentira se broj i struktura p/o ucesnika. Demografski podaci preuzeti od organizatora maratona, a podaci o meteorološkim uslovima od RHMZ.

REZULTATI: Učestvovao 341 maratonac, 1 170 polumaratonaca i oko 30 000 učesnika u trci zadovoljstva.

Povređeno 7 takmičara, 6 prevezeno u bolnicu (Urgentni centar- Beograd). 2 istegnuća mišića, 3 povrede kolena, 1 povreda skočnog zgloba, 1 kriza svesti. Maraton obezbeđivalo 15 ekipa hitne pomoci (HP) i jedna komandna.

ZAKLJUČAK: Rastuća popularnost i omasovljenje broja učesnika maratona zahtevaju angažovanje velikog broja ekipa HP po dispergovanom tipu i saradnju sa drugim urgentnim službama, kao i organizatorima maratona.

e-mail: budimir.andric@gmail.com

17.

SUICID U RADU LEKARA ZHMP KRAGUJEVAC- MOŽEMO LI UČINITI VIŠE OD PREHOSPITALNOG ZBRINJAVANJA

Miroslava Mišić, Gordana Đokić, Vladanka Rakonjac, Ranko Vukić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: "Samoubistvo je autodestruktivni čin s ciljem oduzimanja sopstvenog života" kaže jedna od najprihvaćenijih definicija samoubistava. U autodestruktivno ponašanje se osim samoubistva, ubrajaju i pokušaj samoubistva, planiranje ili samo razmišljanje o samoubistvu kao i sve vrste samopovređivanja. Suicidalni rizik je

veći kod osoba kod kojih postoji mentalni poremećaj, alkoholizam, zavisnost od psihoaktivnih supstanci, hronična ili neizlečiva bolest, psihička kriza izazvana gubitkom bliske osobe, prekidom emotivne veze, gubitkom posla, pretrpljena trauma ili zlostavljanje.

CILJ RADA je da prikazemo demografsko-epidemiološke karakteristike suicida, prehospitalni tretman i predložimo korake koje bi lekari hitnih službi mogli da preduzmu, kako bi se eventualno smanjio broj ponovnih pokušaja suicida.

METOD: Rad predstavlja retrospektivnu analizu lekarskih izveštaja terenskih intervencija ekipa ZHMP Kragujevac za period mart 2008 god. mart 2009 god.

REZULTATI: U posmatranom periodu obavljeno je 25607 intervencija na terenu, od tog broja 97 (0,38 %) poziva odnosilo se na pokušaj suicida. Osobe ženskog pola su zastupljene sa 63 %, najviše pacijenata je u starosnoj grupi od 30-40 godina 25,77%. najmanje u starosnoj grupi od 60-70 godina 1.03%. Izražena statistička razlika nadjena je u odnosu na mesto stanovanja, gradsko područje zastupljeno je sa 85,57%. Najčešće, samoubistvo je pokušano ispijanjem lekova 63,92%, zatim presecanjem vena 14,43%, vešanjem 9,28%, skokovima sa visine 6,18% i ispijanjem kiseline 6,18%. Samobistvo je izvršilo troje pacijenata odnosno 3,09%

ZAKLJUČAK: Podaci iz literature i naša iskustva sa terena govore da postoje ponovljeni pokušaji suicida. Lekari hitnih službi mogli bi da sem zbrinjavanja na terenu upute nadležne službe (CSR, izabranog lekara...) na postojanje problema kako bi oni svojim delovanjem uticali na smanjenje broja ponovljenih pokušaja suicida.

e-mail: fil.sa_go@nadlanu.com

18.

SUPRAGLOTIČNA SREDSTVA ZA OBEZBEĐIVANJE DISAJNOG PUTA U URGENTNOJ MEDICINI

T. Lončar, D. Janjević, V. Dolinaj

KLINIČKI CENTAR VOJVODINE KLINIKA ZA BOLESTI UVA, GRLA I NOSA – ODSEK ZA ANESTEZIJU

UVOD: Neadekvatno prehospitalno zbrinjavanje kompromitovanog disajnog puta dovodi do nezadovoljavajuće ventilacije, oksigenacije i povećanog mortaliteta politraumatizovanog pacijenta. Preporuke Evropskog resuscitacionog saveta iz 2005. godine, kao zlatni standard u obezbeđivanju disajnog puta u urgentnoj medicini, navode endotrahealnu intubaciju (ETI) koju sprovodi dobro obučeno osoblje. Kako broj neuspelih ETI i nepravilno plasiranih endotrahealnih tubusa u prehospitalnim uslovima nije zanemarljiv, supraglotična sredstva (supraglottic airway devices-SAD) imaju značajno mesto u urgentnoj medicini kao alternativna sredstva za obezbeđivanje disajnog puta.

Sama reč "supraglotično" znači da se plasiraju na aditus laryngis, a ne između glasnica, te laringoskopija i direktna vizualizacija larinksa nije potrebna. Klasifikacija SAD se vrši na osnovu prisustva ili odsustva kafa, oralnog ili nazalnog načina primene i na osnovu anatomske lokalizacije distalnog kafa. Supraglotična sredstva nove generacije razdvajaju respiratorni od digestivnog sistema: laringealni tubus sa sukcijom (LTS II), proseal laringealna maska (PLMA), i-gel i Supreme laringealna maska.

Laringealna maska (LMA) se brzo i lako plasira i zahteva kratkotrajni trening. Manje je invazivna kao tehnika od endotrahealne intubacije. Osim standardne ili klasične-cLMA, kao modifikacija napravljena je ProSeal-PLMA, kojoj je pridodata tuba za gastričnu drenažu, čime je smanjena mogućnost da dođe do regurgitacije i aspiracije želudačnog sadržaja. LMA FASTRACH (ILMA)-intubating LMA, je napravljena po uzoru na standardnu LMA, dizajnirana za trahealnu intubaciju, koja se izvodi "blind" procedurom. Predviđena je za situacije hitne intubacije, bez rizika za aritenoidnu traumu ili ezofagealni plasman.

LTS II se postavlja na slepo. LTS omogućava ventilaciju pacijenta i zaštitu od regurgitacije i aspiracije želudačnog sadržaja. Koristi se za pripremu pacijenta za endotrahealnu intubaciju i kao alternativno sredstvo za obezbeđivanje disajnog puta u slučajevima nemoguće intubacije.

ZAKLJUČAK: Supraglotična sredstva omogućavaju sigurnu i pouzdanu ventilaciju i oksigenaciju pacijenata u prehospitalnim uslovima u urgentnoj medicini.

e-mail: dovlamed@gmail.com

19.

SYNDROMA WPW (WOLFF-PARKINSON-WHITEOV SINDROM) -PRIKAZ SLUČAJA

Velinka Malidža

DOM ZDRAVLJA "DR JOVAN RAŠKOVIĆ" MRKONJIĆ GRAD, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

U ambulantu Službe hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Mrkonjić Grad, 01.01.2008. godine, oko ponoći, dolazi tridesetčetvorogodišnja pacijentica.

Lična anamneza: Ima lupanje srca. Do sada zdrava osoba, a unazad godinu dana ima povremeno lupanje srca koje samo prolazi. Ranije je pila lijek za štitnu žlijezdu, a sada ne. Malo je nervozna i nije gubila svijest.

Fizikalni nalaz: Srčana radnja tahikardična, puls slabo punjen, disanje vezikularno. Pacijentica svjesna i komunikativna. TA 140/90 mmHg, EKG: f 200/min, sa uskim QRS kompleksom.

Terapija: Propanolol od 40 mg popila u kući. Strogo mirovanje (ležeći položaj) i razgovor sa pacijenticom. Srčana frekvencija se ne smiruje i apliciramo ampulu Lanicor I.V., lagano sa prekidima. U toku aplikacije lijeka puls se smiruje. Kontrolni pregled: Srčana radnja ritmična, tonovi jasni, ne čujem šum, puls dobro punjen 75/min, pacijentica se odlično osjeća. Pacijentica opservirana jedan sat, sjedi, priča o svojim problemima i negira bilo kakve tegobe. Kontrolni EKG: sinusni ritam f 75/min. i delta talas u D1, aVL, V2-V6 odvodima.

Odbija hospitalizaciju na kardiologiju, ali dolazi na pregled sa uputnom Dg. Sy WPW.

Kardiološka th: Amiodaron 1X200 mg i Aspirin 1X100 mg. Dobila alergiju na Amidoron, a na Aspirin krvarenje. Dijagnostikovana joj Hypothireosis i pije Letrox ¼ tabl. Upućena na Institut KVB "Dedinje", radi elektrofiziološkog ispitivanja.

Završna Dg: Radiofrekventna ablacija desnog posterolateralnog akcesornog puta (intervencija RF ablacija). Bez kardiološke terapije uz redovne kontrole.

ZAKLJUČAK: Slučajni nalaz kardiološkog Sy WPW. Da li je paroksizmalna tahikardija "sama" prošla kod smirenog pacijenta ili je imala uticaja i upitna terapija za Sy WPW.

e-mail: domzdr@teol.net

20.

TERAPIJA BOLA

Jovica Mičić, Branko Vujković

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: "*Sedare dolorem – divinum opus est*"

Šta je bol? To je neprijatno senzualno ili emocionalno iskustvo udruženo sa aktuelnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva. Postoji više podela u zavisnosti od prirode, trajanja itd. Podela na akutni i hronični, na nociceptivni, neuropatski i psihogeni. *Akutni bol* može biti hirurški (akutni abdomen, opekotina..), nehirurški (npr. infarkt miokarda). *Hronični bol* prisutna je usled karcinoma kao i brojnih nehirurških stanja kao što su trigeminalna neuralgija, reumatoidni artritis itd. Farmakološko lečenje bola podrazumeva analgetike. Dele se na: opioidne "narkotičke" (morfin, kodein, metadon, trodon) i antipiretičke "nenarkotičke" (acetilsalicilne, paracetamol) i nesteroidne antiinflamatorne lekove.

CILJ RADA: analiza izbora i učestalosti analgetika u zavisnosti od simptoma.

METOD RADA: deskriptivno analitička metoda analize primenjenih analgetika od strane lekara u ambulantnim uslovima u vremenskom periodu od mesec dana korišćenjem ambulantnih protokola.

REZULTAT: u navedenom periodu bilo je 77 bolesnika kod kojih je dat analgetik.

Najčešće indikacije za primenu analgetika bile su: glavobolja, žučna i renalna kolika, stenokardija, trigeminalna neuralgija, karijes, povrede, hemoroidalna bolest, karcinom i bolovi u truhu.

Procentualna zastupljenost je prikazana na grafikonu a izdvajale su se kao najčešće glavobolja sa 23,4 %, renalna kolika sa 28,5% i lumbosialgija sa 15,6%.

Vrste analgetika koju su primenjeni u terapiji (videti grafički prikaz) bili su kao monoterapija:

ZODOL 31x, DIKLOFEN 7x, TRODON 12x, NOVALGETOL 1x, a kao kombinovana terapija bile su zastupljene sledeće kombinacije: ZODOL+DIKLOFEN 6x, ZODOL+TRODON 16x, DIKLOFEN+TRODON 1x, ZODOL+TRODON+NOVALGETOL 1x, ZODOL+NOVALGETOL 2x.

DISKUSIJA: davanje analgetske terapije ima smisla u cilju smanjenja bola u onim stanjima kod kojih je dijagnoza jasna kao i u onim stanjima u kojima se bol kupira dok se ne izvrši definitivno zbrinjavanje povređenih bolesnika a uvek treba imati u podsvesti napomenu da se analgeticima ne sme maskirati klinička slika pre definitivne i sigurne dijagnoze. Stiče se slika da je analgetska terapija i pored toga što je reč o ambulanti za hitnu medicinsku pomoć češće davana zbog akutizacije hroničnih oboljenja. Zastupljenost po polu je nešto veća kod ženskog roda a zastupljenost po starosti ima pik u opsegu od 50-60 godina. Pozitivno opravdanje i zastupljenost analgetika u monoterapiji kao što su zodal, diklofen, trodon; takođe opravdane kombinacije zodola, trodona, diklofena, novalgetola i u nekom procentu neopravdana kombinacija diklofena i zodola su se uočile. Primećuje se predominantno intramuskularno davanje terapije a samo u 5 slučajeva venski put je bio mesto aplikacije terapije. Dodatna terapija je najčešće bila klometol 17x, dexason 13x, spazmex 11x (akcenat je bio na spazmolitičkom a ne analgetskom dejstvu), bensedin 13x.

ZAKLJUČAK: u zbrinjavanju bolesnika neophodna je što bolja procena zdravstvenog stanja a naročito u službama za hitnu medicinsku pomoć gde je vreme bitan faktor analgetska terapija ima i jednu bitnu ulogu a tiče se što humanijeg odnosa prema bolesniku dok ne stigne do specijalističkih odeljenja gde se vrši definitivno zbrinjavanje.

e-mail: jovicamicic@yahoo.com

21.

UČESTALOST HIPERTENZIVNE KRIZE NA TERITORIJI OPŠTINE GUČA U TOKU 2008. GODINE

Marija Bošković, Valentina Karličić

DOM ZDRAVLJA GUČA, SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

CILJ: Cilj rada je da se prikaže učestalost hipertenzivne krize (gradus I i II) u službi hitne pomoći, zatim učestalost po starosnim grupama i polovma, kao procenat pacijenata zbrinutih na primarnom nivou.

METOD: Istraživanje je izvršeno po tipu retrospektivne studije analiziranjem podataka iz protokola prijemno – trijažne službe hitne pomoći u okviru opšte prakse u Domu zdravlja Guča. Za ovaj rad korišćen je metod kvantitativne analize gde je na osnovu ukupnog broja pacijenata koji se javio u periodu od 01.01.2008 do 31.12.2008 zbog tegoba izazvanih povišenjem krvnog pritiska procenjen broj pacijaneta sa hipertenzivnom krizom. Posmatrani uzorak čine 523 pacijenta oba pola starijih od 20 godina.

REZULTATI RADA: Od ukupno 523 pacijenta sa hipertenzijom, hipertenzivnu krizu je imalo 62 pacijenta (11.85%).

Hipertenzivnu krizu gradus jedan (Hypertensia urgenciens) je imalo 38 pacijenata (7.26%) i hipertenzivnu krizu gradus dva (Hypertensia emergenciens) je imalo 24 pacijenta (4.58%). Učestalost po polovima: žene - 36 (58%), muškarci 26 (42%). Učestalost po starosnim grupama: I grupa (20 – 40 god) – 3 (5%), II grupa (40 – 60 god) - 22 (35%), III grupa (60 – 80 god) - 37 (60%). Na primarnom nivou su uspešno zbrinuta 44 pacijenta (71%), a u bolnicu Čačak na sekundarni nivo je upućeno 18 pacijanata (29%).

ZAKLJUČAK: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da je zastupljenost hipertenzivne krize u okviru hipertenzije prisutno u značajnom procentu od skoro 12%, da se češće javlja u ženskoj populaciji i da je najviše zastupljena u starosnoj dobi posle 60 godine. Takođe se zaključuje da se veliki procenat (71%) slučajeva zbrinjava na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

e-mail: marbo77@eunet.rs

22.

UČESTALOST POJAVE SRČANE INSUFICIJENCIJE KOD BOLESNIKA SA HRONIČNOM OPSTRUKTIVNOM BOLESTI PLUĆA

Vanja Bošković, Aleksandra Opačić, Zoran Krulj

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

Srčana insuficijencija i hronična opstruktivna bolest pluća su globalne epidemije od kojih svaka zahvata više od 10 miliona pacijenata širom sveta. Oba stanja pokazuju značajan morbiditet i mortalitet, i predstavljaju veliki

izazov sistemu zdravstvene zaštite. U odnosu na broj obolelih i rastuću tendenciju oboljevanja, mali je broj radova koji na pravi način ilustruju često ignorisanu kombinaciju ova dva stanja, a još manje ih se bavi pitanjima koja su od interesa za lekare, naročito za lekare na terenu koji se svakodnevno suočavaju sa ovom patologijom. Sprovedeno istraživanje imalo je za cilj da utvrdi učestalost pojave srčane slabosti kod bolesnika koji boluju od hronične opstruktivne bolesti pluća. Kao sekundarni ciljevi nameću se utvrđivanje povezanosti parametara vitalnih funkcija ovakvih pacijenata i uticaj ovih faktora na terapijske postupke na terenu.

Istraživanje je sprovedeno kao retrospektivna studija gde su korišćeni podaci iz protokola bolesnika Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad za vremenski period od godinu dana (od 01.05.2008. do 01.05.2009.). Dobijen je uzorak od 638 pacijenata koji boluju od hronične opstruktivne bolesti pluća, a među njima 152 pacijenta kod kojih je hronična opstruktivna bolest pluća udružena sa srčanom insuficijencijom. Podaci dobijeni ovim istraživanjem obrađeni su u statističkom paketu SPSS.

Dobijeni rezultati pokazuju da je učestalost pojave znakova srčane insuficijencije kod bolesnika sa hroničnom opstruktivnom bolesti pluća 23,8%, sa predominacijom ženskog pola (61,2%), prosečne starosti 69 godina. Kod 2,6% pacijenata primenjene su mere više životne potpore. Potvrđena je statistički značajna povezanost između vrednosti saturacije krvi kiseonikom i vrednosti dijastolnog pritiska kod ovih bolesnika. Mere više životne potpore su očekivano povezane i sa vrednostima dijastolnog pritiska i vrednostima saturacije krvi kiseonikom, tako što potrebe za pružanjem mera naprednog održavanja života rastu pri niskim vrednostima saturacije i visokim vrednostima dijastolnog pritiska.

U skladu sa iznetim, udruženost srčane insuficijencije i hronične opstruktivne bolesti pluća javlja se sa visokom učestalošću i nesumnjivo zauzima značajno mesto u svakodnevnoj praksi urgentne medicine, te se potreba za daljim istraživanjima u ovom pravcu nameće kao jedan od savremenih imperativa.

Ključne reči: hronična opstruktivna bolest pluća, srčana insuficijencija, viša životna potpora, Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad.

e-mail: vanjolina@yahoo.com

23.

UČESTALOST SINDROMA KRUPA U SHMP BANJALUKA

Nada Banjac(1), Nikolina Radanović(2)

(1)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI BANJALUKA,(2) DOM ZDRAVLJA BANJALUKA, SLUŽBA PORODIČNE MEDICINE

UVOD: Sindrom krupa je bolest koja obično počinje kao blaga infekcija gornjih disajnih puteva, ali, ponekad, vrlo brzo se razvije u tešku grlobolju s poremećajem gutanja, promuklošću, kašljem(podsjeća na lavež psa), visokom temperaturom, uz opštu slabost, malaksalost, nemir, otežano disanje (inspiratorni stridor i inspiratorna dispneja). Sy krupa se najčešće javlja kod male djece kao težak respiratorni i opšti poremećaj koji je posljedica grča laringealnih glatkih mišića, edema mukozne membrane ili su oba razloga. Izazivači krupa su najčešće virusi (miksovirusi, adenovirusi, virus haemoinflence tipa B) a mogu biti i bakterije, mehanički faktori (strano tijelo, urođene anomalije...) te alergijski uzročnici (angioneurotski edem). Bolest se mora energično liječiti.

CILJ RADA: primarni cilj: ispitati kolika je bila učestalost javljanja pacijenata sa dg.J04 u SHMP i koliko je djece upućeno na bolničko liječenje. Sekundarni cilj: ispitati kakav je bio izbor medikamentozne terapije.

METODE RADA: retrospektivnom statističkom obradom iz protokola dječije ambulante, prikupljeni su podaci o broju pacijenata sa dijagnozom krupa, u periodu od 01.07.2008.god.-31.12.2008.god.

REZULTATI RADA: od ukupno pregledanih 4065 pacijenata, 234 pacijenta su imala dg.krupa (5,7%), 226akutni laryngitis (5,55%) 8 akutni laringotraheitis (0,2%). Dominiraju djeca muškog pola, 147 dječaka(62,82%) a 87 djevojčica (37,18%). Najveći broj djece je inhaliran i to 108 dječaka (73,4%) i 61 djevojčica (19,5%). Parenteralnu terapiju je primilo39 dečaka (26,53%) i 21 djevojčica (24,13%). Na bolničko liječenje su upućena 22 dječaka (14,96%) i 7 djevojčica (8,04%).

ZAKLJUČAK: 1). sindrom krupa uglavnom pogađa djecu od 6 mjeseci do 3 godine li to u 80% slučajeva dječake. Značajnu ulogu ima konstitucionalni faktor djeteta. 2).na prehospitalnom nivou moguće je liječiti nekomplikovana akutna respiratorna oboljenja a teška i ozbiljnija stanja se moraju odmah uputiti na bolničko

liječenje. 3).dijete sa akutnom opstrukcijom gornjih disajnih puteva zahtijeva neodgodivu, životno važnu, stručnu intervenciju. Obzirom da su se djeca javljala u najvećem broju u SHMP a posebno u noćnim satima, proizilazi da timovi u hitnim službama imaju veliki značaj. 4). Pravilno liječenje do potpunog izliječenja je potrebno kako bi se smanjile hronične komplikacije (bronhiektazije). 5). na nivou primarne zdravstvene zaštite potrebno je sprovesti edukaciju i davanje savjeta roditeljima .

Ključne riječi: sindrom krupa, urgentan tretman, edukacija roditelja.

e-mail: nada.banjac@teol.net

24.

UTICAJ BIOMETEOROLOŠKIH FAZA NA VANHOSPITALNI MORTALITET OD KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

Dragan Milojević(1), Vladimir Gajić(1), Bojan Jovanović(1), Aleksandar Rašković(1), Jasminka Smailagić(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC, (2)REPUBLIČKI HIDROMETEOROLOŠKI ZAVOD SRBIJE

UVOD: Smrtnost od bolesti srca je u vrhu svih svetskih , pa i naših statističkih parametara. Zbog toga je potrebno stalno pratiti ovaj fenomen i objasniti ga sa što više aspekata.

CILJ RADA: Analiza učestalosti vanhospitalnog mortaliteta stanovništva od bolesti srca i uticaja biometeoroloških faza na njega.

METODOLOGIJA: Usporedna analiza svakodnevnih biometeoroloških faza za grad Kragujevac odredjenih od strane RHMZ i izdatih potvrda o smrtima nastalim van zdravstvene ustanove u periodu 01.01.-31.12.2007.godine,

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: Istraživanjem je obuhvaćeno 1088 potvrda, što čini 86,01% potvrda izdatih u 2007.godini(1265). Kardiovaskularne bolesti kao osnovni uzrok smrti su nađene kod 631 lica(58% svih preminulih). Utvrđeno je da muškarci čine 43%, a žene 57%. Pri tome je najviše muškaraca(117) i žena(209) preko 80 godina starosti(petina muškaraca i trećina žena). Prema bračnom statusu najviše je oženjenih-150(55%muškaraca) i udovica-241(dve trećine žena). U gradskoj sredini je tri petine svih smrti. Najviše smrti je bilo u februaru i novembru(65,63), a najmanje u junu i julu(37,41). Najviše preminulih je između 10-11 časova(41 ili 63% više od proseka), a najmanje između 01-02(14 ili 45% manje od proseka). Najviše smrtnih slučajeva je bilo u biometeorološkoj fazi 4(195 ili 30,90%) i fazi 9(135 ili 21,39%). Osim ovog osnovnog uzroka smrti svaki sedmi muškarac i peta žena bolovali su od hipertenzije, a svaki jedanaesti muškarac i deveta žena su imali dijabetes.

ZAKLJUČAK: Potrebna je sveobuhvatna analiza uticaja na kardiovaskularnu smrtnost kako bi se moglo uticati na aktuelne negativne trendove. Prvi rezultati ukazuju da biometeorološke faze imaju bitnog uticaja.

Ključne reči: biometeorološke faze,kardiovaskularne bolesti,vanhospitalni mortalitet

kontakt: drgaja@sbb.rs

25.

ZNAČAJ KONTINUIRANOG MONITORINGA KOD PACIJENATA SA AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA

Ana Dimić, Biljana Radisavljević, Snežana Mitrović, Radica Krstić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD. Aritmije i smetnje sprovođenja su česte komplikacije akutnog infarkta miokarda inferiorne lokalizacije. Zato su monitoring i tretman pomenutih jako važni u prvih 48 h od nastanka infarkta miokarda.

CILJ RADA. Prikazom slučaja ukazati na značaj kontinuiranog monitoringa kod pacijenata sa akutnim infarktomiokarda.

MATERIJALI I METODE. Analiziran je lekarski poziv od 23. 08. 2006. godine, istorija bolesti i otpusna lista Instituta za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju reumatičkih i kardiovaskularnih bolesti "Niška banja" matični broj 784006/06.

PRIKAZ SLUČAJA. Prezentovan je pacijent star 56 godina, sa tipičnom kliničkom slikom akutnog infarkta miokarda donjeg zida. Fizikalni nalaz po sistemima uredan. Izmeren je krvni pritisak 115/70 na desnoj i 105/75 mmHg na levoj ruci, srčana frekvenca 65 u minuti i respiratorna 16 u minuti. Elektrokardiogram potvrđuje dijagnozu inferoposteriornog infarkta miokarda, bez infarkta desne komore.

Pacijentu su otvorene dve venske linije, započeta analgezija, zatim dvojna antiagregaciona i oksigenoterapija, uključen Ringerov rastvor. Stanje pacijenta se pogoršava, uz nemerljive vrednosti krvnog pritiska, a srčana frekvenca pada na 30 u minuti. Odlučujemo se da uključimo dopaminsku infuziju i ordiniramo atropin 0,6 mg intravenski. Iza toga na monitoru se registruju multifokalne ventrikularne ekstrasistole, salve, pa ordiniramo dve ampule amiodarona intravenski. Nakon stabilizacije, uz kontinuirani monitoring i oksigenoterapiju, pacijent je transportovan u koronarnu jedinicu.

ZAKLJUČAK. S obzirom na moguće komplikacije kod pacijenata sa akutnim infarktomiokarda nameće se kao imperativ činjenica da je ove pacijente neophodno kontinuirano monitorirati i prehospitalno.

Ključne reči: monitoring, akutni infarkt miokarda, elektrokardiogram.

e-mail: anadimic76@gmail.com

26.

ZNAČAJ TEORIJSKE I PRAKTIČNE EDUKACIJE U PRUŽANJU PRVE POMOĆI

Žaklina Stanković, Dragan Anđelković, Nada Perišić

DOM ZDRAVLJA MEDVEĐA

UVOD: prva pomoć podrazumeva skup mera i aktivnosti kojima se spasava život i sprečava dalje pogoršanje zdravlja povređenih i obolelih lica. Primenjuje se na mestu nastanka povrede ili oboljenja, a koriste se standardna, priručna ili improvizovana sredstva. Prvu pomoć na mestu nastanka ukazuje svako lice koje raspolaže znanjem o ukazivanju prve pomoći. Cilj je da se povređena osoba što pre i u što boljem stanju transportuje do najbliže medicinske ustanove. Blagovremeno pružena prva pomoć na mestu udesa je presudna za preživljavanje povređene osobe, tj. njenog daljeg lečenja i rehabilitacije. Takva pomoć smanjuje smrtnost u udesima za 10-15%.

CILJ RADA: uvid u znanje, kao i obučavanje iz oblasti pružanja prve pomoći kod pripadnika OUP Medveđa.

METOD: sprovedena je teorijska i praktična edukacija pripadnika OUP Medveđa, od decembra 2005. do marta 2006. godine. Radom su obuhvaćeni pripadnici OUP Medveđa, u okviru programa OSCE-a. Polaznici su radila ulazno-izlazni test.

REZULTATI: edukaciju je pohađalo 110 polaznika, podeljenih u 10 grupa. Ulazni test je pozitivno uradilo 25 (27,5%) polaznika. Posle teorijske i praktične edukacije u trajanju od četiri meseca, izlazni test je pozitivno uradilo 103 (93,63%) pripadnika OUP Medveđa.

ZAKLJUČAK: pošto prva pomoć prethodi ukazivanju medicinske pomoći i ukazuje se na mestu nesreće, njeno poznavanje je sastavni deo zdravstvene i opšte kulture svakog čoveka. Iz tih razloga, obukom teorijskih i praktičnih veština iz prve pomoći treba obuhvatiti što veći broj ljudi i sprovoditi kontinuiranu edukaciju.

Ključne reči: kontinuirana edukacija, prva pomoć

e-mail: stankovic.zaklina@gmail.com