



**DEVETI SIMPOZIJUM
URGENTNE MEDICINE SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

Niš,

30. septembar-03. oktobar 2010.

Z B O R N I K S A Ž E T A K A

**ABC – časopis urgentne medicine, 2010. godina
Volumen X, ISBN 978-86-6061-008-1 , suplement I**

Glavni urednik

prim. dr sci. med. Slađana Anđelić

Pomoćnici glavnog urednika

prim. dr Bogdan Nikolić
prim. dr Biljana Tomić

Članovi uređivačkog odbora

prim. dr Milan Božina
prim. dr Milovanka Jančev
prim. dr Đorđe Stevanović
prim. dr Dobrica Janković
dr Kornelija Jakšić-Horvat
dr Zorica Kuburović
dr Tatjana Rajković

dr Jovanka Koprivica
dr Irena Ignjatović
dr Aleksandar Kličković
dr Dušan Gostović
dr Zoran Milanov
dr Zlatko Babić
dr Milan Stojković

Internacionalni Naučni odbor

prof. dr sci. med. Leon Drobnik, Poland
dr sci. med. Jana Šeblova, Czech Republic
prim. mr sci. med. Nada Banjac, BiH

prof. dr sci. med. Štefek Grmec, Slovenija
doc. dr sci. med. Milan Novaković, BiH
ass. dr sci. med. Azra Bureković, BiH

Naučni odbor

Predsednik

prof. dr sci. med. Svetolik Avramov

Članovi

prof. dr sci. med. Branko Đurović
prof. dr sci. med. Dragan Vučović
prof. dr sci. med. Miodrag Veličković
prof. dr sci. med. Jovan Bukelić
prof. dr sci. med. Goran Ilić
prof. dr sci. med. Ana Šijački
prim. dr sci. med. Slađana Anđelić
prim. dr Dobrica Janković
prim. dr Mileta Poskurica
prim. dr Milivoje Panić

prof. dr sci. med. Borislav Lazić
prof. dr sci. med. Miroslava Pjević
prof. dr sci. med. Dušan Jovanović
doc. dr sci. med. Đorđe D. Bajec
prim. dr Aleksandar Ramah
prim. mr sci. med. Slavica Simeunović
prim. mr sci. med. Siniša Saravolac
dr Branislav R. Lazić
dr Dušan Gostović

REČ UREDNIKA

Poštovane kolegice i kolege,

Počeli smo zakletvom: Kunem se Apolonom lekarom... i obećenjem "DAĆU SVE OD SEBE DA POMOGNEM BOLESNIMA I DA NE NAUDIM..."

Danas, nalazimo se na putu ka IX Simpozijumu Urgentne medicine.

Ovo tradicionalno, jednogodišnje dešavanje dočekujemo željni novih znanja i veština iz oblasti Urgentne medicine. Stručni program Simpozijuma omogućiće sublimaciju teorijskog znanja i praktičnih veština. Cilj multidisciplinarnih predavanja utemeljenih na najsavremenijim preporukama je da pomognu lekarima urgentne medicine u odabiru najnaprednije dijagnostičke procedure i metode lečenja za svakog pacijenta ponaosob. U interaktivnim radionicama koje su edukativnog karaktera, sprovedeće se demonstracija i uvežbavanje aktuelnih urgentnih procedura u skladu sa najnovijim otkrićima i inovacijama.

Prikazivanjem vlastitih rezultata i istraživanja, usmenim izlaganjem i poster prezentacijama, dokazaćemo da smo bazična i krucijalna karika u lancu zbrinjavanja unesrećenih i teško obolelih osoba.

Nakon ovog skupa bićete teorijski potkovani i edukovani u primeni savremenih urgentnih procedura u svakodnevnoj lekarskoj praksi.

Godine za nama su pokazale da smo ispunili dato vam obećanje: da učestvujući na našim Kongresima i Simpozijumima možete obići i bolje upoznati celu Srbiju. Kratka retrospektiva: Vranjska Banja, Ivanjica, Kopaonik, Zlatibor, Kragujevac, Tara, Soko Banja, Subotica, Niš...

Imate jedinstvenu priliku da u periodu od 30. septembra do 03. oktobra 2010. god. upoznate sve znamenitosti (Mediana, Tvrđava, Čegar, Ćele Kula, spomenik oslobodiocima Niša..) i čari Niša poznatog još i kao "Kapija" Istoka i Zapada zbog svog geografskog položaja.

Dobro došli u Niš.

Glavni urednik časopisa ABC
prim. dr sci. med. Slađana Anđelić

1.

MOGUĆNOST ZBRINJAVANJA HIPOGLIKEMIJA NA TERENU

Jelena Milanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

Hipoglikemija predstavlja stanje organizma praćeno različitim simptomima, od kojih je najteži gubitak svesti, a koje je povezano sa naglim padom vrednosti šećera u krvi (ispod 3,9 mmol/l). Najčešći uzrok je neadekvatna terapija pacijenata sa DM-om.

Terapija hipoglikemijskog sindroma je uvek simptomatska: primena glukoze oralno ili intravenski.

CILJ RADA je da se utvrdi da li je moguće na terenu adekvatno zbrinuti pacijente sa poremećajem stanja svesti, čiji je uzrok hipoglikemija.

METODOLOGIJA: uvid u terenske izveštaje o obavljenim intervencijama lekara ZHMP Kragujevac od 01.01. do 31.12. 2009. godine i njihova analiza.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: u posmatranom periodu kod 190 pacijenata je postavljena dijagnoza hipoglikemije, što predstavlja manje od 1% ukupnog broja terena (0,75%).

Samo 4 pacijenta su bila mlađa od 20 godina, 47 pacijenta su u grupi radno sposobnog stanovništva (21-60), dok je najveći procenat bio stariji od 60 godina (73,16%). Nešto više od polovine su bile žene: 105 ili 55,3%.

Kod 98 pacijenata je dijagnostikovano poremećaj stanja svesti (63 somnolentno, a 34 ili 17,89% komatoznih).

Vrednost glikemije ispod 1 mmol/l imala su 34 pacijenta (skoro 18%), kod 89 je glikemija bila između 1 i 2 mmol/l, a kod 67 između 2,1-3,9 mmol/l.

Najveći broj pacijenata (122 ili 64,21%) su adekvatno zbrinuti na terenu, primenom glukagona (kod 42 pacijenta) i/ili 10% Glukoze (kod 177 pacijenata).

Od 68 pacijenata koji su transportovani u UC KC Kragujevac, 24 (ili 35% od ukupnog broja transportovanih) su vođeni kao prvi stepen hitnosti, jer i pored adekvatno primenjene terapije nije došlo do poboljšanja vitalnih parametara stanja svesti i povećanja vrednosti glikemije.

ZAKLJUČAK: i pored toga što su pacijenti sa hipoglikemijom, a naročito sa poremećajem stanja svesti često vitalno ugroženi, blagovremenom primenom terapije moguće je zbrinuti ih na terenu.

e-mail: jelenadmilanovic@sbb.rs

2.

NEINVAZIVNA MEHANIČKA VENTILACIJA U AKUTNOM PLUĆNOM EDEMU

Goran Perge

DOM ZDRAVLJA SREMSKA MITROVICA

OPREMA: Portabilni respirator sa mogućnošću neinvazivne ventilacije, usta - nos maska sa zatezačima.

CILJ: Predstavljanje nove metode, unapređenje rada i doktrine u službi hitne medicinske pomoći.

Akutni plućni edem je posledica dve vrste stanja, kardiogenih i nekardiogenih, s tim što se kardiogeni u našoj praksi javlja u više od 90% slučajeva, dok na nekardiogene spada nešto manje od 10%. Što se tiče kardiogene etiologije, za praksu su važna dva entiteta: hipertenzivni i hipotenzivni edem. U oba, gledajući evolutivno, u fazi intersticijalnog edema imamo sliku parcijalne respiratorne insuficijencije sa padom parcijalnog pritiska kiseonika i normalnim ugljen-dioksida u krvi, dok je u trećoj fazi, alveolarnog edema, slika globalne insuficijencije. Pacijente u prvoj fazi nikad ne srećemo. Tako da u drugoj možemo da povećamo vezivanje kiseonika, dok je u trećoj, koja je kod nas mnogo češća, potrebno i poboljšati oslobađanje ugljen-dioksida. To rešavamo na dva načina. Prvi je da se pacijentovoj muskulaturi pomogne i poveća inspiratorni pritisak vazduha u plućima i samim tim poveća i Tidal - volumen. To se rešava na taj način što na aparatu koji je u NIMV modu i ima mogućnost pressure support ventilacije podesi support od 10 do 15 cm vodenog stuba na povoljan trigger. Drugi način je mobilizacija fiziološki neaktivnih alveola i "isušivanje" alveola koje su zahvaćene edemom. To postizemo povećanjem PEEP (positive endexpiratory pressure) - a koji je u ovom slučaju pozitivan i iznosi 5 - 8 cm H₂O stuba. Efekat se sastoji u "razduvavanju" pluća, tj. povećanjem endekspiratornog volumena koji je ovde smanjen, povećavamo kapacitet razmene gasova, a u isto vreme PEEP mehanički ne dozvoljava izlazak tečnosti iz kapilarne mreže pluća i istu vraća nazad u kapilarno korito i time Starlingov zakon okrećeno u svoju korist. Ako je u pitanju hipertenzivni edem imamo mogućnost medikamentozne potpore u vidu davanja vazodilatatora i korekcije krvnog pritiska, dok kod hipotenzivnog može u tom slučaju i da se daje dopaminergička stimulacija.

ZAKLJUČAK: Neinvazivna ventilacija je prva mera u zbrinjavanju pacijenata u akutnom plućnom edemu, u njegovoj trećoj fazi, a takođe i u drugoj, da ne bi evoluirala u treću. Druga linija je medikamentozna terapija vazodilatatorima i morfinom kod hipertenzije i dopaminergici u slučaju hipotenzije. Diuretici dolaze tek kao treća linija i to samo u slučajevima hipotenzivnog edema, dok kod hipertenzivnog, zbog same prirode nastanka poremećaja nemaju svoje mesto.

3.

PROTOKOL ZA SPROVOĐENJE TERAPIJSKE HIPOTERMIJE

Vuk Niković(1), Anton Laggner(2), Danica Križanac(2), Tatjana Rajković(3)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ CRNE GORE – PODGORICA, (2)MEDICAL UNIVERSITY VIENNA, AKH HOSPITAL – UNIVERSITY CLINIC FOR EMERGENCY MEDICINE, (3)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Hipotermija se definiše kada je centralna temperatura manja od 35°C. Kontrolisano snižavanje centralne temperature je terapijska hipotermija. Terapijska hipotermija ima višestruki efekat prvenstveno na moždane strukture – neuroprotektivni efekat koji se ogleda u: redukciji neuralne apoptoze, inhibicija ekscitatornih procesa uzrokovanih ishemijom i reperfuzijom, promena koncentracije unutarćelijskih katjona, supresija inflamatornih citokina, smanjenje produkcije slobodnih radikala, redukcija cerebralnog edema.

CILJ: Prikaz primene protokola terapijske hipotermije u praksi nakon kardiopulmonalne reanimacije.

IZVOR PODATAKA: Guideline for resuscitative hypothermia 2008, Department Emergency medicine Medical University of Vienna - Prof. dr Michael Holyer; EMS/ Trauma Research Grant Final Report: Effect of Prehospital Therapeutic Hypothermia on Neurologic Outcome following Sudden Cardiac Arrest – Michael R. Sayre, MD Associate Professor Department of Emergency Medicine The Ohio State University Medical Center; Maximizing Patient Survival Post Cardiac Arrest – AHA issued new guidelines in December 2005; Therapeutic Hypothermia Protocol – Maine Medical Center – HCASC Group; Mild Therapeutic Hypothermia to Improve the Neurologic Outcome After Cardiac Arrest. NEJM 346(8); 549-556. February 21, 2002; The University of Chihago Medical Center – Physic order form-Documentation for to cape files Therapeutic hypothermia after cardiac arrest; Holyer M, Mullner M, Sterz F et al. Efficacy and safety of endovascular cooling after cardiac arrest: short study and Bayesian approach Stroke; A journal of cerebral circulation .Jul 2006;37(7):1792-1797; Krieger DW. Steeplechase in emergency medical care: Cooling for cardiac arrest. Stroke; a journal of cerebral circulation .Jul 2006;37(7)1638-1639;

IZBOR PODATAKA: Prikaz vodiča terapijske hipotermije : Guideline for resuscitative hypothermia 2008 , Department Emergency Medicine , Medical University of Vienna. AKH General Hospital.

SINTEZA PREGLEDA: Hipokrat je preporučivao hlađenje u zaustavljanju krvarenja, Fej je koristio hlađenje ekstremiteta kod pacijenata sa tumorom tokom tridesetih godina prošlog veka. Dr Peter Safar je dao značajan doprinos upotrebi hipotermije u reanimaciji. Kardiopulmonalan reanimacija se do tad definisala kao ABC , dr Safar dodaje D za lekove, defibrilacija, E za EKG, F za volumen, G za tretman uzroka aresta, i H za hipotermiju. Dokazano je da mala razlika u temperaturi mozga pre aresta ima značajan efekat na neurološki ishod. Danas je terapijaska hipotermija prihvaćena kao standardna procedura u hospitalnim pa čak svoju primenu sve više ima i u prehospitalnim uslovima. Veliki broj eksperimentalnih istraživanja je pokazao pozitivan efekat terapijske hipotermije: HACA Study Group 2002. Na bazi objavljenih dokaza, preporučuje se da odrasli pacijenti sa spontanom cirkulacijom bez svesti posle vanhospitalnog kardialnog aresta treba da budu ohlađeni na na 32-34°C, što se održava tokom 12-24 h kada je inicijalni ritam bila VF ili bezpulsna VT.

ZAKLJUČAK:Kontrolisan terapijska hipotermija je sigurna i efikasna terapijska procedura koja prevenira globalnu moždanu ishemiju čime poboljšava neurološki oporavak i ishod komatoznih pacijenata posle reanimacije kod vanhospitalnog kardialnog aresta.

e-mail: vuknikovic@yahoo.com

4.

REPOZICIJA PREDNJEG IŠČAŠENJA RAMENA-TEHNIKA PO SIR ASTLEY COOPER-U

Dejan Ristić, Nebojša Jovanović, Voja Čvetković, Branislav Vračević

KBC ZEMUN, TRAUMATOLOŠKA SLUŽBA

UVOD-Astley Cooper je 1825. godine opisao tehniku repozicije prednjeg iščašenja ramena abdukcijom i elevacijom ruke. CILJ autora je da pokažu svoje rezultate pri reponiranju iščašenja ramena ovom jednostavnom i sigurnom tehnikom.

METOD RADA-U hitnoj službi KBC Zemun od 2003 do 2007, ovom tehnikom je reponirano 32 iščašenja ramena, kod bolesnika oba pola, sa i bez preloma velikog tuberkuluma humerusa. Bolesnici su ocenjivali bol pomoću skale od 1 do 4, gde je 1-podnošljiv bol, 2- bol srednjeg intenziteta, 3-jači bol, 4-nepodnošljiv bol.

REZULTATI- Ovim načinom repozicije prednjeg iščašenja ramena (bez i sa prelomom velikog tuberkuluma humerusa) reponirano je 32 iščašenja (29 bolesnika). Od toga 19 muškaraca i 10 žena, prosečna starost bolesnika bila je 24.9 godina (od 16 do 78 godina). Prosečno vreme od povređivanja do repozicije bilo je 3.93 sata (od 1 do 72 sata). Najveći broj bolesnika-njih 20 (68.96%) je ocenilo bol pri repoziciji sa 1, 6 sa 2, 1 sa 3, 2 sa

4. Kod bolesnika koji su ocenili bol kao jak bol (3) ordinirali smo analgetike, dok smo 26 repozicija (89,65%) uradili bez anestezije

ZAKLJUČAK-Osnovna prednost ove tehnike je što je ona fiziološka, jednostavna, ne zahteva korišćenje jake sile, a nisu zabeležene neuro-koštane komplikacije.

Ključne reči: prednje iščašenje ramena, repozicija prednjom elevacijom ruke.

e-mail: dekiris@hotmail.com

5.

ZNAČAJ KONTINUIRANOG MONITORINGA TOKOM TRANSPORTA BOLESNIKA SA TEŠKOM KRANIOCEREBRALNOM POVREDOM

Slobodan Ivanović, Dragan Đorđević, Dragana Vujadinović, Anđelka Ivanović, Rade Popović, Zineta Ilinčić
KLINIKA "ANLAVE" BEOGRAD

CILJ RADA: Kraniocerebralne povrede su važan uzrok mortaliteta i morbiditeta u okviru traumatizma, a glava predstavlja najčešće 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 relaksanasa. 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, 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 bolničkih ustanova. Transport je vršen kopnenim (sanitetski automobil) ili vazдушnim putem (helikopter, avion). Kod svih bolesnika su kontinuirano praćeni i zapisivani vitalni parametri uz primenu savremenog monitoringa (EKG, krvni pritisak, pulsna oksimetrija). 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 mera monitoringa.

e-mail: profrade@gmail.com

6.

ZNAČAJ PREHOSPITALNOG FOKUSIRANOG ABDOMINALNOG SONOGRAFSKOG PREGLEDA TRAUMATIZOVANIH OSOBA

Branislav R. Lazić, Ana Šijački, Slađana Anđelić, Snežana Petrović, Snežana Bogunović, Melita Kosjerina
GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

UVOD: Tupa trauma abdomena se sreće u prehospitalnoj praksi kao posledica saobraćajnih udesa, povreda na poslu i fizičkog nasilja. Prehospitalni fokusirani abdominalni sonografski pregled (p-FAST) predstavlja metodu izbora u evaluaciji navedenog stanja zbog dokazane visoke senzitivnosti u otkrivanju intraabdominalnog krvarenja i praćenju posttraumatskih promena.

CILJ RADA je da prikaže značaj prehospitalnog FAST pregleda kod tupih trauma abdomena.

METOD RADA: U radu je korišćena savremena svetska literatura vezana za temu.

REZULTATI RADA: Nakon uvođenja u kliničku praksu, p-FAST, postaje zlatni standard ranih skrining metoda pri pregledu traumatizovanih osoba sa tupom traumom abdomena. Zbog svog značaja u ranoj identifikaciji pacijenata kojima je neophodna hitna laparoskopija, p-FAST postaje deo ATLS algoritma. P-FAST otkriva tip i vrstu lezije, vrši evaluaciju homogenosti parenhimnih organa i detektuje visokom senzitivnošću akumuliranu intraperitonealnu tečnost (krv) u delu abdomena koji je pretrpeo tupu trauma. Ova ultrazvučna evaluacija je fokusirana na: 1. desni gornji kvadrant – hepatorenalni prostor -Morison, 2. levi gornji kvadrant – perispleničnu i parakoličnu regiju, 3. levu i desnu parakoličnu regiju i retroperitoneum, 4. malu karlicu– Douglasov i vezikorektalni prostor, 5. epigastričnu i periumbilikalnu regiju, 6. interkostalne i subdijaframalne regije, i 7.

delove grudnog koša. Cilj ovako detaljnog pregleda je da se utvrdi postojanje intraperitonealnog krvarenja, perikardne tamponade ili pneumo/hematotoraksa. Osim otkrivanja tečnosti u predilekcionim prostorima abdomena, posttraumatska p-FAST preporučuje standarde i za otkrivanje lezije parenhimskih organa koje ponekada ne moraju biti praćene intraperitonealnim krvarenjem. Praćenjem kontinuiteta organa zaključuje se o eventualnoj laceraciji, a prema dubini rasepa o rupturi ili potpunoj fragmentaciji organa. Mogu se evidentirati i lokalne posttraumatske promene u formi postkontuzionog edema, lokalnog hematoma ili potpune destrukcije organa.

ZAKLJUČAK: Senzitivnost p-FAST u detekciji posttraumatskih promena nakon tupe trauma abdomena povećava njen značaj na prehospitalnom nivou u cilju praćenja pacijentovog stanja do "vrata" bolnice.

e-mail: drlazic@beograd94.rs

7.

ZBRINJAVANJE TAHIARITMIJA ŠIROKIH KOMPLEKSA SINHRONOM KARDIOVERZIJOM U VANBOLNIČNIM USLOVIMA

Saša Milić, Tanja Lazarević Vasa Petrović, Branko Miličević, Jelena Simić-Belić

DOM ZDRAVLJA INĐIJA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ: Cilj rada je prikazivanje vlastitih iskustava u zbrinjavanju tahiaritmija širokih kompleksa (TŠK) sa simptomatologijom nedovoljne perfuzije, sinhronom kardioverzijom u vanbolničkim uslovima.

MATERIJAL I METODE: Rad prikazuje zbrinjavanje i praćenje 6 bolesnika kojima je urađena elektrokonverzija tahiaritmija širokog kompleksa sinhronom kardioverzijom u terenskim uslovima Indijske urgentne službe u toku 2007 i 2008 godine. Praćeni su klinička simptomatologija, EKG, terapijska procedura i bolnički ishod. Identifikovanje i terapija TŠK izvedeni su prema vodiču "American Heart Association" za periarealne disritmije 2005. Po identifikovanju ritma, procene hemodinamske stabilnosti, primeni opštih mera ABCD zbrinjavanja i antiaritmika (kad je bila moguća) započela se priprema za elektrokardioverziju: sedacija kod svesnih pacijenta Midazolamom (0,03-0,1 mg/kg/TM i.v.), analgezija po potrebi Fentanyl-om(50-100 µg/kg/TM i.v.) ili Morphinom(1-4 mg) i kiseonik 4-6 l/min. Elektrokonverzija se izvodila preko defibrilatora ZOLL E klase sa bifaznom strujom 100-120 J sinhronizovanom sa R talasima. Posle sinhrono elektrokardioverzije održavan je disajni put a u toku transporta bolesnik je monitorisan, data je suportativna terapija i terapija osnovnog stanja.

REZULTATI: Od zbrinutih 6 bolesnika kojima je urađena sinhrona kardioverzija dve tahiaritmije su bile supraventrikularne etiologije (SVT sa aberantnim sprovođenjem) a četiri ventrikularne etiologije(monomorfne VT: kasna postinfarktna, dve nekoliko meseci posle infarkta i kardiomiopatska). Kod 4 bolesnika dominantan znak hemodinamske nestabilnosti bile su hipotenzija, palpitacije(4), poremećaj svesti(2), dispnoa(2), sinkopa(1) bol u grudima(1) i kardiogeni edem(1) a bolesnici sa VT imali su izraženiju simptomatologiju. Primenom sinhrono kardioverzije kod svih bolesnika postignuta je konverzija ritma i hemodinamska stabilizacija pacijenta. Tridesetodnevnom praćenjem svi bolesnici su otpušteni iz bolnice i preživeli su. Kod jednog bolesnika konverzija je postignuta iz drugog puta.

ZAKLJUČAK: Izvođenje sinhrono kardioverzije kod bolesnika sa znakovima smanjene perfuzije kod TŠK efikasno je i bezbedno u vanbolničkim uslovima i treba je izvoditi bez odlaganja sa odgovarajuće edukovanim i utreniranim osobljem.

Ključne reči: Tahiaritmije širokih kompleksa, sinhrona kardioverzija, ventrikularna tahikardija, preekscitacione tahiaritmije, supraventrikularne tahiaritmije sa aberantnim sprovođenjem

e-mail- milisasa78@gmail.com

8.

AKCIDENTALNA HIPOTERMIJA -PRIKAZ SLUČAJA

Tanja Radovanović, Mirko Vidović,

DOM ZDRAVLJA TEMERIN, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Hipotermijom naziva se smanjenje telesne temperature ispod 35°C. Uzrokovano je dugim izlaganjem niskim temperaturama okoline, pri čemu je gubitak telesne temperature veći od njene proizvodnje u telu. Češće se događa kod starijih osoba koji imaju prateće bolesti (hipotireoza, pituitarna i adrenalna insuficijencija, hipoglikemija, CVI, IM, uremija, Parkinsonova bolest) a pri čemu je sam proces termoregulacije poremećen (aterosklerotični krvni sudovi, nepokretnost, smanjenje mase .mišićnog i masnog tkiva). Češće se događa kod siromašnih, beskućnika, alkoholičara i osoba koje koriste lekove poput barbiturata ,benzodiazepina i tricikličnih antidepresiva. Razlikujemo blagu (36-34°C), umjerenu (34-30 °C) i tešku (ispod 30°C) hipotermiju. Tokom hipotermije dešava se veliki broj patofizioloških promena na KVS, respiratornom sistemu, gastrointestinalnom sistemu, neuromuskularnom sistemu, metabolički i elektrolitski disbalans.

CILJ RADA: Prikaz zbrinjavanja dva slučaja teške akcidentalne hipotermije u SHMP DZ Temerin.

METOD RADA: Retrospektivna analiza dva slučaja akcidentalne hipotermije koja su se desila u decembru 2009 god. i februaru 2010 god.

PRIKAZ SLUČAJA: Oba pacijenta nađena su u hladnim prostirijama u kojima su boravili više od 48 h. Kod oba pacijenta postojao je komorbiditet: moždana apopleksija, hipoglikemija, alkoholizam, što je znatno uticalo na nastanak hipotermije. U objektivnom nalazu kod oba pacijenta nađene su karakteristične EKG promene (Osbornov J talas, fibrilacija atrija, produžen QT interval, bradikardija), hipotenzija, neurološki deficit, nizak GKS (ispod 8), bradipnea, oligurija. Sprovedeni su sledeći terapijski postupci na terenu: održavanje disajnog puta, kiseonik, intravenska linija, nadoknada volumena, utopljavanje (Hiblerov toplotni omotač, topli infuzioni rastvori), korekcija hipoglikemije, monitoring.

ZAKLJUČAK: Razmišljati o hipotemiji, uzimajući u obzir okolnosti pod kojima je nastala, starost pacijenta i komorbiditet. Hipotermiju treba na vrijeme uočiti i preduzeti postupke kako se stanje ne bi još više pogoršalo. Na žalost, prve znakove hipotermije nije lako uočiti i često se mogu prevideti.

e-mail: tanjaradovanovic@dztemerin.rs

9.

SAVREMENI PRISTUP ZBRINJAVANJA POVREĐENIH U SAOBRAĆAJNOJ NESREĆI – PRIKAZ SLUČAJA

Milena Tasić, Mirjana Milićević

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

CILJ: Prikaz zbrinjavanja dvojice povredjenih bez svesti do dolaska druge ekipe Gradskog zavoda za hitnu medicinsku pomoć Beograd.

MATERIJAL I METODE: U radu je korišćen video materijal VISION TEAM-a koji je sniman za potrebe dokumentarne serije HITNA POMOĆ, i analiza lekarskih izveštaja ekipa koje su učestvovala u zbrinjavanju povredjenih. Primenjene su metode i sredstva zbrinjavanja pacijenata sa sumnjom na politraumu po savremenim protokolima.

PRIKAZ SLUČAJA: U 01.11h dobijamo poziv da se desila saobraćajna nesreća. Na mesto nesreće stižemo u 01.17h gde zatičemo dvojicu unesrećenih u automobilu. Prilazimo im frontalno i vidimo da su i vozač i suvozač bez svesti. Vozačevo telo je u krilu suvozača a suvozač na svom sedištu. Obaveštavamo dispečera da pošalje još jednu ekipu i vatrogasce. Ulazimo na zadnje sedišta, registrujemo postojanje disanja i pulsa, postavljamo suvozaču Šancovu kragnu i uključujemo kiseonik. Zatim prilazimo vozaču, registrujemo disanje i puls i stavljamo Šancovu kragnu. Odblokirali smo prednja vrata, postavili i učvrstili KED suvozaču. Vozača stavljamo na spinalnu dasku i izvlačimo, telo fiksiramo spider kaišem a glavu head-blokom. U 01.30h stiže druga ekipa, izvlači imobilisanog suvozača i dalje ga zbrinjava. Vozača prebacujemo u sanitet i krećemo prema bolnici, plasiramo braunilu, uključujemo Ringerov rastvor, kiseonik 10 l/minuti i EKG monitoring koji registruje sinusni ritam. TA: 80/60, puls: 100/minuti. Disanje- oslabljeno vezikularno, respiracije: 9-10/minuti. Saturacija O₂: 96% . GCS - 03, RTS-05. Uočavamo mnogobrojne lacerokontuzne rane i posekotine u predelu glave, i fleksiju domalog prsta leve šake sa otokom metakarpofalangealnog zgloba. Predat u bolnicu u 01.40h.

REZULTATI: Zahvaljujući redovnim treninzima ekipa GZZHMP koje su učestvovala u snimanju navedene dokumentarne serije i primeni savremenih protokola o zbrinjavanju politraumatizovanih, imobilizacija i evakuacija pacijenata je izvedena za 15 minuta, a transport uz praćenje vitalnih parametara i otpočinjanje terapije za 10 minuta.

ZAKLJUČAK: Urgentne procedure imaju smisla ako se sprovedu na vreme, brzo i efikasno. Zato je potrebno stalno osavremenjavanje automobila, opreme i terapije, ali i stalna edukacija osoblja i uvežbavanje timskog rada u ekipama.

e-mail: drmilenatasic@gmail.com

10.

URGENTNE PROCEDURE KOD AKUTNO OTROVANIH PACIJENATA

Irena Ignjatović

OPŠTA BOLNICA LESKOVAC SLUŽBA URGENTNE MEDICINE

UVOD: Akutna trovanja su urgentno stanje pa se odmah, pri prvom pregledu, na licu mesta ili u ambulanti na prijemu, preduzimaju mere urgentnog lečenja. Sprečavanje dalje apsorpcije leka iz gastrointestinalnog trakta izazivanjem povraćanja ili ispiranjem želuca uz aktivni ugalj i laksative je značajna terapijska procedura. Indikacija za lavazu želuca je kada se na osnovu vremena proteklog od ingestije i količine supstancije može

pretpostaviti da se značajan deo ingestirane supstance još uvek nalazi u želucu; i kada nema adekvatnih anamnestičkih podataka, a radi o vrlo toksičnoj supstanci. Stavovi o vremenu proteklom od ingestije nakon koga lavaža želuca nije efikasna nisu jedinstveni. Evropska asocijacija centara za kontrolu trovanja predožila je Position Statemen preporuke za gastričnu lavažu i primenu aktivnog uglja u akutnim trovanjima lekovima. Po preporuci, lavaža želuca i aktivni ugalj se primenjuju u roku od sat vremena od ingestije potencijalne smrtno doze lekova, dok u drugim slučajevima nema opravdanja za njihovu primenu. U teškim trovanjima, obezbeđenje prolaznosti disajnih puteva i adekvatne ventilacije najvažnija je mera, uključujući dodatnu oksigenoterapiju pri najmanjoj sumnji na hipoksiju, endotrahealnu intubaciju i asistiranu ili kontrolisanu mehaničku ventilaciju.

CILJ RADA: Cilj rada je analiza primene urgentnih procedura, učestalosti i etiologije akutnih trovanja u SUM Opšte bolnice u Leskovcu. Namera autora je da pokaže značaj i ulogu lekara specijaliste urgentne medicine u prihvatanju i urgentnom hospitalnom zbrinjavanju akutno otrovanih pacijenata.

METODA RADA: Istraživanje je izvršeno po tipu osmogodišnje retrospektivne, opservacione studije analiziranjem podataka iz protokola Prijemno-trijažne ambulante SUM gde se vrši prijem i urgentno zbrinjavanje po protokolu za akutno otrovane pacijente i stacionarnog dela službe, toksikološke jedinice, u periodu od 01.01.2002. do 31.12.2009. godine. Za ovaj rad korišćen je metod kvantitativne analize ukupnog broja otrovanih pacijenata i broja pregledanih pacijenata u SUM sa grafičkim, procentulnim i tabelarnim prikazom.

REZULTATI RADA: U periodu od početka 2002. godine do kraja 2009. godine u Službi urgentne medicine Opšte bolnice Leskovac pregledano je 256 860 pacijenta, od tog broja 2728 (1,06%) je akutno otrovanih. Najveći broj trovanja su trovanja lekovima 34,82%, alkoholom 27,96%, opijatima 10,52%, lekovima i alkoholom 8,28%, pesticidima 7,55%, kiselinama 4,47%, gljivama 1,64%, gasovima 2,60% i ostalim hem. materijama 2,23%.

U našoj studiji najčešće primenjivan terapijski postupak bila je lavaža želuca izazivanjem povraćanja ili putem nazogastrične sonde. Učinjena je u 82,40% bolesnika. Izazivanje povraćanja je primenjivano u bolesnika koji su bili svesni i dobrog opšteg stanja. U bolesnika sa težim poremećajem svesti, učinjena je lavaža želuca pomoću nazogastrične sonde, uz prethodnu zaštitu disajnih puteva. Aktivni ugalj smo davali u jednokratnoj dozi od 50 mg svim pacijentima. posle lavaže želuca peroralno ili putem nazogastrične sonde. U cilju ubrzavanja eliminacije leka primenjivana je forsirana diureza.

Antidotska terapija primenjivana je kod akutno otrovanih pacijenata po indikaciji na prijemu i u stacionarnom delu u toku opservacije stanja i detoksikacije uz kontinuirani monitoring vitalnih parametara.

Za korekciju hipotenzije dovoljna je bila i.v. primena tečnosti i elektrolita, a kod bolesnika sa izrazitom hipotenzijom najčešće zbog trovanja lekovima, primenjen je dopamin. U našoj grupi bolesnika, samo u 1,86% slučajaja bila je potrebna primena Dopamina, dok su u preostalih bolesnika zadovoljavajući efekti postignuti nadoknadom tečnosti i elektrolita uz korekciju postojeće hipoksije. Kod većine bolesnika primenjivan je i rastvor 7,4% KCl u cilju nadoknade kalijuma, dodavanjem 10-20 mEq u svaki dati litar infuzione tečnosti.

Poremećaj disanja po tipu apnee zabeležen je kod 3,59% bolesnika akutno otrovanih opijatima, pesticidima i lekovima. Kod njih je odmah nakon primenjene kardiopulmonalne reanimacije, sprovedena kontrolisana mehanička ventilacija IPPV modaliteta zbog respiratorne insuficijencije. Infektivne komplikacije tretirane su primenom odgovarajućih antibiotika kod pacijenata koji su više dana lečeni u SUM

ZAKLJUČAK: Akutna trovanja lekovima su na prvom mestu po učestalosti u SUM. Analiza rezultata rada pokazuje da je većina akutno otrovanih pacijenata 69,86% posle preduzetih mera lečenja i u stanju stabilnih vitalnih parametara, otpuštena iz SUM. Opšta bolnica Leskovac ima mogućnosti monitoringa i urgentno medicinskog lečenja akutno otrovanih pacijenata do stabilizacije osnovnih životnih funkcija. Urgentno medicinsko lečenje akutno otrovanih pacijenata sa područja Jablaničkog okruga započinje sa pregledom lekara ekipe SHMP domova zdravlja, koji pacijenta pregledavaju na mestu događaja, ili lekara u ambulanti gde se pacijent javio na pregled, nastavlja se u toku transporta do stacionarnog dela Opšte bolnice u Leskovcu, gde se nastavlja lečenje i dijagnostikovanje akutno otrovanog pacijenta. Prijem akutno otrovanih pacijenata obavlja se u SUM u okviru koje je formirana toksikološka ambulanta i stacionar za urgentno medicinsko lečenje akutnih trovanja. U lečenju ovih pacijenata primenjuje se Protokol urgentno medicinskog zbrinjavanja akutno otrovanih pacijenata. Za lečenje aktinih trovanja značajna je edukacija i saradnja lekara SUM sa dežurnim toksikologom Centra za kontrolu trovanja VMA u Beogradu.

e-mail ignjatle@yahoo.com

11.

AKUTNA DISEKCIJA AORTE – NEOPRAVDANO VISOKA SMRTNOST

Milan R. Radovanović(1), Tomislav S. Nikolić(1), Milan R. Labudović(1), Mirjana S. Radovanović(2)

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

UVOD: Akutna disekcija aorte se najčešće manifestuje fudroajantnom kliničkom slikom i često završava smrtnim ishodom i pored preuzimanja adekvatnih mera lečenja. Pravovremeno sprovođenje kardiohirurškog lečenja može smanjiti rani mortalitet.

CILJ RADA bio je da analizira lečenje bolesnika sa akutnom disekcijom aorte u Centru za urgentnu medicinu KC "Kragujevac" u jednogodišnjem periodu .

REZULTATI: U definisanom vremenskom periodu lečeno je 15 bolesnika sa akutnom disekcijom aorte (9 žena prosečne starosti 61.88 ± 14.83 godina i 6 muškaraca prosečne starosti 64.83 ± 10.02 godina). Dominantni simptomi kod većine bolesnika bili su bolovi u grudima i trbuhu, ali su kod tri bolesnika dominirali simptomi od strane centralnog nervnog sistema (glavobolja, smetnje govora, hemipareza, gubitak svesti...). Radna dijagnoza aortne disekcije postavljena je nakon fizikalnog pregleda kod četiri bolesnika (tri su već imali dijagnostikovanu aneurizmu aorte), a nakon ultrazvučnog pregleda kod osam bolesnika. Definitivna dijagnoza disekcije aorte kod svih bolesnika postavljena je korišćenjem metoda kompjuterizovane tomografije. Od arterijske hipertenzije je predhodno lečeno 8 bolesnika (53 %) sa aortnom disekcijom. Troje bolesnika je predhodno imalo dijagnostikovanu aneurizmu aorte (jedna bolesnica u životnoj dobi od 37 godina je imala potvrđen Marfanov sindrom). Kod 11 bolesnika dijagnostikovano je tip A disekcije, a kod 4 bolesnika tip B disekcije po Stanfordu. Samo jedan bolesnik je operisan, kod četiri bolesnika je stanje stabilizovano medikamentoznim lečenjem, a smrtni ishod je registrovan kod 9 bolesnika (sedam u Centru za urgentnu medicinu - 42.8 % unutar prvih šest sati hospitalizacije; dva bolesnika u drugim klinikama KC "Kragujevac"). Kod tri bolesnika je potvrđena ruptura aorte. Tamponada perikarda je dijagnostikovana kod tri bolesnika, akutni infarkt miokarda kod dva bolesnika, moždani udar kod dva bolesnika.

ZAKLJUČAK: Preduzimanje preventivnih mera u cilju eliminisanja faktora rizika i sprovođenje dijagnostičkih procedura kod pacijenata sa rizikom za razvoj aortne disekcije značajno je za smanjenje incidence ovog oboljenja; dok je mortalitet bolesnika sa aortnom disekcijom u direktnoj zavisnosti od pravovremenog sprovođenja hirurškog lečenja.

Ključne reči: disekcija aorte, bol u grudima, kompjuterizovana tomografija

e-mail: matejamm.radovanovic@gmail.com

12.

AKUTNI ISHEMIJSKI MOŽDANI UDAR - PRIKAZ SLUČAJA

Goran Nikolić

DOM ZDRAVLJA BARAJEVO

UVOD: Moždani udar je stanje akutnog poremećaja moždane cirkulacije sa prolaznom ili trajnom moždanom disfunkcijom. Oko 75-80% AMU čini akutni ishemijski moždani udar (AIMU) ,kao posledica okluzije krvnog suda trombom ili embolusom, koga karakteriše nagli početak i brzi razvoj fokalnih neuroloških simptoma.

PRIKAZ BOLESNIKA: Sin primećuje da njegov 44-godišnji otac iznenada pada i ne može da govori. Odmah poziva hitnu pomoć (poziv primljen u 18:15h), ekipa u 18:20 stiže na mesto poziva. Bolesnik je svestan, afazičan, sa desnostranom hemiplegijom. Nalaz na srcu i plućima uredan, TA=150/100 mmHg, f= 72/min. Plasirana je braunila, uključen 0,9% rastvor NaCl. Dato 10 mg Enalaprilu per os. Usled nemogućnosti da se uradi glukohemotest, kroz sistem je dato 20ml 50% glukoze, bez poboljšanja neurološkog nalaza. Heteroanamneza - do sada zdrav, bez ikakve terapije, bez skorašnjih povrede i operacija. Uključen kiseonik sa protokom 5 l/min. U 18:30 h započinje transport. Bolesnik predat dežurnom neurologu Urgentnog centra KCS u 19:05h , tačno 55 minuta od pojave prvih simptoma AIMU("zlatni sat"). Naknadna informacija - bolesniku je posle neurološkog pregleda (NIHSS 16) i neophodne dijagnostike u 20:43 uključena trombolitička terapija. Postignuta je redukcija neurološkog deficita (na otpustu NIHSS 3).

DISKUSIJA: Porodica je odmah pozvala hitnu pomoć a sam bolesnik je bio kandidat za trombolitičku terapiju. Brz dolazak ekipe hitne pomoći (uz primenu opštih prehospitalnih mera) i brz transport do jedinice za moždani udar stvorili su preduslove za uspešnu trombolizu. Rad analizira primenjene postupke i njihovu vremensku dinamiku(od pojave prvih simptoma do završetka trombolize) u odnosu na preporuke iz vodiča za AIMU.

ZAKLJUČAK: AIMU je urgentno stanje jer primena trombolitičke terapije u prva tri časa bolesti (tzv. "terapijski prozor"), doprinosi povoljnijem ishodu bolesti usled sprečavanja prelaska reverzibilnog oštećenja neurona

(penumbre) u ireverzibilno oštećenje. Uspešno zbrinjavanje AIMU zahteva dobru saradnju bolesnika i njegove okoline, službe hitne pomoći i jedinice za moždani udar.

Ključne reči: AIMU, NIHSS, trombolitička terapija

e- mail: gnikolic@drenik.net

13.

ALTERNATIVNA METODA OROTRAHEALNE INTUBACIJE "FACE-TO FACE" – KOD TEŠKO TRAUMATIZOVANIH OSOBA

Slađana Anđelić, Branislav R. Lazić, Snežana Petrović, Melita Kosjerina

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

UVOD: U radu hitne medicinske pomoći (HMP), česte su situacije u kojima nije moguće pozicionirati glavu teško traumatizovanog pacijenta u adekvatnom položaju neophodnom za izvođenje endotrahealne intubacije u toku KPR. Prehospital trauma life support predlaže u takvim situacija "face to face" metodu intubacije.

CILJ RADA: Cilj rada je prikaz izvođenja ove jednostavne i lako primenjive alternativne tehnike zbrinjavanja disajnog puta, u KPR teško traumatizovanih osoba na prehospitalnom nivou.

METOD RADA: U metodologiji rada korišćena je nama dostupna savremena svetska literatura sa medlajna.

REZULTATI: Bazični koncept ove metode zahteva dobru preoksigenaciju, neprekidnu manuelnu stabilizaciju glave i vrata tokom izvođenja intubacije i trajanje prekida u ventilaciji pacijenta od najduže 20-30 sec. Za izvođenje ove metode intubacije potrebna su najmanje dva člana ekipe HMP pri čemu medicinski tehničar vrši manuelnu stabilizaciju glave i vrata u neutralnom položaju a lekar se postavlja čeonu, tj. položajem lice-u-lice u odnosu na pacijenta. Za razliku od standardne laringoskopije, lekar dršku laringoskopa hvata desnom rukom tako da je vrh špatule u položaju nadole (suprotno standardnoj tehnici intubacije). Nakon otvaranja usne šupljine, vrh zakrivljene špatule laringoskopa plasira se uz levi ugao usta. Špatula ulazi u usnu šupljinu levom stranom, pomerajući jezik udesno dok lekar povlači laringoskop naviše i ka sebi do vizualizacije epiglotisa. Nakon toga, lekar levom rukom uvodi endotrahealni tubus između pacijentovih glasniha žica do željene dubine.

ZAKLJUČAK: Primena "face-to-face" metode intubacije je idealan način obezbeđivanja i održavanja disajnog puta u kardio-pulmonalno-cerebralnoj reanimaciji (KPCR) traumatizovanih pacijenata i često od presudnog značaja za njihovo preživljavanje. Međutim, rezervisana je samo za profesionalce koji su dobro verzirani za izvođenje ove tehnike.

Ključne reči: orotrahealna intubacija, traumatizovani pacijenti, face-to-face metoda

e-mail: novizivot@ptt.rs

14.

ANAFILAKTIČKE REAKCIJE U RADU LEKARA HITNE POMOĆI

Vladimir Gajić, Suzana Račić, Dragan Milutinović, Vladanka Rakonjac, Dragan Milojević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: Tretiranje anafilaktičkih reakcija je svakodnevni deo rada ekipa i one predstavljaju terene prvog stepena hitnosti. Za vitalno zbrinjavanje pacijenata sa alergijskim reakcijama, kao urgentnih stanja, ekipe hitne pomoći treba da koriste sve urgentne procedure dostupne na terenu.

CILJ RADA: Utvrđivanje incidence i prevalence anafilaktičkih reakcija u radu ekipa hitne pomoći na području Kragujevca i pratećih terapijskih procedura.

METODOLOGIJA: analiza anafilaktičkih reakcija konstatovanih uvidom u terenske protokole ekipa hitne pomoći Kragujevac u jednogodišnjem periodu od 01.01.2009- 31.12.2009. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: Istraživanjem nalazimo 192 anafilaktičke reakcije, što čini 0,75% od ukupnog broja terena. Muškarci čine 45,31%, a žene 54,69%(145), pri čemu je najviše muškaraca(24,14%) starosti 61-70 godina i žena(24,76%) preko 70 godina starosti. Četiri petine pacijenata je iz urbanog, a ostali iz ruralnog područja. Najviše terena je bilo u oktobru(26), što je 50% više od proseka, a najmanje u februaru i maju(po 8) što je 50% manje od proseka. Najzastupljeniji interval je 16-18 časova kada je zabeleženo 26 terena, što je 50% više od proseka, dok je najmanje bilo između 4-6 (7), što je 50% manje od proseka. Polovina pacijenata (47,91%) je imalo alergiju nepoznatog uzroka, trećina na lekove, a šestina na ujede insekata. Zabeleženo je 14 anafilaktičkih šokova, pretežno na lekove. Kao terapiju četiri petine pacijenata je primilo ampulu antihistaminika i četiri petine ampulu kortikosteroida, šestina intravenski rastvor kristaloida, a 27 pacijenata kiseonik. Bez terapije je bilo 11 pacijenata(5,73%). Dve petine pacijenata(37,50%) je transportovano u urgentni centar na dalji tretman.

ZAKLJUČAK: Učestalost i težina stanja zatečenih pacijenata sa anafilaktičkom reakcijom nalažu timski rad, obučenosť i opremljenost ekipa. Uvođenje terapijskih protokola i urgentnih procedura bi znatno olakšalo rutinski rad terenskih ekipa.

Ključne reči: anafilaktičke reakcije, lekari hitne pomoći, urgentne procedure

e-mail: drgaja@sbb.rs

15.

DISEKCIJA AORTE U HMP

Dragan Stevanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Aortna disekcija je akutno uzdužno cepanje medije zida aorte. Nepoznata incidenca se procenjuje na 2 slučaja na 300.000 stanovnika na godinu dana. Ovo verovatno uključuje samo dobro opisane torakalne aortne disekcije, ali ne i abdominalne, koje nisu dobro razmatrane u okviru istog entiteta. Ovo urgentno stanje se često pogrešno dijagnostikuje zbog svoje retkosti, sličnosti sa drugim bolestima, skupoće aortografije i MRI, ili usled nedostatka ultrazvučne opreme.

CILJ: Ovo razmatranje treba da pretpostavi incidencu entiteta u HMP Niš, naglasi jednakost torakalnog i abdominalnog zahvatanja, i naročito značaj ultrazvučne opreme u HMP.

METOD: Retrospektivna studija na materijalu HMP Niš u proteklih 5 godina upotrebe ultrazvuka sa prikazom nekolicine reprezentativnih slučajeva.

RAZRADA: Nakon kratkog pregleda poznate etiologije, patogeneze, kliničkih manifestacija i dijagnoze, sledi njihova korelacija sa prezentovanim materijalom.

ZAKLJUČAK: Minimalna pretpostavljena incidenca je 5 slučajeva na 300.000 stanovnika godišnje, t.j. 2 sl. torakalne i 3 sl. abdominalne aorte. Ultrazvučna oprema je neophodna u HMP.

e-mail: smchitnanis@gmail.com

16.

EDEM PLUĆA I URGENTNE PROCEDURE

Dragan Milojević, Vladimir Gajić, Vladanka Rakonjac, Suzana Račić, Jelena Petković, Dragan Milutinović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: Edem pluća predstavlja iznenadno i brzo nakupljanje tečnosti u alveolama pluća, najčešće nastalo usled naglog popuštanja srčanog mišića. Za vitalno zbrinjavanje pacijenata sa edemom pluća, kao urgentnog stanja, ekipe hitne pomoći treba da koriste sve urgentne procedure dostupne na terenu. **CILJ RADA:** Utvrđivanje incidence i prevalence edema pluća u radu ekipa hitne pomoći na području Kragujevca i pratećih terapijskih procedura. **METODOLOGIJA:** analiza edema pluća konstatovanih uvidom u terenske protokole ekipa hitne pomoći Kragujevac u jednogodišnjem periodu od 01.01.2009.- 31.12.2009. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: Istraživanjem nalazimo 260 edema pluća, što čini 1,02% od ukupnog broja terena. Muškarci čine 44,23%, a žene 55,77%(145), pri čemu ih je tri četvrtine(73,91%muškaraca i 78,62%žena) preko 60 godina starosti. Četiri petine pacijenata je iz urbanog, a ostali iz ruralnog područja. Najviše edema pluća(po 28) je bilo u januaru i oktobru, a najmanje(13) u septembru. Najzastupljeniji interval je 22-23 časova kada je zabeleženo 23 edema pluća, dok je najmanje bilo između 5-6 i 13-14 časova(po 4). Polovina pacijenata(51,92%) je imalo saturaciju kiseonikom u krvi nižu od 90%, a samo 11,54% pacijenata višu od 94%. Kao propratnu dijagnozu jedna petina pacijenata(19,16%) je imala hipertenziju,15% srčanu insuficijenciju, a 13,08% hroničnu opstruktivnu bolest pluća, dok samo 16% pacijenata nije imalo neku drugu dijagnozu. Kao terapiju četiri petine pacijenata je primilo ampulu Lasix-a, 69,61% ampulu Aminofilina, 65,38% kiseonik, 36,92% Nitroglicerina sprej. Morfin ampula i venepunkcija su primenjeni kod 4 pacijenta. Bez venske i muskularne terapije je bilo 7,69% pacijenata. Tri četvrtine pacijenata(73,46%) je transportovano u urgentni centar.

ZAKLJUČAK: Učestalost i težina stanja zatečenih pacijenata nalažu timski rad, obučenosť i opremljenost ekipa. Diskrepance nađene u terapiji nalažu uvođenje terapijskih protokola i urgentnih procedura.

Ključne reči: edem pluća, urgentne procedure,

e-mail: smilojevic4@sbb.rs

17.

KOMA I URGENTNE PROCEDURE U RADU LEKARA HITNE POMOĆI

Vladanka Rakonjac, Vladimir Gajić, Suzana Račić, Jelena Petković, Dragan Milojević, Miroslava Mišić
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: Koma predstavlja najdublji stepen poremećaja svesnosti. Koma je teren prvog stepena hitnosti gde ekipe hitne pomoći primenjuju sve dostupne urgentne procedure kako bi otklonili uzrok koji je doveo do kome ili sprečili njeno produbljivanje, a time i veća moždana oštećenja.

CILJ RADA: Utvrđivanje incidence i prevalence komatoznih stanja u radu ekipa hitne pomoći na području Kragujevca i pratećih terapijskih procedura.

METODOLOGIJA: analiza komatoznih stanja konstatovanih uvidom u terenske protokole ekipa hitne pomoći Kragujevac u jednogodišnjem periodu od 01.01.2009 - 31.12.2009. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: Istraživanjem nalazimo 145 komatoznih pacijenata, što čini 0,57% od ukupnog broja terena. Muškarci čine 51,03%, a žene 48,97%, pri čemu je 39,19% muškaraca i 73,24% žena preko 70 godina starosti. 82,76% pacijenata je iz urbanog, a ostali iz ruralnog područja. 13,10% terena sa komom je bilo na javnom mestu, a ostali kod kuće. Najviše koma (19) je bilo u maju, a najmanje (8) u julu. Najzastupljeniji interval je 01-02 i 11-12 časova kada je zabeleženo po 10 koma, dok nije bilo između 03-04 časova. Jedna petina pacijenata je imalo Glazgov koma skor 3, jedna šestina 4, trećina nije imala određen. Petina pacijenata je imalo saturaciju kiseonikom u krvi nižu od 90%, a petina pacijenata višu od 94%. Petina pacijenata je kao primarnu dijagnozu imalo hipoglikemiju, od čega je 6 pacijenata imalo manje od 1,0 mmol/l, a 19 pacijenata 1,1-2,0 mmol/l. 60 pacijenata je imalo komu nepoznatog uzroka. Kao propratnu dijagnozu jedna 19 je imalo cerebrovaskularni insult, a 10 pacijenata hipertenziju. Kao terapiju petina pacijenata je primilo sol NaCl 0,9%, a petina sol Glukoze 10%. Kod trećine je otvorena venska linija, a kod trećine davan je kiseonik. Kod desetine je plasiran airway. Trećina pacijenata sa hipoglikemijom je primilo glukagon. Posle terapije kod 18 pacijenata je zabeleženo poboljšanje, a kod ostalih je bilo nepromenjeno. 25 pacijenata ili njihovih porodica je odbilo, a kod 21 je otklonjena indikacija za transport. 85,52% je transportovano, od čega je u urgentni centar. Jedna četvrtina je prevežena internisti, jedna šestina neurologu, a jedna četvrtina u reanimaciju.

ZAKLJUČAK: Učestalost i težina stanja zatečenih pacijenata nalažu timski rad, obučenosť i opremljenosť ekipa. Različiti pristupi tretiranju komatoznih stanja nalažu uvođenje terapijskih protokola i urgentnih procedura.

Ključne reči: koma, urgentne procedure, hitna pomoć

e-mail: vrakonjac@hotmail.com

18.

NADOKNADA INTRAVASKULARNOG VOLUMENA KAO URGENTNA PROCEDURA

Miroslava Mišić, Vladimir Gajić, Dragan Milojević, Vladanka Rakonjac, Suzana Račić, Jelena Petković,
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

UVOD: Nadoknada intravaskularnog volumena predstavlja svakodnevnu, urgentnu proceduru u radu hitne pomoći, pri vitalnom zbrinjavanju pacijenata. Postoji širok dijapazon stanja kod kojih se uvodi nadoknada tečnosti kao terapija izbora. Često je i jedina procedura izvodljiva na terenu.

CILJ RADA: Utvrđivanje incidence terena sa nadoknadom volumena kao urgentnom procedurom u radu ekipa hitne pomoći na području Kragujevca.

METODOLOGIJA: Analiza terena sa nadoknadom volumena uvidom u terenske protokole ekipa hitne pomoći Kragujevac u jednogodišnjem periodu od 01.01.2009 - 31.12.2009. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U posmatranom periodu nalazimo 1256 terena sa nadoknadom volumena, što čini 4,93% od ukupnog broja terena. Muškarci čine 48,17%, a žene 52,83% (145), pri čemu je jedna trećina (36,53% muškaraca i 35,33% žena) preko 70 godina starosti. Najmanje pacijenata je ispod 20 godina (3,97% muškaraca i 4,54% žena). Četiri petine pacijenata je iz urbanog, a ostali iz ruralnog područja. Jedna četvrtina terena (25,48%) je bila na javnom mestu. Najviše terena je bilo u julu (143) i avgustu (36% više od proseka), a najmanje (48) u februaru (54% manje od proseka). Najzastupljeniji intervali su 10-11 i 11-12 časova sa 107 i 98 terena, dok je najmanje bilo između 3-4 časova (12). Kao primarnu dijagnozu 16,40% pacijenata je imalo hipotenziju, 13,46% hipoglikemiju, 11,31% kolapsno stanje, a 10,51% pacijenata je imalo neku vrstu traume. Kao terapiju tri četvrtine pacijenata je primilo fiziološki rastvor, 15,29% rastvor 10% glukoze, a 4,38% Ringerov rastvor.

ZAKLJUČAK: Učestalost i težina stanja zatečenih pacijenata nalažu dobru opremljenosť ekipa velikom paletom rastvora kako bi pacijenti sa raznim stanjima bili što adekvatnije zbrinuti. Različiti pristupi u terapiji na terenu nalažu uvođenje terapijskih protokola i urgentnih procedura.

Ključne reči: nadoknada intravaskularnog volumena, urgentne procedure, rastvori

e-mail: misickg@gmail.com

19.

FASTRACH LMA KAO KONDUKTOR ENDOTRAHEALNOG TUBUSA

Snežana Holcer Vukelić

SHMP SOMBOR

UVOD: Laringealna maska (LMA) je već dobro poznato supraglotično sredstvo kao alternativna metoda obezbeđivanja, naročito otežanog, disajnog puta. Ona nam u prehospitalnim uslovima kod suspektnih povreda vratne kičme, omogućava obezbeđivanje disajnog puta bez manipulacije glave i vrata, kao i ograničenog otvaranja usta, zbog već postavljenog rigidnog vratnog kolira. Međutim, LMA ne sprečava moguću regurgitaciju i aspiraciju želudačnog sadržaja, što predstavlja nažalost manu ovog sredstva za obezbeđivanje disajnog puta. Zbog toga LMA mogu da posluže kao konduktori endotrahealnog tubusa, a u tu svrhu posebno Fastrach LMA ili tzv. ILMA (an intubating LMA). Ova vrsta LMA omogućava plasiranje endotrahealnog tubusa na slepo i ne ograničava veličinu tubusa, kao druge LMA. To bi bilo bolje rešenje u odnosu na sve ostale metode "intubacije na slepo".

CILJ RADA: je bio da se prikaže intubacija putem Fastrach LMA, koja i jeste dizajnirana kao provodnik za intubaciju, a predstavlja sigurno bolje rešenje od ostalih metoda intubacija na slepo.

METOD RADA: pregled dostupne literature i objavljenih studija

DISKUSIJA: Postoji niz različitih komparativnih studija koji upoređuju Fastrach LMA u odnosu na druge metode obezbeđivanja disajnog puta. Te studije ukazuju na Rtg dokazane manje ekstenzije vratne kičme u predelu C1-C2 i C2-C3 cervikalnih pršljenova pri intubaciji preko Fastrach LMA u odnosu na endotrahealnu intubaciju direktnom laringoskopijom. Takođe ukazuju i na veliku uspešnost intubacije pri prvom pokušaju na ovaj način koja ide do 98%. Slični rezultati su postignuti i kod ekstremno gojaznih osoba i u niz drugih situacija koje zahtevaju obezbeđivanje disajnog puta, a ono je otežano.

ZAKLJUČAK: Iz svega navedenog možemo zaključiti da bi lekarima u prehospitalnim uslovima Fastrach LMA olakšala intubaciju u delikatnim situacijama, kao što je to kod povrede vratne kičme i sličnim situacijama.

e-mail: zokiswim@gmail.com

20.

HITNA SLIKOVNA DIJAGNOSTIKA BOLESTI URINARNOG SISTEMA

Tomislav D. Jovanović

KBC PRIŠTINA – GRAČANICA, HIRURŠKA KLINIKA

UVOD: Renalna kolika, dramatično stanje za pacijenta, dijagnostički i terapijski izazav za lekara urgentne medicine, opšte prakse, urologa ili hirurga. Dijagnostička procedura obavezno obuhvata: anamnezu, fizikalni pregled, laboratorijske analize krvi, urina i slikovnu dijagnostiku koja podrazumeva ultrazvučni pregled, nativnu rendgenografiju urotakta i po mogućnosti intravensku urografiju. Analiziramo vrednosti i mogućnosti navedenih metoda u dijagnostici uzroka renalnih kolika pacijenata pregledanih tokom 2009. godine u rendgenskoj dijagnostici Hirurške klinike KBC Priština -Gračanica.

MATERIJAL I METOD RADA: Svi pacijenti, ukupno 212 su pregledani ultrazvučno, a potom je urađena grafija nativnog urotakta, intravenska urografija je urađena kod dela pacijenata pregledanih predhodnim metodama.

REZULTATI: Od ukupnog broja pacijenata upućenih na ultrazvučni pregled sa radnom dijagnozom renalne kolike - 212 kod 91 (42,92%) su nađeni znaci promena na urotaktu i to: 38 (17,92%) jasni znaci kalkuloze, 32 (15,09%) znaci hidronefroze, 41 (19,33) znaci kalkuloze i hidronefroze, kod 121 (57,05%) pacijenata ultrazvučni nalaz je bio uredan.

Nativna rendgenografija urotakta je urađena kod svih pacijenta kod kojih je rađen UZ pregled. Jasni rendgenski znaci kalkuloze su nađeni kod 85 (40,09%) pacijenta, kod ostalih nisu viđeni znaci mineralnih kalkulosa.

Intravenska urografija je urađena kod 104 pacijenta, kod ostalih nije rađena iz različitih razloga. Kod 89 (41,98%) su viđeni znaci kalkuloze, hidronefroze ili obeju promena.

Od svih pregledanih pacijenata kod 91 su nađeni znaci kalkuloze, hidronefroze ili obeju promena, kod 121 pacijenta navedenim metodama nisu viđene promene. Za hitnu dijagnostiku u slučajevima kliničkih znakova renalnih kolika ultrazvučni pregled i nativna grafija urotakta su metode izbora.

ZAKLJUČAK: U algoritmu slikovne dijagnostike prvo treba raditi ultrazvučni pregled zatim rendgenografiju nativnog urotakta. Intravensku urografiju ne možemo raditi u fazi bolova i može raditi samo po prestanku bolova, tako da ova metoda izlazi iz domena urgentne medicine.

e - mail: jovato@info-net.rs

21.

MOGUĆNOSTI I OGRANIČENJA URGENTNE RENDGENSKE DIJAGNOSTIKE KOSTNO - ZGLOBNOG SISTEMA

Tomislav D. Jovanović

KLINIČKO-BOLNIČKI CENTAR PRIŠTINA – GRAČANICA, HIRURŠKA KLINIKA – RADIOLOGIJA

U zbrinjavanju pacijenata sa ugroženim vitalnim funkcijama ne retko je neophodna rendgenska grafija pojedinih delova kostno-zglobnog sistema. Traume različitog porekla – akcidenti u saobraćaju, na radnom mestu, usled nepovoljnih vremenskih uslova (led) su razlog rendgenske dijagnostike kostno zglobnog sistema. Tehnološki napredak u radiologiji, uvođenje kompjuterizovane tomografije (KT), magnetne rezonancije i ultrazvuka nisu umanjili značaj rendgenografije najčešće analognom, u nas retko digitalnom tehnologijom.

CILJ RADA: Standardna rendgenografija kostno-zglobnog sistema je veoma često korišćena u urgentnoj dijagnostici. Razmotrene su mogućnosti dijagnostike pojedinih delova kostno-zglobnog sistema i problemi u svakodnevnom radu.

Na osnovu dugogodišnjeg iskustva u urgentnoj dijagnostici kostno-zglobnog sistema autor iznosi zapažanja o najčešćim problemima u radu, sa preporukama za njihovo otklanjanje i pravilno korišćenje ove dijagnostike.

Za dobijanje kvalitetne grafije pored odgovarajuće opreme i osoblja u rendgenskoj dijagnostici neophodna je i pravilna indikacija pregleda. Lekar koji traži grafije određenih delova kostno – zglobnog sistema mora postaviti tačne indikacije za snimanje, nakon ozbiljnog kliničkog pregleda i poznavati mogućnosti i ograničenja rendgenske dijagnostike. Kod rendgenografija ekstremiteta zahtevi lekara urgentne medicine su korektni i ne predstavljaju problem u radu rendgenske dijagnostike. Kod dijagnostike grudnog koša nastaju problemi zbog neadekvatnih uputa, tehnički nije moguće korektno prikazati oba hemitoraksa na jednom filmu ili na rendgenografiji pluća analizirati stanje rebara. Neophodno je u uputu tačno navesti šta se traži: grafija levog, desnog hemitoraksa ili grafija pluća. Kod povreda ramenog i karličnog pojasa mogu se uraditi grafije u AP ili PA projekciji i nekim polukosim, ali nikako u laterolateralnoj (profilnoj projekciji). Kičmeni stub se može korektno prikazati na rendgenografija izuzev torakalnog dela gde je prikaz otežan.

Prikaza lobanje ako se rade pregledne grafija (snimak cele lobanje) nije adekvatan za tumačenje, potrebno u uputu definisati koje se kosti lica traže npr, grafija mandibule, maksile, nosnih kostiju. Rendgenska grafija neurokranijuma daje veoma oskudne informacije, ukoliko postoje indikacije i uslovi kod ovakvih pacijenata je potrebno uraditi KT endokranijuma.

ZAKLJUČAK: Rendgenografija kostno zglobnog sistema kod traumatizovanih bolesnika ukoliko je pravilno indikovana i tehnički ispravno urađena daje dovoljno informacija za utvrđivanje stanja ovog sistema. Za preglede neurokranijuma prednost ima KT dijagnostika, rendgenografija kostiju lica može pružiti dovoljno informacija, ali je u nekim slučajevima bolje uraditi KT pregled

e-mail: jovato@info-net.rs

22.

NAJČEŠĆI UZROCI AKUTNE BOLI U ABDOMENU I MOGUĆNOSTI ULTRAZVUČNE DIJAGNOSTIKE

Tomislav D. Jovanović

KLINIČKO-BOLNIČKI CENTAR PRIŠTINA – GRAČANICA, HIRURŠKA KLINIKA – RADIOLOGIJA

Akutna abdominalna bol može biti različitog porekla najčešće su renalne kolike, bolesti žučne kesice, akutni apendicitis, bolesti želuca, ileus, ređe akutni pankreatitis bolesti kolona, adneksitis, alimentarne toksinfekcije i drugi često nerazjašnjeni uzroci.

Pacijenti sa akutnim abdominalnim bolom najčešće se obraćaju službama za urgentnu medicinu ili lekarima hitne pomoći, a znatno ređe lekarima opšte prakse. Lekar kome dođe pacijent sa akutnom abdominalnom boli, nakon anamneze i fizikalnog pregleda koristi i druge dijagnostičke metode. Na raspolaganju je niz metoda od kojih je ultrazvuk najčešće korišćen.

CILJ RADA: Evaluacija ultrazvuka kao metode u dijagnostici akutnog abdominalnog bola.

METOD RADA: Ultrazvučnim aparatom Chison 8800, konveksnom sondom frekvencije 3,5 MHz, pregledani su pacijenti sa akutnim bolom u abdomenu.

MATERIJAL: Na Hirurškoj klinici KBC Priština u toku 2009. godine ultrazvukom je pregledano ukupno 1307 pacijenata koji su imali akutni bol u abdomenu.

REZULTATI: Kod 224 (17,13%) su viđene promene i to: 138 kalkuloza žučne kesice, 38 kalkuloza bubrega, 43 hidronefroza i kalkuloza, 05 akutni pankreatitis. Kod 1083 (82,86%) pacijenata ultrazvučni nisu viđene promene. Od ukupnog broja pacijenata kod kojih nisu viđene promene 267 je zadržano na bolničkom tretmanu, od ovih 133 operisano, kod 65 potvrđen je apendicitis, 63 holecistitis, 5 pacijenata su imali ulkus želuca ili

duodenuma. Kod 134 pacijenata nakon simptomatske terapije dolazi do poboljšanja i otpušteni su kućama bez jasne dijagnoze.

ZAKLJUČAK: Ultrazvučna dijagnostika je neophodna u dijagnostici akutne boli u abdomenu bilo da potvrđuje uzrok bola ili da se eliminišu određeni organi kao uzrok bola i dalje dijagnostičke postupke usmere na druge organe uz primenu odgovarajućih metoda dijagnostike

Pojedine bolesti i stanja – kalkuloza žučne kesice, holecistitis, kalkuloza i hidronefroza bubrega veoma su pogodni za UZ dijagnostiku i procenata tačnih dijagnoza je veoma visok, u drugim stanjima – apendicitis, ilieus, adneksitis UZ nema dijagnostičkog značaja i u ovim slučajevima treba koristiti druge metode dijagnostike.

e-mail: jovato@info-net.rs

23.

INTERVENTNA PULMOLOGIJA U DEZOPSTRUKCIJI DISAJNIH PUTEVA PRI ASPIRACIJI STRANOG TELA

Bojan Zarić

INSTITUT ZA PLUĆNE BOLESTI VOJVODINE, NOVI SAD

Nakon incijalnih urgentnih postupaka usmerenih na uklanjanje stranih tela iz traheo-bronhijalnog stabla, sledi definitivna bronhološka dijagnostika i uklanjanje stranog tela u koliko je zaostalo u disajnim putevima. Učestalost potrebe za bronhološkim intervencijama radi urgentnog uklanjanja stranih tela je veoma mala. Incidenca aspiracije stranih tela kod odraslih je oko 2‰ na oko 4500 bronhoskopija godišnje. Nakon dramatične kliničke slike koja se javlja pri aspiraciji stranog tela, sledi faza smirivanja simptoma kada je neophodna bronhološka evaluacija stanja. Klinička slika nije karakteristična te se u tom periodu mogu javiti hemoptizije, hronični kašalj, unilateralno oslabljen disajni šum, znaci pneumotoraksa, pneumomedijastinuma, ali i praktično svi simptomi i znaci oboljenja donjih respiratornih puteva.

Urgentno interventno pulmološko zbrinjavanje bolesnika sa sumnjom na aspiraciju stranog tela podrazumeva intubaciju rigidnim bronhoskopom i eksploraciju traheobronhijalnog stabla rigidnim instrumentima ili fleksibilnim bronhoskopom. Pre uvođenja u opštu anesteziju i pre rigidne bronhoskopije neophodno je hemodinamski stabilizovati bolesnika, uspostaviti neinvazivni (ili invazivni) hemodinamski monitoring. Eksploracija traheobronhijalnog stabla započinje se instrumentima za rigidnu bronhoskopiju (rigidne optike) ili upotrebom fleksibilnog fiberoptičkog ili videobronhoskopa kombinovanom tehnikom (fiber via rigid bronchoscopy). Nakon vizualizacije stranog tela, bilo direktno endoskopski ili uz navođenje fluoroskopijom pristupa se ekstrakciji stranog tela iz disajnih puteva. Uobičajeno se koriste različita bronhoskopska klešta, forcepsi ali i posebno dizajnirane košare i hvataljke. Strano telo se hvata bronhoskopskom hvataljkom koja je plasirana kroz radni kanal fleksibilnog bronhoskopa, a zatim se strano telo zajedno sa fleksibilnim bronhoskopom uklanja kroz rigidni instrument van tela bolesnika. Ovakav pristup omogućuje veću pokretljivost bronhoskopa pri eksploraciji disajnih puteva i istovremeno dobru kontrolu stanja i oksigenaciju bolesnika koji je u opštoj anesteziji intubiran rigidnim instrumentom.

Po uklanjanju stranog tela neophodno je uraditi dodatnu eksploraciju traheobronhijalnog stabla, ukloniti debris i uraditi toaletu traheobronhijalnog stabla. U koliko nije moguće ukloniti strano telo bronhološkim tehnikama a ono kompromituje stanje bolesnika neophodno je u terapiju uključiti i grudnog hirurga, koji dalje nastavlja ekstrakciju i terapiju hirurškim putem.

24.

JEDNA ILI PETNAEST DEFIBRILACIJA –ŽIVOTNI RULET

Branka Ilić, Ana Kasap

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

Procenjuje se da svake godine 275000 Evropljana i 300000 Amerikanaca doživi vanbolnički srčani zastoj. Incidenca iznenadne srčane smrti je procenjena na ~0.55-1/1000 (AHA). Kada se pokuša kardiopulmonalna reanimacija u polovine žrtava može da se postigne povratak spontane cirkulacije.

CILJ našeg rada bio je da prikazemo četvorogodišnji rad sa novim smernicama Evropskog Rusiscitacionog Saveta. Prikazan je broj reanimacija, njihov ishod i razmotren broj defibrilacija koje su isporučene do postizanja povratka spontane cirkulacije.

MATERIJALI I METODE: restrospektivna studija koja je uzela u obzir podatke iz protokola Službe hitne medicinske pomoći – Sombor od 01.01.2006. do 31.12.2009. Razmatrani su samo slučajevi gde je pretpostavljeni uzrok srčanog zastoja bio srčanog porekla. Rezultati su obrađeni u programu SPSS 17 (distribucija, frekvencija, chi kvadrat test).

REZULTATI RADA: Ukupan broj kardiopulmonalnih reanimacija, kardijalnog porekla, za 4 godine bio je 177. Od toga 127 muškaraca (71%, $p < 0.0001$). Povratak spontane cirkulacije smo postigli u 45.66% muškaraca. Nešokabilni inicijalni ritam (asistolija, bespulsna električna aktivnost) je zabeležen u 55.9 % slučajeva, $p = 0.02$. Nešokabilni ritam smo uspeali prevesti u šokabilni (ventrikularna fibrilacija-VF) kod 45% muškaraca i 19.3% žena. Kod pacijenata gde je isporučeno više od 7 defibrilacija (14/177) polna distribucija je bila 9 muškaraca i 5 žena. 3/9 (33,3%) muškaraca i 5/5(100%) žena su imali ROSC nakon produžene ventrikularne fibrilacije i većeg broja defibrilacija. 7/177 pacijenata nije intubirano, 5 pacijenata je nakon jedne defibrilacije započelo i spontano da diše sa zadovoljavajućom saturacijom hemoglobina kiseonikom. Kod 5 pacijenata svedoci srčanog zastoja bili su članovi tima SHMP. 16% pacijenata je otpušteno iz bolnice. Vremenska medijana do povratka cirkulacije je bila 17 minuta (5-42 min).

ZAKLJUČAK: Broj isporučenih defibrilacija direktno je zavisao od vremena trajanja VF. Žensko srce bolje podnosi veći broj defibrilacija i produženu VF. Ishemičnom miokardu produžena VF je neprijatelj, ali i veliki broj defibrilacija.

Ključne reči: ventrikularna fibrilacija, defibrilacija, šokabilni ritam, nešokabilni ritam, hipotermija, ishemija

e-mail: brankai@sbb.rs

25.

KAD ŽENSKO SRCE STANE

Ana Kasap, Branka Ilić

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

UVOD: Bolesti srca predstavljaju vodeći uzrok smrtnosti kod žena. Žena starosti 50 godina ima 46% verovatnoću za razvoj koronarne bolesti i 31% šansu da umre od iste.

CILJ našeg rada je da prikazemo epidemiologiju srčanog zastoja kod žena u našoj opštini, posmatrano u toku 4 godine.

MATERIJALI I METODE:

1. Protokoli Službe Hitne medicinske pomoći za period od 1.1.2006. do 31.12.2009.

2. Retrospektivna studija i statistička obrada dobijenih rezultata.

REZULTATI RADA: U periodu od 1.1.2006.g do 31.12.2009. ukupno je urađeno 177 kardio-pulmonalnih reanimacija (CPR), od čega 50 (28.2%) bilo kod osoba ženskog pola. Asistolija/bezpulsna električna aktivnost (PEA) kao inicijalni ritam se nalazila kod 31 (62%) žena, a ventrikularna fibrilacija (VF) kao inicijalni ritam nalazila se kod 19 (38%) žena. Ukupan broj smrtnih ishoda kod žena je 25 (50%). Najveća frekvencija smrtnog ishoda je u životnom dobu od 70-79 godina. Kod 50% žena dobili smo povratak spontane cirkulacije (ROSC) kao ishod, kratkoročno posmatrano, a najčešće među ženama starosti 60-79 godina. U VF u 71.87% slučajeva smo dobili ROSC kod žena. Spontano disanje do prijema u koronarnu jedinicu uspostavljeno je kod 15 (60%) žena kod kojih smo dobili ROSC. Kod 10% slučajeva ispušten je veći broj defibrilacija od 7, i dobijen ROSC u svim slučajevima. U 13 % slučajeva pacijentkinje su otpuštene iz bolnice.

ZAKLJUČAK: Učestalost iznenadne srčane smrti kod žena je zadnjih 25 godina oko 30%. Inicijalni ritam u žena je češće PEA ili asistolija, a u VF imaju veći procenat uspostavljanja ROSC-a. Iako su starije, imaju manju prevalenciju iznenadne srčane smrti van bolnice, a češći je ritam PEA ili asistolije, žensko preživljavanje iznenadne srčane smrti treba da bude predmet daljih studija.

Ključne reči: žene, iznenadna srčana smrt, ROSC, asistolija, ventrikularna fibrilacija.

e-mail: anakasap@gmail.com

26.

KORONARNA OKLUZIVNA BOLEST - IZMEĐU DEPRESIJE I NEGATIVNOG ERGO TESTA - PRIKAZ SLUČAJA

Nikola T. Kostić, Saša Mirić

DOM ZDRAVLJA GRAČANICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

CILJ: Cilj rada je prikaz pacijenta koji je lečen od depresije iako je imao koronarnu bolest.

ISPITANIK I METODOLOGIJA RADA: Analizom i prikazom slučaja predstavljeno je stanje sa ishemijskom bolešću srca koje je zbog dva negativna ergo testa lečeno kao depresija.

REZULTATI: Pacijent star 39 godina se tri godine žalio na stezanje u grudima koje se javlja na napor. Tegobe su obično prestajale nakon odmora. Od faktora rizika je postojalo porodično opterećenje, pušenje i blago povišene vrednosti masnoća.

Pacijent je u tom vremenskom intervalu dva puta uradio test opterećenja i u oba slučaja je postigao maksimalnu frekvenciju, bez znakova za postojanje ishemijskih promena. Urađeno je preko 20 EKG snimanja i sva su bila normalna, kao i ultrazvuk srca koji nije ukazivao na segmentne ispade. Nakon negativnih ergo testiranja je upućen psihijatru, koji je procenio da se radi o depresiji i ordinirao terapiju.

Obzirom da su tegobe perzistirale i pored korišćenja antidepresiva, razmotreno je ponovno ispitivanje. Ehokardiografski je viđeno srce urednih endokavitarnih dimenzija i bez segmentnih ispada. Biohemijski parametri su ukazivali na granične masnoće u krvi. Pacijentu je prikačen holter EKG-a, i zakazan novi (treći) ergometrijski test. Na zakazan termin za skidanje holtera EKG-a, pacijent je kasnio oko 45 minuta, i u ordinaciju je ušao sa bolnom grimasom i stezanjem u grudima. Rekao je da je pre dolaska u našu ustanovu obavio manju popravku auta (lakši napor) i da je tada dobio stezanje. Odmah je urađen EKG na kome je uočena ST depresija od 2- 3 mm. Krvni pritisak je bio 120-80 mmHg. Pacijentu je dat aspirin, nitroglicerol, analgetik i hitno je transportovan do Interne Klinike "Sveti Kralj Milutin" u Lapljem Selu, gde je primljen u koronarnu jedinicu.

Već na prijemu se ST depresija vraća na 0,5-1 mm, da bi nakon 45 minuta potpuno isčezla.

Pacijent je upućen na koronarografsko snimanje na VMA u Beograd, gde se uočava subtotalno sužena LAD u nivou D1. ACX značajno sužena i proksimalno (70%) i distalno. Ramus gracilan i teško izmenjen – okludiran. DKA u proksimalnom segmentu značajno sužena do 90% i pred kruksom 50%. U istom aktu su implantirani stentovi, i to Tsunami na LAD uz projekciju D1 i direktna implantacija Nobori stenta u DKA. Dobijen je rep lumen u Timi 3 protok kroz obe arterije. Otpušten je sa dijagnozom Koronarne okluzivne bolesti.

ZAKLJUČAK: Sumnja na postojanje koronarne okluzivne bolesti je postavljena odmah. Na svim EKG snimanjima, dva ergo testa, ehokardiografijama nije bilo znakova za ishemijsku bolest.

Važan je stav da se i pored negativnih nalaza opet krene u novu dijagnostičku analizu, koja je na kraju, iskreno, i uz malo sreće, rezultirala postavljanjem prave dijagnoze.

e-mail: info@dzgracanica.org

27.

ORGANIZACIJA SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI U USLOVIMA NASILNOG PREKIDA TELEFONSKIH VEZA

Rada Trajković, Nikola T. Kostić, Saša Mirić, Dejan Milanović, Slaviša Tonic, Biljana Trajković, Siniša Rašić
DOM ZDRAVLJA GRAČANICA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ RADA: Cilj rada je prikaz rada Službe za hitnu medicinsku pomoć u uslovima bez telefonskih linija.

ISPITANICI I METODOLOGIJA RADA: Analitički je prikazano stanje nakon nasilnog prekida telefonskih veza od strane kosovskih (albanskih) struktura.

REZULTATI RADA: Kosovska regulatorna agencija za telekomunikacije je u saradnji sa specijalnim jedinicama Vlade Kosova (albanske), rano ujutro 23. aprila 2010. godine, nasilno uništila i odnela opremu fiksne i mobilne telefonije srpskih operatera u Autonomnoj pokrajini Kosovo i Metohija, južno od reke Ibar. Time su Srbi koji žive u tim predelima ostali bez fiksne telefonije i telefonskog signala za sve mobilne operatere (Telekom Srbije, Telenor i Vip).

Od tog trenutka su i telefoni Službe za hitnu medicinsku pomoć Doma zdravlja u Gračanici (038-81633 i 038-81694) prestali da funkcionišu. Mi nismo mogli da primamo pozive, ali istovremeno niko nije mogao ni nas da pozove, jer su i svi naši potencijalni pacijenti ostali bez signala za svoje fiksne i mobilne telefone.

Služba za hitnu medicinsku pomoć Doma zdravlja u Gračanici je do trenutka isključenja telefona, imala oko 50 poziva dnevno za intervencije, transporte ili medicinske savete.

Stoga su odmah su nabavljena dva broja lokalnog kosovskog mobilnog operatera IPKO – koji ima pozivni kod preko Republike Slovenije - 00(0)49 719192 i 00(0)49719243. Na žalost, od ovih telefona nije bilo mnogo koristi jer Srbi, koji nikada nisu koristili usluge kosovskih operatera, nisu ni imali telefonske kartice za ovu mrežu, tako da danima nije bilo ni jednog poziva. Još 20 telefonskih kartica ovog operatera je podeljeno našim radnicima iz različitih mesta na centralnom Kosovu, preko kojih su oni mogli da pozivaju naše ekipe, ako ih meštani tih sela prethodno obaveste o hitnom slučaju.

Sledeća akcija je bila organizovanje mobilnih ekipa hitne pomoći koje su svakodnevno obilazile sve pacijente koji su ranije zvali hitnu pomoć, a болоvali su od ishemijske bolesti srca, teških formi hipertenzija, loše regulisanih formi šećerne bolesti, cerebrovaskularnih oboljenja...

Potom su organizovana svakodnevna dežurstva na javnim mestima sa vozilima i ekipama zdravstvenih radnika i to u Gračanici, Lapljem Selu, Čaglavici i Preocu, a meštani su o rasporedu svakodnevno obaveštavani putem lokalnih radio stanica i preko internet domena Doma zdravlja Gračanica, koji je imao svakodnevne medijske akcije i objavljivao dnevne biltene i saopštenja o stanju pacijenata i Službe za hitnu medicinsku pomoć.

Pored pomenutih postupaka, započeti su brojni kontakti sa relevantnim organizacijama i misijama poput Svetske zdravstvene organizacije, Ujedinjenih nacija, diplomatskih predstavništava i brojnih humanitarnih organizacija, kojima je ukazivano na teško stanje pacijenata i rizik po zdravlje stanovništva. Kontaktirani su i državni organi

Republike Srbije sa apelom za pomoć. Kontakti su bili svakodnevni i imali su presudni značaj na ukazivanje dramatičnosti cele situacije.

Kod mnogih pacijenata je intervenisano u zadnji čas (saobraćajne nesreće, pokušaji samoubistva, neregulisane hipertenzije i dijabetesi, cerebrovaskularni insulti...), da bi tek 11. maja 2010. oko 19:30 časova (19. dana od isključenja), veza fiksne telefonije i mreže Telekom Srbija bila puštena na jednom (manjem) delu centralnog Kosova, a naši fiksni telefoni su ponovo proradili.

ZAKLJUČAK: Danas (kraj jula 2010.), mreža Telenora i Vip-a uopšte ne funkcioniše, dok je mobilna telefonija Telekom Srbija dostupna samo u manjem delu centralnog Kosova. Hitna pomoć radi otežano, ali je vidljivo poboljšanje u odnosu na 19. dnevni period isključenja. Na žalost, još uvek postoji pretnja da se ponovi nasilje i da se ponovnim isključivanjem telefona životi naših pacijenata opet potencijalno ugroze.

e-mail: info@dzgracanica.org

28.

KPR U RADU SHMP U LESKOVCU – KOLIKO SMO USPEŠNI

Dragan Cakić, Lidija Mišić

DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Srčani zastoј 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 (carotis, femoris) jedan je od najvažnijih znakova prestanka srčanog rada i cirkulacije. Ukoliko se srčani zastoј desi u prisustvu zdravstvenih radnika ili se desio neposredno pre dolaska zdravstvenih profesionalaca treba bez odlaganja započeti KPR.

CILJ: Procena kvaliteta rada SHMP na osnovu statističkih podataka o broju intervencija kod akutnog srčanog zastoja, procentu rađenih KPR i procentu uspešnih KPR u 2008-oj i 2009-oj godini.

MATERIJAL I METODE: Koristili smo izveštaje šefova smena koji sadrže petnaest parametra, među njima i one koji su predmet našeg interesovanja i izvršili smo njihovu statističku obradu.

REZULTATI: U 2008-oj godini bilo je 2058 poziva sa oznakom prvog reda hitnosti, od toga 117 sa dijagnozom cardiac arresta. U 74,26% je rađena KPR, a uspešnih KPR je bilo 10,66%. Primenjeni kriterijum za uspešnu KPR je predaja pacijenta urgentnom centru sa povraćenom spontanom cirkulacijom, sa ili bez spontanog disanja.

U 2009-oj godini bilo je 2189 poziva sa oznakom prvog reda hitnosti, od toga 91 sa dijagnozom cardiac arresta. U 65,93% je rađena KPR, a uspešnih KPR je bilo 8,33%.

Upoređivanjem statističkih podataka vidi se da je broj poziva sa prvim redom hitnosti približno jednak, ali da ima značajnih odstupanja u procentu rađenih KPR i uspešno završenih KPR.

ZAKLJUČAK:

1. Nakon analize rezultata na stručnom sastanku kolegijuma SHMP zaključili smo da su paradoksalni rezultati, koji se mogu tumačiti kao pad kvaliteta rada u SHMP, ustvari posledica nejednakog definisanja akutnog srčanog zastoja, kao i tumačenja šta podrazumeva uspešna KPR.
2. Potrebno je prilikom upisivanja statističkih podataka precizno se pridržavati definicija za date parametre.
3. Značaj statističkih podataka za praćenje i unapređenje kvaliteta rada u SHMP.

e-mail: dragan.cakic@yahoo.com

29.

LIJEČENJE ANAFILAKTIČKOG ŠOKA U SAVREMENOJ MEDICINI

M.Cimbaljević, M.Muratović, R.Raičević

DOM ZDRAVLJA BERANE, CRNA GORA

UVOD: Anafilaktični šok je jedan od problema u savremenoj medicini, to je "manifestacija surovog rastrojavanja mašine života". Šok je sindrom nastao usled depresije mnogih funkcija, a najvažnije je smanjenje efektivnog cirkulatornog volumena. Klinička slika je dosta jasna kao i etiologija, posledica je poremećene cirkulacije i smanjene perfuzije krvi, ona dovodi do funkcionalnih i morfoloških oštećenja organskih sistema. Akutna cirkulatorna insuficijencija dovodi do ćelijske i tkivne hipoksije i mijenja funkciju i strukturu ćelija i dovodi do smrti ćelija, oslobađaju se proteolitički enzimi i druge toksičke materije koje dalje mijenjaju strukturu i funkciju ćelija, tkiva, organskih sistema, što se završava smrću. Anafilaktički šok pripada grupi distributivnim – vazogenom šoku. Može nastati unošenjem antibiotika, pri transfuziji krvi, vakcinacija, lokalnih anestetika, kontrastnih sredstava, ujeda insekata i uzimanja hrane. Zbog distributivnog poremećaja dolazi do poremećaja normalnog cirkulatornog volumena i šoka. Dolazi do "relativne hipovolemije" i značajne hipotenzije. Anafilaktični šok je jedan od oblika anafilaksije, kao imuni odgovor predhodno senzibilisanog domaćina kada antigen reaguje IgE antitijelom. Kod šoka koža je blijeda ili pepeljasto sivo mamorizovana, hladna i vlažna,

ekstremiteti su hladni, puls ubrzan i mek. Bolesnik je uznemiren i gladan za vazduhom, kasnije dolazi do pomućenja svijesti, stupora i kome. Pritisak je drastično nizak.

CILJ RADA: Želimo da istaknemo da u liječenju šoka najvažnije što ranije postaviti njegov uzorak i odmah primijeniti adekvatnu terapiju.

MATERIJAL I METODE RADA: Mi smo u Beranama za period od 10 godina imali na liječenju samo jednog bolesnika od pravog penicilinskog šoka i 4 bolesnika poslije ujeda pčele. Oni su bili stari između 30 i 50 godina. Muškaraca je bilo 4 i jedna žena. Kod svih njih je dokazano da se radilo o anafilaktičkom šoku.

REZULTATI RADA: Kod bolesnice hospitalizovane u bolnicu poslije četvrte primjene injekcije Penicillina nastao je šok, radilo se o ženi staroj 37 godina. Odmah sam reagovao i primjenio adekvatnu terapiju. Intravenski sam ubrizgao 2 ml adrenalina, uključio Ringer laktat sa Dexamethasonom u infuziji, nakon toga smo davali još tri dana Dexametason u infuziji, amp. Aminofilin, amp. Urbason a 40 mg. Bolesnica se uspješno oporavila.

ZAKLJUČAK: U zaključku bi istakli da je kod anafilaktičkog šoka vrlo bitno što ranije postaviti dijagnozu i odmah dati adekvatnu terapiju, jer ako se tako ne postupi dolazi brzo do fatalnog ishoda zbog zastoja srca usled brzog pada krvnog pritiska.

e-mail: muho.muratovic@t-com.me

30.

TERENSKO ZBRINJAVANJE PACIJENTA SA MASIVNIM KRVARENJEM IZ GIT-A

Vera Terzić(1), Zoran Jovanović(2)

(1)DOM ZDRAVLJA ŠABAC-SLUŽBA HITNE MED.POMOĆI ŠABAC, (2)OPŠTA BOLNICA ŠABAC-SLUŽBA PSIHIJATRIJE

UVOD: Najneposredniji gubitak ekstravaskularnog volumena je hemoragija. Smanjenje ili gubitak cirkulišuće krvi uvodi pacijenta u stanje hemoragijskog šoka-sindrom koji se na pacijentu klinički manifestuje hladnom, bledom, lepljivom kožom, poremećajem svesti, hipotenzijom, slabim pulsom i nestabilnim vitalnim znacima. Osnovna karakteristika hemoragijskog šoka je neodgovarajuća oksigenacija perifernog tkiva a dotok kiseonika zavisi od koncentracije u udahnutom vazduhu i od minutnog volumena. Prehospitalno terensko zbrinjavanje pacijenata sa hemoragijom podrazumeva zaustavljanje krvarenja, obezbeđenje disajnog puta i oksigenaciju, venski put i nadoknadu volumena. Krvarenje iz gornjih partija digestivnog trakta predstavlja 80% svih krvarenja GIT-a. Veliki je broj uzroka koji mogu dovesti do digestivnog krvarenja a klinički se manifestuju hematemezom, melenom i hematohezijom.

CILJ RADA: Kroz prikaz slučaja iz svakodnevne prakse SHMP pokušali smo da pokažemo kako i netraumatsko krvarenje može vrlo brzo dovesti do razvoja šoka i to težeg stepena, a da pri tom na terenu nemamo mogućnost da ga kontrolišemo, već se oslanjamo smo na brzu nadoknadu volumena i dobru oksigenaciju.

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

PRIKAZ SLUČAJA I DISKUSIJA: Prikazan je slučaj pacijenta starog 62 godine, hroničnog etiličara, koji se žalio na malaksalost, obilne tečne, crne stolice. Inicijalnim fizikalnim pregledom pacijent pokazuje sve znake šoka ali još u fazi kompenzacije da bi ubrzo došlo do pogoršanja u vidu obilne melene, gubitka svesti, konvulzija a zatim i povraćanja krvavog sadržaja, gubitka perifernog pulsa i respiratornog aresta. Brzo uspostavljanje dvostrukog venskog puta, administracija 1000 ml kristaloida, intubacija i oksigenacija u toku transporta dovode do uspostavljanja spontanog disanja i palpabilnog pulsa.

ZAKLJUČAK: Jedan od najčešćih uzroka šoka je krvarenje iz GIT-a i zahteva urgentne mere koje se u našim terenskim uslovima uglavnom svode na brzu nadoknadu volumena kristaloidima.

Ključne reči: hematemeza, melena, hemoragijski šok, respiratorni arest, nadoknada volumena

e-mail: zoranjov@inffo.net

31.

MORTALITET U SLUŽBI ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA U VRANJU OD NJENOG FORMIRANJA DO DANAS

Sladana Stošić, Andrijana Timčić

ZDRAVSTVENI CENTAR VRANJE

UVOD: Smrt je stvarnost koja čeka svakog čoveka. Frojd je govorio da se u čoveku bore dva nagona:EROS kao volja za životom i THANATOS kao želja za smrću. Na kraju uvek pobeđi THANATOS kao želja za smrću. Gledajući iz ove naše zemaljske perspektive smrt uvek pobeđi. Međutim gledajući iz perspektive vere, smrt nema zadnju

reč. Lekovi mogu samo privremeno potisnuti teskobu i nemir srca, ali ako nema dubljeg osmišljenja patnje i smrti ta teskoba postane nepodnošljiva.

Mortalitet je biološki proces i svojstven je svim živim bićima. Međutim, osim bioloških faktora čije je delovanje dugoročno i postojano, na smrtnost deluje i čitava grupa socio-ekonomskih faktora, a njihov uticaj dolazi do izražaja naročito u nekim periodima života (npr. saobraćajne nesreće kod mladog stanovništva).

U poslednjih 40 godina smrtnost žena pre navršene 60 godine života u svetu smanjena je za 34% a muškaraca za 19%, navodi se u opsežnoj studiji objavljenoj u časopisu *The Lancet*, koja je, međutim, ukazala na oštar porast u nejednakosti mortaliteta odraslih po zemljama i po polu.

Prijemno urgentne službe su mesta gde se veoma često pruža pomoć teškim, pa čak i umirućim bolesnicima, tako da je smrtni ishod na ovakvim odeljenjima ne retka pojava.

CILJ: Ovim radom smo želeli da prikazemo broj umrlih na prijemno urgentnom odeljenju u Vranjskoj bolnici od momenta formiranja do danas, zapravo da se istakne nizak mortalitet na odeljenju bez obzira što se zbrinjavaju uglavnom teški pacijenti kao i značaj odeljenja u zbrinjavanju istih.

Za period od 2001. godine do juna meseca 2010. godine umrla je ili je dovezena bez znakova života (u većem broju slučajeva je tako) 251 osoba, što je 0,12% u odnosu na ukupan broj pregledanih pacijenata a koji je 205752 pacijenata. Od toga je 157 muškaraca ili 62,5% od ukupnog broja umrlih i 94 žena ili 37,4% od broja umrlih. Tako je za 2001. god. broj umrlih u odnosu na ukupan broj pregleda za tu godinu 0,085% za 2002. g. 0,05%, za 2003. g. 0,10%, za 2004. g. 0,06%, za 2005. g. 0,15%, za 2006. g. 0,15%, za 2007. g. 0,10%, za 2008. g. 0,14%, za 2009. g. 0,13% za 2010. do juna meseca 0,11%, što zapravo ukazuje da je br. umrlih veoma mali u odnosu na broj pregledanih pacijenata.

U nastavku rada je prikazan broj umrlih pacijenata u odnosu na uzrast i uzrok smrti a uzeti su u obzir i doba godine, doba dana, za sta su prikazane tabele, dijagrami i procenti u odnosu na ukupan broj pregledanih pacijenata za ovaj period.

MATERIJAL I METODE: Podaci su dobijeni retrospektivnom analizom evidencije knjige umrlih prijemno trijažnog odeljenja Vranjske bolnice i na osnovu uvida u arhivu o broju pregledanih pacijenata za određeni period u službi.

ZAKLJUČAK: Došlo se do zaključka da je veći broj umrlih muškaraca u odnosu na žene, najveći broj umrlih je u januaru i februaru, uzrasta između 60 i 70 godina, najviše je umrlo u 2003. g, a doba dana sa najvećim brojem smrtnih ishoda je između 18 i 24h.

Što se uzroka smrtnih ishoda tiče, na prvom mestu su srčane smrti 73,7%, CVI je uzrok smrti kod 10,3%, ostale bolesti su uzrok smrti kod 2,3% umrlih, nasilne smrti su prisutne u 10,3%, a saobraćajni udesi kod čak 6,77%. Na odeljenju se sprovode sve mere KPR a po najnovijim svetskim standardima za istu.

e-mail: stosic_sladjana@yahoo.com

32.

NAPRASNA SRČANA SMRT (NSS)

Verica Božić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: NSS je prirodna smrt uzrokovana srčanim promenama, obeležena naglim gubitkom svesti unutar jednog sata od javljanja akutnih simptoma, u osobe koja može imati prethodno prepoznatu bolest srca, ali su vreme i način umiranja neočekivani. Simptomi za NSS su nekarakteristični i liče na simptome bilo kog oboljenja. Zavod za hitnu medicinsku pomoć (ZZHMP) Niš, pokriva površinu 597 km² sa 250.518 stanovnika, Ne postoji sistem lanca zbrinjavanja NSS.

MATERIJAL I METODE: Lekarski izveštaj ZHMP Niš, EKG zapisi, kao i dokumentacija Kliike za kardiologiju Kliničkog centra u Nišu.

CILJ: prikaz slučaja uspešne reanimacije NSS sa nekarakterističnim simptomima.

PRIKAZ SLUČAJA: Muškarac 47 godina dana 06.03.2010. godine u 02:45 časova javlja se na pregled u ambulantu ZZHMP. U anamnezi navodi da unazad pola sata oseća grebanje u grlu i suvo kašljuca. Zbog alergijskog bronhita, popio tabletu Aminofilin-a. Fizikalni pregled: akcija srca ritmična, tonovi jasni, srčana frekvencija 70/min, krvni pritisak 130/80 mmHg, Na respiratornom sistemu bez patološkog nalaza. Na EKG –u prisutni znaci infarkta srca inferoposteriorne lokalizacije. Tretman: otvorena venska linija, ordinirana tableta Andol 300mg s.l., tbl. Plavix 300 mg p.o., amp. Controloca 40 mg, Clexane 3000 j. i O₂ 5 l/min. Pacijent je transportovan do Klinike za kardiologiju u pratnji ekipe. Na nekoliko metara od klinike pacijent gubi svest, prestaje da diše, gubi puls i počinje da širi zenice. Na monitoru defibrilatora je registrovana ventrikularna fibrilacija, isporučen je DC šok 200J (bifazni defibrilator) i odmah nastavljeno sa spoljašnjom masažom srca. Posle nekoliko kompresija grudnog koša pacijent vraća sve vitalne funkcije i biva prebačen u koronarnu jedinicu. Izazov je naći parametre za nekarakteristične prodromalne simptome NSS.. Unutar prvog sata urađena je primarna perkutarna intervencije

sa dva stenta. Posle dva dana pacijent je otpušten. Izazov je naći parametre za nekarakteristične prodromalne simptome NSS

e-mail: smchitnanis@gmail.com

33.

PERKUTANA KORONARNA INTERVENCIJA KOMPLIKOVANA RUPTUROM SAFENSKOG VENSKEG GRAFTA I PRETEĆOM TAMPONADOM SRCA

Marina Jeremić(1), Srđan Nenek(2), Milika Ašanin(3), Olga Petrović(4)

(1) ZAVOD ZA HMP CRNE GORE, SHMP BAR, (2) DOM ZDRAVLJA KOVIN, SHMP, (3) KLINIČKI CENTAR SRBIJE, KORONARNA JEDINICA, (4) KLINIČKI CENTAR SRBIJE, KABINET ZA EHOKARDIOGRAFIJU

UVOD: Perkutana koronarna intervencija je tretman izbora za pacijente sa ponovljenim infarktomiokarda. Značajne komplikacije pri ovakvim invazivnim dijagnostičkim procedurama su relativno retke, ali ipak moguće, te se mortalitet javlja u 0.1% slučajeva, a pri interventnim terapijskim procedurama 1%.

CILJ: Cilj rada je ukazati na važnost obučivosti tima prilikom izvođenja urgentnih medicinskih procedura.

MATERIJAL I METODOLOGIJA: U radu je analizirana istorija bolesti koronarne jedinice i otpusna lista postkoronarne jedinice Kliničkog centra Srbije br. 40940/3998/10.

REZULTATI: Bolesnica S.B, stara 71 god., primljena je 31.3.2010. god. u Koronarnu jedinicu UC zbog reinfarkta miokarda anterolateralne lokalizacije (NSTEMI). Infarkt bol je imala četiri dana pre prijema. Inače, 2000. god. preležala je anteroapikalni IM, nakon čega je na Institutu za kardiovaskularne bolesti Dedinje načinjen trostruki SVG bajpas (RIA, OM1, ACDx). Elektrokardiogram je pokazao - sinus ritam, Qr u D3, aVF, depresiju ST segmenta u D1 i V2-V6. U laboratorijskim nalazima je dobijeno - troponin I 39.9, CK 662, CK MB 86. Dana 7.4.2010. god. učinjeni koronarni angiogram pokazao je značajnu stenozu glavnog stabla-ostium Cx, okluziju mid LAD, značajnu stenozu proksimalnog dela Cx, okluziju proksimalne RCA i značajnu stenozu grafta SVG-OM1. Na predlog kardiohirurškog konzilijuma, 13.4. 2010. god. urađena je PCI, kada je implantiran BM stent u medijalnoj trećini grafta SVG-OM1. Po implantaciji stenta, bolesnica postaje hipotenzivna, preznojena i bradikardična. Ponovnim snimanjem uočava se da je došlo do perforacije grafta na distalnoj ivici stenta sa hematoperikardom i pretećom tamponadom srca. Iz terapijskih razloga, naduvan je balon proksimalno od mesta ruptur grafta, posle čega je urađena perikardna punkcija, a zbog sporog srčanog rada implantiran je privremeni pejsmejker. Na primenjenu terapiju ubrzo se postiže hemodinamska stabilnost pacijenta.

ZAKLJUČAK: Perkutana koronarna intervencija je metoda praćena pojavom retkih komplikacija, a jedna od najopasnijih je perforacija krvnog suda pri angioplastici.

Ključne reči: koronarna angioplastika, tamponada srca, perikardiocenteza.

e - mail : cicadr@yahoo.com

34.

PREHOSPITALNA TERAPIJA IZBORA U LEČENJU UZNAPREDOVALOG AV BLOKA

Snežana Petrović, Branislav R. Lazić, Melita Kosjerina, Slađana Anđelić

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

UVOD: Mnoge od ozbiljnih bradiaritmija dešavaju se u prehospitalnoj fazi i uzrok su prehospitalnog mortaliteta. Po preporukama ACC/AHA tačno su definisane indikacije za primenu atropina ili privremeno pejsinga.

CILJ RADA je savremeni pristup prehospitalnog lečenja uznapređovalog AV bloka u akutnom koronarnom sindromu prema najnovijim preporukama.

METOD RADA: U radu je korišćena savremena literatura vezana za temu.

Donošenje odluke na terenu: ATROPIN ili PRIVREMENI PEJSING.

AV blok I stepena ne zahteva terapiju.

AV blok II i III stepena u anteriornom infarktu (prošireni QRS kompleksi u vidu escape ritma) ukoliko je praćen simptomatskom bradikardijom se leči transkutanim pacing-om.

AV blok II i III stepena u inferiornom infarktu je obično tranzitorni, sa uskim QRS kompleksima kao escape ritmom > 40/min i ukoliko je praćen simptomatskom bradikardijom leči se primenom atropina 0,5 mg, sa ponavljanjem doze do maksimalne 1,5-2mg (0,04 mg/kg). Ako se ne uspostavi sinus ritam nakon maksimalne doze atropina, koristi se transkutani pacing.

AV blok III stepena može biti na nivou AV čvora, Hisovog snopa ili grana. Ukoliko postoji ventrikularni odgovor sa širokim QRS kompleksima najbolje je primeniti transkutani pacing.

ZAKLJUČAK: Poznavanje savremenih algoritama olakšava donošenje pravilne odluke lekara na terenu kada treba primeniti atropin a kada privremeni pejsing.

e-mail: snezanapetrovic94@gmail.com

35.

PRIMENA LARINGELNE MASKE I NJENIH MODIFIKACIJA U URGENTNIM STANJIMA

Miroslav M. Popović, Branko Vujković
SHMP ŠABAC

Uspostavljanje i održavanje disajnog puta i ventilacije je jedan od prioritarnih zadataka u prehospitalnoj urgentnoj medicini). Zlatni standard se obezbeđuje ET intubacijom ali se u određenom broju slučajeva to ne uspeva (anatomija pacijenta, položaj, oboljenje ili povreda pacijenta, neiskustvo ili neopremljenost izvođača). U Velikoj Britaniji (Dr Arči Brejn) je od 1988. god.u upotrebi laringealna maska (LMA) kao supraglotično sredstvo za obezbeđenje disajnog puta i ventilaciju. Koristi se u operacionim salama i u urgentnim stanjima (algoritam 1 Vodič ERC za obezbeđenje disajnog puta; algoritam 2 za obezbeđenje disajnog puta u urgentnoj medicini). Laringealna maska(LMA) je prisutna na tržištu u više varijanti, od modela Klasik za višekratnu upotrebu preko modela za jednokratnu upotrebu do modela koji omogućuju ET intubaciju (ILMA) Fastrach. U osnovi svaka se sastoji od tubusa i kafa za naduvavanje koji se plasira izduvan i zatim naduvava i svojim lumenom u celosti pokriva grkljanski poklopac i grkljan čime se vazdušni insulacioni talas usmerava prema dušniku i plućima. LMA i ILMA se nalaze u više veličina za decu od 1god. i za odrasle u zavisnosti od uzrasta i telesne mase usklađeno sa prečnikom i zapreminom kafa za naduvavanje. CILJ RADA je predstavljanje relativno novog sredstva za obezbeđenje disajnog puta, indikacija za njegovu primenu i načina primene. MATERIJAL koji je korišten je literatura iz stručnih časopisa i elektronskih medija, kao i dostupni video materijali. METOD RADA je analiza dostupne stručne literature i sopstvenih iskustava. Zaključak je da LMA i ILMA treba da postanu sastavni deo reanimacione opreme svake SHMP i da zaposlene treba obučavati da ga koriste (u našoj SHMP postoji 6 meseci, oko 10 zaposlenih obučeno na raznim kursevima).

Ključne reči: otežani disajni put i ventilacija, supraglotična sredstva, LMA, ILMA, obuka

e-mail: lana1108@ptt.rs

36.

URGENTNE PROCEDURE KOD ALERGIJSKIH REAKCIJA

Branko M.Vujković(1), dr Miroslav Popović(1), dr Marija Vujković(2)

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

CILJ: Cilj našeg rada je da prikažemo značaj uigranosti članova ekipe HMP u primeni urgentnih procedura prilikom tretmana sistemskih alergijskih reakcija, kao i da prikažemo kojim to veštinama članovi tima moraju ovladati.

MATERIJAL I METODE: Koristili smo terenski protokol HMP Šabac i odeljenski protokol Internog odeljenja OB Šabac u prikazu slučaja teške alergijske reakcije.

REZULTATI: Alergijske bolesti su skupina različitih kliničkih entiteta kojima je zajednička osnova imunološka inflamacija uzrokovana interakcijom antigena i antitela u ponovljenom kontaktu. Klinička slika varira od veoma lakih manifestacija, pa do vitalno ugrožavajućih. Svakako da najteži oblik alergijskih bolesti predstavlja tzv. sistemski anafilaksija, teška i za život ugrožavajuća generalizovana reakcija preosetljivosti. Subjektivne tegobe i objektivni znaci u ovom obliku alergijskih bolesti, brzo progrediraju od bezazlenih, do najtežeg oblika distributivnog šoka. U ovakvim situacijama treba reagovati promptno i precizno, sa primenom urgentnih procedura koje treba da spreče dalje pogoršanje i nastanak letalnog ishoda!

U našem radu prikazali smo slučaj sistemske anafilaksije, koji se desio na nekih 20-ak kilometara udaljenosti od naše službe, koji je brzom i odlučnom akcijom terenske ekipe stabilizovan na licu mesta, potom uz dalji niz procedura transportovan do Internog odeljenja OB Šabac.

ZAKLJUČAK: Aplikacija adrenalina - na vreme, na pravom mestu, na pravi način - predstavlja krucijalnu urgentnu proceduru u tretmanu teških alergijskih reakcija.

e-mail: vujkovicb@yahoo.com

37.

PROBLEMI STABILIZACIJE PACIJENTA U TOKU INTERHOSPITALNOG TRANSPORTA – PRIKAZ SLUČAJA

Goran Perge

DOM ZDRAVLJA SREMSKA MITROVICA

Žena, 62 godine, iz Šida, u toku redovnih dnevnih aktivnosti požalila se sinovima kako joj "nije dobro". Nekoliko trenutaka posle toga izgubila je svest. Zvali HP koja je brzo došla i odvezli je u Dom zdravlja. Konstatovana desna

hemipareza i žena je dobila sol. Manitol 20% 250ml. Tada je imala epileptični napad po tipu grand mal. Transportovana u Sremsku Mitrovicu – oko 40 km, i u putu doživela kratak respiratorni arrest. U pratnji bio samo medicinski tehničar bez propratne dokumentacije i monitoringa vitalnih parametara. Ceo put od kuće do bolnice je trajao oko 45 minuta. Po prijemu na Odeljenje intenzivne terapije vitalni parametri: TA 150/100 mmHg, spontano disanje insuficijentno, GCS 3, na EKG-u atrijalna fibrilacija sa komorskim odgovorom od oko 150/min. Pacijentkinja intubirana. Kratko vreme manuelna asistirana ventilacija, kasnije spontano dlanje uz protok kiseonika od 6L/min. Od lekova dobila amp. Flormidal 5mg IV, amp. Lasix IV, amp. Aminofilin IV i sol NaCl 0,9% 500ml, brzinom oko 100ml/sat. Pregledi anesteziologa, neurologa i tretman trajali oko 1 sat. Po preuzimanju pacijentkinje vitalni parametri: TA 75/50 mmHg, SaO₂ 74%, EKG – AA sa Fr do 120/min, GCS 5. Ordinirana Th: sol. NaCl preostalih 400ml u roku 20 min (1200 ml/h) i kiseonik sa protokom 8L/min. Respiracije se polako popravljaju, TA 130/100 mmHg ali se za nekoliko minuta stabilizuje na 110/85 mmHg. Posle pola sata transporta uz lagano smanjenje protoka kiseonika do potpunog isključenja, SaO₂ se kretao između 97 i 94%. Transport trajao oko 45 minuta i po dolasku u UC Beograd pacijentkinja imala stabilne vitalne parametre i GCS 9. Dodatne analize trajale još oko 1 sat i uz kompletan monitoring. Po završetku pacijentkinja ekstubirana i predata stabilna, uz desnostranu hemiparezu GMS 2 i GCS 15.

Ključne reči: interhospitalni transport, stabilizacija

e-mail: sm.gperge@neobee.net

38.

PROTOKOL ZA ZBRINJAVANJE AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA-PREPORUKA ILI OBAVEZA?

Branislava Cvetičanin(1), Radojka Jokšić(1), Ivan Lekin(1), Milena Jokšić (2), Gordana Panić(3), Nada Čemerlić-Ađić(3)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, BEČEJ, (3)INSTITUT ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI VOJVODINE

UVOD: Akutni koronarni sindrom (AKS) podrazumeva grupu različitih kliničkih stanja koja nastaju kao posledica akutne ishemijske nekroze miokarda, čiji je najčešći uzrok akutna koronarna lezija, nastala rupturom aterosklerotičnog plaka u koronarnoj arteriji sa pratećom trombozom, inflamacijom, vazokonstrikcijom i mikroembolizacijom.

CILJ RADA je da se prikaže učestalost potvrđenih dijagnoza AKS, prehospitarna dijagnostika i terapija, način bolničkog zbrinjavanja, kao i uticaj navedenih faktora na kratkoročno preživljavanje.

MATERIJAL I METODE: Sprovedeno je retrospektivno, opservaciono istraživanje. U istraživanje su uključeni pacijenti koji su u periodu od 01.01.2009. do 31.12.2009. pregledani u Zavodu za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP Novi Sad), potom pod sumnjom na AKS transportovani u Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine u Sremskoj Kamenici (IKVBV Sr.Kamenica), a kod kojih je potvrđena dijagnoza u prijemnoj ambulanti. Podaci su obrađeni upotrebom statističkih paketa SPSS 11 i Statistica 7.

REZULTATI: U jednogodišnjem periodu terenske ekipe ZZHMP Novi Sad pregledale su 31757 pacijenata. Sumnja na AKS je postavljena kod 938(2,95%) pacijenata. Dijagnoza je potvrđena kod 441(1,39%) pregledanog pacijenta u prijemnoj ambulanti IKVBV Sr. Kamenica. Akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom (STEMI) je potvrđen kod 295 (66,89%), a akutni infarkt miokarda bez ST elevacije (non STEMI) kod 146(33,11%). Prosečna starosna dob pacijenata je bila 66 godina. 61,68% pacijenata je bilo muskog pola. 11,56% pacijenata je bilo hipotenzivno, 5,67% sa izrazenom bradikardijom, a 9,98% sa niskom vrednosti kiseonika u kapilarnoj krvi. Prehospitarno, kompletnu MONA terapiju dobilo je 49,43% pacijenata. U toku hospitalizacije, kod 282(63,95%) pacijenata je urađena perkutana koronarna intervencija(PCI) i plasiran stent. Kratkoročno preživljavanje pacijenata nakon AKS bilo je 383(86,85%).

ZAKLJUČAK: IKVBV u Sr. Kamenici se nalazi na teritoriji Grada Novog Sada i zbog toga je kratko vreme transporta pacijenta sa AKS do prijemne ambulante IKVBV Sr. Kamenica. Prehospitarno primenjena terapija stabilizuje stanje pacijenata i ubrzava ulazak u hemodinamsku salu. Dvadesetčetvoročasovno prisutan iskusan kardiolog-hemodinamičar daje podjednaku šansu za preživljavanje pacijentu bez obzira na doba dana. To su faktori koji utiču na visok stepen kratkoročnog preživljavanja pacijenata sa AKS.

e-mail:branislavacveticanin@yahoo.com

39.

RANA DEFIBRILACIJA

Ana Dimić, Snežana Mitrović, Biljana Radisavljević
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD. Ventrikularna fibrilacija (VF) je najčešći inicijalni ritam u iznenadnom srčanom zastoju. Osnovni tretman je rana defibrilacija. Defibrilacija je postupak kojim se propušta električna struja kroz miokard, što izaziva trenutnu depolarizaciju svih miofibrila i čini ih istovremeno refraktornim. Da bi bila uspešna, fibrilacija se mora zaustaviti u čitavom miokardu. Nekoordinirane kontrakcije prestaju i sledi period asistolije, pre nego sinoatrijalni čvor preuzme ulogu pejsmejкера i uspostavi sinusni ritam.

CILJ RADA. Prikazom slučaja istaći značaj rane defibrilacije u prehospitalnim uslovima.

MATERIJALI I METODE. Analiziran je protokol terenskih intervencija i istorija bolesti i otpusna lista Klinike za kardiovaskularne bolesti.

PRIKAZ SLUČAJA. Pacijent 69 godina starosti, pre dolaska naše ekipe gubi svest. Boluje od angine pectoris. Pacijenta zatičemo bez svesti, disanja i pulsa nad karotidnom arterijom, cijanotične boje kože i vidljivih sluzokoža. Na monitoru defibrilatora VF, započeta kardiopulmonalna reanimacija, po algoritmu za VF. Isporučen je DC šok 360J monofaznim defibrilatorom, zatim masaža srca. Otvorene dve periferne intravenske linije, uključena intravenska infuzija kristaloida, ordinirano 300mg amiodarona. Dolazi do restauracije pulsa, disanja i svesti. Pacijent izrazito agitiran, dobija i midazolam 7,5mg frakcionirano intravenski. Nakon potpune stabilizacije pacijent je, po principu transporta vitalno ugroženih pacijenata, transportovan na Kliniku za kardiovaskularne bolesti, uz kontinuirani monitoring i oksigenoterapiju.

ZAKLJUČAK. Nakon nastanka VF bez pulsa dolazi do pada minutnog volumena i hipoksično oštećenje mozga nastaje unutar tri minute. Za potpun neurološki oporavak potrebna je pravovremena i uspešna defibrilacija sa povratkom spontane cirkulacije. Rana defibrilacija je ključna karika u lancu preživljavanja i uz neprekidnu masažu srca dokazano poboljšava preživljavanje kod cardiac arresta zbog VF. Verovatnoća da će se VF defibrilacijom uspešno otkloniti, naglo se smanjuje prolaskom svakog minuta, za oko 7-10% na minut od nastanka cardiac arresta. Zato je princip rane defibrilacije osnovni postulat u tretmanu VF bez pulsa.

Ključne reči: ventrikularna fibrilacija, srčani zastoj, lanac preživljavanja.

e-mail: anadimic76@gmail.com

40.

TIREOTOKSIČNA OLUJA - PRIKAZ SLUČAJA

Dragana Milošević
DOM ZDRAVLJA VOŽDOVAC

UVOD: Tireotoksična oluja u radu lekara primarne zdravstvene zaštite je veoma retka. To je stanje koje se odlikuje naglim početkom novih ili pogoršanjem već postojećih simptoma. U oba slučaja pacijent može biti životno ugrožen.

CILJ RADA: Rano otkrivanje simptoma hipertireoze, adekvatno lečenje kao i edukacija pacijenata sa osvrtom na moguće komplikacije.

METOD: Retrospektivan prikaz slučaja.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijentkinja stara 55 godina javlja se na pregled zbog akutno nastalih simptoma. Žali se na zamaranje, lupanje srca, temperaturu 37,4°C, peznjavanje, gušenje, malaksalost i jaku uznemirenost. Fizikalnim pregledom nađena je sinusna tahikardija f 150/min, pritisak 170/80 mmHg, pukoti nad bazama pluća obostrano. Primećen je egzoftalmus. Urađen je EKG (sinusna tahikardija bez promena u ST segmentu i T talasu) i data adekvatna terapija.

Uvidom u zdravstveni karton nađeno je da se kod pacijentkinje prvi put posumnjalo na hipertireozu pre 4 godine. Tada je pacijentkinja detaljno obrađena i urađena je potrebna dijagnostika (laboratorija, hormonski status, eho vrata, RTG pluća, nalaz endokrinologa). Propisana je terapija (antitireoidni lekovi- PTU) i savetovane su redovne kontrole endokrinologa i hormona, kao i upotreba propisanih lekova. Analizom zdravstvenog kartona utvrđeno je da se pacijentkinja nakon toga nije javljala ordinirajućem lekaru i dolazi nakon 4 godine sa akutnim pogoršanjem osnovnih simptoma, kada je mogla biti i životno ugrožena.

ZAKLJUČAK: Oboljenja štitaste žlezde treba shvatiti ozbiljno jer mogu biti uvod u stanja koja ugrožavaju život. Rano otkrivanje simptoma, dijagnostika i adekvatne mere lečenja su prvi korak. Takođe moramo upoznati pacijenta sa tim koliko su važne redovne kontrole, uzimanje propisanih terapija i na kraju, sa mogućim komplikacijama ukoliko se hipertireoza ne leči.

KLJUČNE REČI: hipertireoza, hormoni, štitasta žlezda, PTU, tireotoksična oluja

e-mail: dragana.milosevic.dr@gmail.com

41.

URGENTNE PREHOSPITALNE HITNE HIRURŠKE INTERVENCIJE KOD KRITIČNIH STANJA RESPIRATORNOG SISTEMA

Dimitar Sotirov, Vanja Andjelković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Kritično stanje podrazumeva akutno stanje ugroženosti vitalnih funkcija (disanje, rad srca i svest). Često zahteva primenu hitne hirurške intervencije kao jedini izbor u kritičnom vremenu (vreme od 5-10 minuta od nastanka kritičnog stanja). To vreme pripada prehospitalnom lekaru. Gubitak tog vremena je ujedno i gubitak pacijenta.

CILJ RADA: je da ukaže da ne tako retko, kao što se misli, trebaju se primenjivati hitne hirurške intervencije u "A" i "B" iz A,B,C,D,E prehospitalnog protokola kod povreda, uboda insekta (ose, pčele) u usnoj šupljini, anafilakse, "niskog" zadavljenja, ventilnog (tenzionog) pneumotoraksa, masivnog hemo-pneumotoraksa... Takođe rad treba da oslobodi (ohrabri) lekara, da kod nabrojanih stanja opstrukcije prolaznosti disajnih puteva i samog disanja, primeni jednu od hirurških metoda.

MATERIJAL I METODE: Rad je realizovan, korišćenjem retrospektivne analize materijala u periodu od 1977 god. do današnjeg dana. Izvor materijala su masovne nesreće i katastrofe kao što je zemljotres u Crnoj Gori 1979 god., prva nesreća u Aleksinačkim rudnicima, saobraćajni udesi sa velikim brojem povređenih, medikamentozne anafilakse, ubod insekta u usnoj šupljini, "visoka" zadavljenja...

REZULTATI RADA: Uzeta su 5 slučajeva sa opstrukcijom prolaznosti gornjih disajnih puteva (airways). Kod 3 slučajeva je urađena punkciona krikotireoidektomija, kod jednog od njih je primenjena naknadna hirurška krikotireoidektomija. Kod 2 slučajeva je odmah urađena traheotomija.

Kod uklanjanja faktora koji akutno i progredijentno ugrožavaju disanje u grudnoj duplji (breathing) prikazana su 3 pacijenta i to 2 pacijenta sa unutrašnjim tenzionim pneumotoraksom kod kojih je problem rešen punkcionom dekompresijom. Kod trećeg pacijenta nakon punkcione dekompresije koja je bila nedovoljna, išlo se sa toraktomijom troakarom jer se je radilo o kombinovanom masivnom hemotoraksu i tenzionom pneumotoraksu.

ZAKLJUČAK: Uzeta su stanja gde hitna hirurška intervencija je bila neizbežna i jedini izbor za lekara i pacijenta. Odabrane su najlakše hitne hirurške intervencije koje se prehospitalno mogu primeniti, koje ne zahtevaju skupu opremu niti pak posebno znanje od anatomskog znanja koje poseduje lekar opšte prakse, ali koje spašavaju život u kritičnom vremenu u prehospitalnom tretmanu.

e-mail: miodragilic@hitnanis.org

42.

AKUTNI EDEM PLUĆA – UČESTALOST NA TERITORIJI OPŠTINE VLASOTINCE

Ljubica Živković, Nela Milenković

DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Akutni edem pluća predstavlja poremećaj plućne funkcije. Usled kardijalnih ili nekardijalnih uzroka dolazi do transudacije tečnosti u alveolarni prostor.

KLINIČKA SLIKA: tahipneja, ortopneja, dispneja, kašalj, penušav sukrvični ispljuvak, tahikardija, krvni pritisak najčešće povišen, ređe normalan ili nizak sa slikom kardiogenog šoka kao najtežeg oblika edema pluća, cijanoza, profuzno znojenje.

DIJAGNOZA: anamneza, klinički pregled, auskultacija srca i pluća.

TERAPIJA: Odmah na licu mesta u zavisnosti od visine krvnog pritiska i etiologije edema pluća.

CILJ RADA: Utvrditi učestalost pojave akutnog edema pluća kod bolesnika na teritoriji opštine Vlasotinca. Način zbrinjavanja bolesnika od strane SHMP Doma Zdravlja Vlasotinca.

METOD: Korišćeni su podaci iz Protokola bolesnika SHMP Doma Zdravlja Vlasotinca. Intervencije u D.Z. Vlasotinca i na terenu u periodu od 1.1.2007. do 15.2.2008. godine.

REZULTATI: Ukupno pregledano u SHMP u pomenutom periodu 16200 bolesnika. Edem pluća je dijagnostikovano kod 36 pacijenata. 50% bolesnika je zbrinuto u kućnim uslovima. Prosečna godina starosti je 73,3 god. Letalni ishod kod 3 bolesnika.

ZAKLJUČAK: Brza intervencija na licu mesta, brza dijagnostika akutnog edema pluća i primena adekvatne terapije prema uzroku oboljenja, smanjuje smrtnost pacijenata. Važna je prevencija – lečiti uzrok akutnog edema pluća.

e-mail: wave@verat.net

43.

AKUTNI EDEM PLUĆA-PREHOSPITALNE TERAPIJSKE PROCEDURE

Ivan Lekin (1), Radojka Jokšić (1), Branislava Cvetićanin (1), Milena Jokšić (2), Melita Lekin (3)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, BEČEJ, (3)DOM ZDRAVLJA "DR. ĐORĐE LAZIĆ" SOMBOR, ŠKOLSKI DISPANZER

UVOD: Akutni plućni edem (APE) predstavlja jedno od najurgentnijih stanja u medicini. Karakteriše ga naglo nastala dramatična klinička slika i potreba za hitnom medicinskom intervencijom. Od posebnog praktičnog značaja je podela APE na osnovu izmerenih vrednosti krvnog pritiska na: hipertenzivni, normotenzivni i hipotenzivni usled razlike u terapijskom pristupu.

CILJ: Prikazati učestalost, starosnu i polnu strukturu pacijenata sa APE, kao i postupak zbrinjavanja u zavisnosti od vrednosti vitalnih parametara.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je retrospektivno i opservaciono. Podaci su prikupljeni iz protokola terenskih ekipa Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP Novi Sad) o pacijentima koji su u periodu od 01.01.2009. do 31.12.2009. godine lečeni zbog APE. Obrađeni su upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

REZULTATI: U toku 2009.g. ekipe ZZHMP Novi Sad su pregledale 31757 pacijenata. Kod 0,70% je postavljena dijagnoza APE. Prosečna starost pacijenata pod dijagnozom APE je iznosila 73,35 godina. Zastupljenost muškaraca je bila 50,22%, a žena 49,78%. Kod 34,54% pacijenata inicijalna izmerena saturacija kiseonika u perifernoj kapilarnoj krvi (SaO₂) je bila ispod 80%. Intubacija i asistirana mehanička ventilacija je primenjena kod 4,04%. Hipotenzivnih je bilo 5,95%, a tahikardnih 74,31%. Diuretici su primenjeni kod 91,48% pacijenata, kardiotonik 17,04%, gliceriltrinitrat 14,80%, i morfin 12,11%. Prehospitalno preživljavanje je iznosilo 98,21%. Nakon primenjene terapije 88,79% pacijenata je transportovano u prijemnu ambulantu Instituta za kardiovaskularne bolesti Vojvodine u Sremskoj Kamenici.

ZAKLJUČAK: APE je češće dijagnostikovano kod muškaraca. I pored toga što je kod oko trećine posmatranih pacijenata izmerena niska SaO₂, nakon primenjene terapije je kod većine došlo do poboljšanja, tako da je retko postojala potreba za prehospitalnom intubacijom. Visok procenat prehospitalnog preživljavanja ukazuje na dobar odgovor pacijenata na adekvatne i blagovremeno primenjene terapijske procedure na terenu. APE je uglavnom bio kardijalne etiologije.

e-mail: melitalekin@sbb.rs

44.

AKUTNI RESPIRATORNI DISTRES SINDROM I RESPIRATORNA INSUFICIJENCIJA U INFEKTIVNIM OBOLJENIMA TIPA ZOONOZA - PRIKAZ SLUČAJA

Milena Pandrc

VOJNOMEDICINSKI CENTAR- SLAVIJA, BEOGRAD

UVOD: U najvećem broju slučajeva, infektivna oboljenja tipa zoonoza se manifestuju kliničkom slikom u kojoj dominiraju opšti infektivni simptomi, ali postoje i oblici gde su zahvaćeni pluća, bubrezi ili meningealne opne, gde pacijenti mogu biti i vitalno ugroženi.

CILJ RADA: Skrenuti pažnju na mogućnost razvoja težeg oblika bolesti i perakutni tok komplikacija na visceralnim organima.

METOD RADA: Podaci su prikupljeni iz medicinske dokumentacije, protokola i bolničkih listi, na osnovu detaljne anamneze, fizikalnog pregleda, biohemijskih, rengenoloških i seroloških analiza.

REZULTATI: Pacijent N.N., star 47 godina, javlja se u ambulantu zbog infektivnog sindroma: povišene temperature (39.7°C), drhtavice, povraćanja, glavobolje. U laboratorijskim analizama dobijene su patološke vrednosti parametara funkcije bubrega. Ultrazvučno, oba bubrega su bila voliminozna i hiperehogena. Sukcesivno, javljaju se bulozne promene po koži, hemoptizije, dizurija. Rendgenološki, imamo sliku tzv. "belih pluća". Pacijent ulazi u tešku hipoksemiju (pO₂= 46.8 kPa, pCO₂= 16.8 kPa), biva na veštačkoj ventilaciji, tretiran antibiotskom, antiedematoznom, simptomatskom i supstitucionom terapijom. Sledi stabilizacija i restitucija zdravstvenog stanja. Serološki, dokazano je prisustvo spirohete koja je izazvala zoonozu.

ZAKLJUČAK: Neretko, zoonoze mogu rezultirati vitalnom ugroženošću pacijenta, što lekar treba da ima u vidu pri obradi pacijenta sa infektivnim sindromom i shodno tome, reaguje preventivnim delovanjem i blagovremenim postavljanjem dijagnoze.

e-mail: milenapandrc@yahoo.com

45.

ENDOTRAHEALNA INTUBACIJA KAO URGENTNA PROCEDURA U RADU SLUŽBE URGENTNE MEDICINE

Saša S.Jovanović, Slavica Dragutinović, Olivera Anđelić

ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK, OPŠTA BOLNICA, URGENTNO PRIJEMNA SLUŽBA

Endotrahealna intubacija, (u daljem tekstu ETI), predstavlja jednu u nizu mera obezbeđivanja prolaznosti disajnog puta kod vitalno ugroženog ili pacijenta u anesteziološkoj pripremi u operacionoj sali. U službama urgentne medicine se koristi kao jedna od procedura definitivnog celishodnog zbrinjavanja vazdušnog puta, do stabilizovanja vitalnih funkcija i to u vidu sastavnog dela reanimacionog postupka. Imajući pored ostalog u vidu i obezbeđivanje istog puta od refluksa gastričnog sadržaja kao i omogućavanje upotrebe respiratora, a takođe i efektivnije spoljašnje masaže srca.

CILJ RADA je prikaz primene ETI, kao urgentne procedure u službi urgentne medicine, (u daljem tekstu SUM). Prospektivno je praćen medicinski tretman vitalno ugroženih pacijenata u Urgentno-prijemnoj službi Opšte bolnice u Čačku. Kao materijal je korišćena medicinska dokumentacija Knjige protokola pacijenata pomenute SUM čačanske bolnice u vremenskom periodu od 01. 01. 2009.god.do 31 .12.2009.god..

REZULTATI: u gore navedenom vremenskom periodu u Urgentnoj službi opšte bolnice u Čačku medicinski je zbrinuto 17838 pacijenata. Od ovog broja, kod njih 49 je izvršena ETI, kao reanimaciona mera, dakle urgentna procedura. Posmatrajući navedeni broj ET intubiranih pacijenata, njih 34,69% bilo je u stanju cardiac arrest-a, 20,40% politraumatizovanih, dok 18,36% predstavljaju intoksikacije različitih etiologija. Poremećaji disanja su bili indikacija za ETI kod 20,40% pacijenata sa cerebrovaskularnim inzultom, a kod 6,12% u statusu epileptikus-u.

Kao zaključak se nameće imperativna potreba primene ETI, kao suverenog metoda obezbeđivanja prohodnosti vazdušnog puta, odnosno urgentne procedure u SUM, a u cilju medicinskog zbrinjavanja vitalno ugroženog pacijenta, a kao neizostavni činioč CPC reanimacije u stacionarnim uslovima. Ista obezbeđuje i korektan oporavak pacijenta, po stabilizovanju vitalnih parametura u smislu očuvanja vitalnosti tkiva osetljivih na hipoksiju.

Ključne reči: ETI; Urgentna procedura; CPR.

e-mail: sasajovanovic@live.com

46.

OD SIMPTOMA DO DIJAGNOZE: AKUTNI INFARKT MIOKARDA DIJAFRAGMALNOG ZIDAPRIKAZ SLUČAJA

Rajko Zdravković(1), Dragana Mitrović(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BAR, (2)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADU

Akutni infarkt miokarda je akutni koronarni sindrom, jedan od oblika ishemijske bolesti srca, koji nastaje zbog naglog ili potpunog prekida cirkulacije u jednoj od koronarnih arterija, što ima za posledicu ireverzibilnu ishemiju i nekrozu miokarda, odnosno dolazi do trajnog oštećenja srčanog mišića, funkcionalnog i anatomskog.

Infarkt miokarda je jedna od najčešće postavljenih dijagnoza u hospitalnim uslovima.

U najvećem broju slučajeva uzrok akutnom infarktu miokarda je ruptura, fisura ili ulceracija aterosklerotične pločice koronarne arterije sa formiranjem tromba koji uz dodatni vazospazam okludira koronarnu arteriju (kod akutnog infarkta miokarda dijafragmalne lokalizacije okludirana je desna koronarna arterija). Redi uzroci okluzije mogu biti: embolusi, hipoksija, vazospazam koronarne arterije, koronaritis i luetički aortitis, kokain, amfetamin ili efedrin .

Faktori rizika su: hipertenzija, dijabetes melitus, hiperholesterolemija, hipertrigliceridemija, pušenje cigareta, gojaznost, fizička neaktivnost i porodično opterećenje.

Pored fizikalnog pregleda, kod pacijenta sa simptomima akutnog infarkta miokarda, potrebno je uzeti dobru anamnezu i uraditi mu elektrokardiogram i biohemijske analize.

CILJ RADA je da ukaže da je do tačne dijagnoze vrlo bitno da se dođe, počevši od opšte inspekcije pacijenta koji nam ulazi u ordinaciju ili ga zatičemo na terenu, uz pomoć detaljnog pregleda i u ovom slučaju elektrokardiograma i biohemijskih analiza koji bi nam je potvrdili.

MATERIJAL I METODE: deskriptivan prikaz podataka uz korišćenje podataka iz zdravstvenih protokola u službi Hitne pomoći.

U radu je prikazan pacijent P M 45 godina star, koji se javio Službi Hitne pomoći Bar zbog bolova u stomaku. Pacijentu je uzeta detaljna anamneza. Pacijent je naveo da je popio tabletu Ranitidina kod kuće, ali posle te

tablete nije osetio olakšanje. Do tada, pacijent nije bolovao od hroničnih bolesti, bavio se sportom i nije imao faktore rizika. Pacijentu je u ambulanti izmerena tenzija arterijalis sa vrednostima 170/100, urađen elektokardiogram koji je ukazivao na akutni infarkt miokarda dijafragmalnog zida. Pacijentu je plasirana braunila, uključena oksigenoterapija (O_2 7l u minutu), dato da sažvaće tabletu acetilsalicilne kiseline, data tableta nitrata sublingvalno, analgetik intravenski. Pacijent je posle aplikovanja terapije upućen na Interno odeljenje Bolnice Bar. Posle hospitalnog tretmana, pacijent se uspešno oporavio. Uz savet da izbegava faktore rizika, pacijent se sada uz korišćenje redovne, svakodnevne terapije dobro oseća.

Pacijentu, koji je sa gastričnim tegobama došao lekaru, naizgled odavao utisak lakšeg bolesnika na osnovu inspekcije, posle detaljnog pregleda i dodatnih analiza je ustanovljena dijagnoza akutni infarkt miokarda dijafragmalnog zida. Zato je važno da obratimo pažnju na svaki detalj iz anamneze, da klinički sagledamo pacijentovo stanje iz svih uglova da bismo došli do tačne dijagnoze.

Ključne reči: infarkt, miokard, pacijent

e-mail: rajkozdz@yahoo.com

47.

SPECIFIČNOSTI POVREDA CERVICALNOG U ODNOSU NA LUMBALNI SEGMENT KIČMENOG STUBA NA PREHOSPITALNOM NIVOU- ISKUSTVA INDIJSKE URGENTNE SLUŽBE

Tanja Lazarević, Saša Milić, Vasa Petrović

DOM ZDRAVLJA INDIJA, INDIJA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ: Cilj rada je ispitivanje uzroka i inicijalne prezentacije povreda cervikalnog (CS) i lumbalnog (LS) segmenta kičmenog stuba.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je sprovedeno kao prospektivna studija u Indijskoj urgentnoj službi od decembra 2008 do maja 2010 i posmatrane su dve grupe povređenih: sa povredom CS i povredom LS kičmenog stuba. Praćeni su uzrok, udruženost sa drugim povredama, inicijalni neurološki status, postojanju koštane lezije (dobijeni iz bolnice) vrsta i način imobilizacije. Zbrinjavanje je vršeno po jedinstvenom ABCD principu zbrinjavanja uz akcentiranje imobilizacije koja se izvodila sa cervikalnim kolirima, imobilizatorima glave, plastičnim "spinalnim daskama" i metalnim ("scoop") "spinalnim daskama". Formiran je poseban upitnik a podaci obrađeni standardnim statističkim metodama χ^2 test i T-test.

REZULTATI: Zbrinuto je 98 povređenih, 63(64%) sa dominantno zahvaćenom CS a 35(36%) sa LS. Udružene sa drugim povredama bilo je 51, 35(55%) kod povreda CS a 16(46%) kod LS. Najčešći uzroci bili su saobraćajni traumatizam 57% (70% kod CS i 40% kod LS, $p < 0,05$) i padovi sa visine 23% (60% kod LS i 11% kod CS, $p < 0,01$). Iz grupe sa povredama CS, inicijalno dvoje je imalo kvadriplegiju, dvoje respiratornu insuficijenciju, 10(16%) povređenih koštanu leziju bar jednog kičmenog pršljena i 20(32%) povređenih sa bar nekom vrstom neurološkog deficita, najčešće parestezija i slabosti ruku, a najviše sa distorzionim i distenzionim povredama(37). Iz grupe sa povredama LS, inicijalno dvoje je imalo paraplegiju, jedan respiratornu insuficijenciju, 9(26%) povređenih koštanu leziju, 4(15%) povređenih sa neurološkim deficitom, a najčešće kontuzione povrede praćene bolom(20). 96(98%) povređenih je imalo imobilizaciju, kod 60(61%) povređenih je kompletno imobilisan kičmeni stub, kod 28(29%) samo vratni deo kičme, kod 8(9%) povređenih torakolumbalni segment kičmenog stuba.

ZAKLJUČAK: Dobijeni rezultati pokazuju da su najčešći uzroci povreda kičme saobraćajni traumatizam kod povreda CS i padovi sa visine kod povreda LS. Kod povreda CS inicijalno se češće javlja neurološki deficit($p < 0,05$), dok kod povreda LS su neurološki ispadi ređi($p < 0,01$). U prehospitalnom tretmanu od ključnog je značaja zbrinjavanje po ABCD principu, adekvatno izvlačenje, kompletna i adekvatna imobilizacija i LS i CS kad postoji i najmanja sumnja i adekvatan transport u odgovarajuću ustanovu.

Ključne reči: Povrede kičmenog stuba, povrede vratne kičme, povrede lumbalne kičme, prehospitalni tretman, imobilizacija

e-mail: tanjalaza@yahoo.com

48.

KADA SPONTANI PNEUMOMEDIASTINUM OKARAKTERISATI KAO URGENTNO STANJE?

A.Ćirić (1), D.Ilinčić (2), D.Obradović (2), M.Koledin (2), B.Zarić (2), S.Hromiš (2)

(1) DOM ZDRAVLJA "DR MILORAD MIKA PAVLOVIĆ" INĐIJA, (2) INSTITUT ZA PLUĆNE BOLESTI VOJVODINE SREMSKA KAMENICA

CILJ: Cilj ovog rada je da se prikažu dijagnostičko terapijske dileme vezane za spontani pneumomediastinum (SPM).

SPM je redak klinički entitet koji se karakteriše prisustvom slobodnog vazduha oko medijastinalnih struktura, pri čemu se u prvom redu mora isključiti akutni mediastinitis. Najčešće se opisuje kod mlađe populacije, i to uglavnom kod muškaraca, a često bez jasno definisanog uzroka nastanka. Klinička slika se zasniva na sledećem trijasu simptoma: bol iza grudne kosti, dispnea i subkutani emfizem. SPM se obično spontano povlači nakon nekoliko dana hospitalizacije tokom koje se pokušava utvrditi osnovni uzrok, uz simptomatsko lečenje.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivnom deskriptivnom studijom su analizirani bolesnici sa navedenom dijagnozom koji su lečeni na Klinici za grudnu hirurgiju Instituta za plućne bolesti Vojvodine u Sremskoj Kamenici u periodu između januara 2004. i aprila 2010. godine.

REZULTATI: U navedenom periodu na Klinici za grudnu hirurgiju Instituta za plućne bolesti Vojvodine hospitalizovano je ukupno 8791 bolesnika, od kojih je kod 11 (1,25%) postavljena dijagnoza SPM. Od ukupnog broja bolesnika 8 je bilo muškaraca (72,7%) i 3 žene (27,3%). Prosečna starost bolesnika bila je 34,5 godina. Kod 63,6% je pretpostavljen uzrok nastanka SPM, pri čemu je najčešći uzrok bilo kašljanje/kijanje (45,4%). U kliničkoj slici dominirao je subkutani emfizem, koji je bio prisutan kod 45,5% bolesnika. Astma i hronična opstruktivna bolest pluća (HOBP) bili su najčešći komorbiditeti (36,3%), a upravo kod ovih bolesnika bolest se inicijalno manifestovala kao urgentno stanje. Kod jedne bolesnice je nakon ekstrakcije zuba došlo da razvoja SPM sa dramatičnom kliničkom slikom. Prosečna dužina bolničkog boravka bila je 5,72 dana. Kod svih bolesnika ishod lečenja je bio pozitivan.

ZAKLJUČAK: Spontani medijastinum je stanje koje kod hroničnih plućnih bolesnika može da ima kliničku prezentaciju urgentnog stanja. Posebnu pažnju treba obratiti na bolesnike koji kao komorbiditete imaju astmu i HOBP.

e-mail: ciricalexandra@gmail.com

49.

URGENTNA TERAPIJA AKUTNOG NAPADA GUŠENJA KOD OBOLELIH OD HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA I BRONHIJALNE ASTME U PREHOSPITALNIM USLOVIMA

Emilio Miletić(1), Dragana Mitrović(2), Divnica Milijić(1), Saša Mihajlović(1)

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (1)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE

CILJ RADA je da pokaže terapijske metode, koje se koriste prilikom akutnog napada gušenja kod pacijenata sa hroničnom opstruktivnom bolešću pluća (HOBP) i bronhijalnom astmom (BA) u Službi hitne medicinske pomoći (SHMP) ZC Knjaževac, kao i njihovu uspešnost.

Za ispitivanje su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda SHMP ZC Knjaževac i protokola kućnih poseta SHMP ZC Knjaževac. Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u toku rada u SHMP u periodu od 15.05.2009. do 15.05.2010. godine, sa posebnim osvrtom na primenjenu terapiju kod osoba sa HOBP i BA.

Značajno poboljšanje simptoma, kod osoba sa HOBP i BA lečenih ambulantno, nastalo je u 92,86% slučajeva (57,15% nakon primene inhalacione terapije, 35,71% nakon primene kombinovane inhalacione i intravenske terapije). Kod 7,14% osoba nije došlo do značajnog poboljšanja nakon primene kombinovane inhalacione i intravenske terapije nakon čega su oni upućeni u opštu bolnicu. Značajno poboljšanje simptoma, kod osoba sa HOBP i BA lečenih na terenu u kućnim uslovima, nastalo je u 85,71% slučajeva nakon primene intravenske terapije. Kod 10,72% osoba nije došlo do značajnog poboljšanja nakon primene terapije, nakon čega su oni transportovani u opštu bolnicu. 3,57% (1 sučaj) se završio letalno.

Napadi akutne dispneje, kod osoba sa HOBP i BA, se mogu sanirati uspešno u najvećem broju slučajeva na terenu ili u ambulanti SHMP. U više od polovine slučaja mogu se sanirati uspešno samo primenom inhalacione terapije, ali samo u ambulantnim uslovima gde je moguća primena ove terapije pomoću inhalatora.

e-mail : mileticemj@gmail.com

50.

ZNAČAJ REHIDRATACIJE KOD PACIJENTA SA DIJAREJOM-PRIKAZ SLUČAJA

Dragana Mitrović (1), Jasmina Ignjatović (1), Jovica Đorđević (1), Rajko Zdravković (2), Aneta Živulović (3), Emilio Miletić (3)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (2)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BAR, (3)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Dijareja označava povećanje učestalosti pražnjenja creva kao i povećanje sadržaja tečnosti ili volumena crevnog sadržaja i može biti izazvana različitim etiološkim faktorima: infekcijom, lekovima, psihološkim uzrocima, inflamacijom i može biti postoperativna.

CILJ ovog rada je da prikaže simptome i mere blagovremene terapije kod pacijenata sa simptomima dijareje kako ne bi došlo do dehidracije pacijenta i posledičnog smanjenja minutnog volumena srca .

MATERIJAL I METODE: deskriptivan prikaz podataka uz korišćenje podataka iz medicinskog zdravstvenog kartona pacijenta. U radu će biti prikazan slučaj pacijenta P. V. starosti 18 godina, koji se sa simptomima dijareje javio na pregled u Službu za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece sa medicinom sporta i savetovalištem za mlade u Knjaževcu. Pacijent je imao više prolivastih stolica koje su bile praćene mučninom i bolovima u stomaku. Osećao je slabost, malaksalost i vrtoglavicu. Telesna temperatura je bila 36,6°C. Tenzija arterijalis je bila 95/60. Posle detaljnog pregleda u ambulanti, pacijentu je propisana terapija u vidu infuzije od 500ml fiziološkog rastvora sa ampulom vitamina C, ampulom vitamina B6, ampulom blokatora H2 receptora i antibiotikom koju je primio na Odeljenju Pedijatrije u Knjaževcu u dnevnoj bolnici. Pacijentu je dat savet o ishrani i propisani probiotici. Sutradan se javio na kontrolu, osećao se bolje, izmerena je tenzija arterijalis 115/75, imao je dve prolivaste stolice praćene povraćanjem i hiperemično ždrelo. Zbog tegoba mu je propisan antibiotik iz grupe cefalosporina, propisani probiotici, dat savet o ishrani i dat uput za mikrobiološko ispitivanje stolice, uput za ispitivanje krvne slike. Nalaz koprokulture je bio negativan, izolovana je fiziološka crevna flora Nalaz kompletne krvne slike je bio u granicama normale. Pacijent se javio na kontrolu posle sprovedene terapije, dobro se osećao, bio je bez tegoba.

Veoma je značajna blagovremena primena rehidracije kao jedne od terapijskih metoda kod lečenja simptoma dijareje, odmah po postavljanju dijagnoze. Treba lečiti osnovnu bolest koja dovodi do dijareje, a rehidracija je potpora organizma za njegovo dalje funkcionisanje.

Rehidracija je jedna od terapijskih mera kod lečenja simptoma dijareje. Kod pacijenta sa dijarejom kod koga nije sprovedena rehidracija, dolazi do insuficijencije cirkulatornog sistema što može da uzrokuje oštećenje centralnog nervnog sistema. Dehidracija zbog toga može da uzrokuje gubitak svesti, i posledično povređivanje pacijenta kao posledica pada. Elektrolitni dizbalans, kod pacijenta sa dijarejom i dehidracijom može uzrokovati oštećenje tkiva.

Ključne reči: Dijareja, stolica, rehidracija

e-mail:draganamitrovic1981@gmail.com

51.

URGENTNE PROCEDURE U SHMP DZ FOČA

Igor Kapetanov, Radmila Kapetanov

DOM ZDRAVLJA FOČA

UVOD: Procedure u DZ Foča uvedene su 01.10.2007. god. u okviru pripreme ove ustanove za akreditaciju koja je obavljena 27.5.2008. god.

CILJ: Cilj rada je da se prikaže na koji je način organizovan rad SHMP u malim mestima, gdje je nužna bliska saradnja sa službom porodične medicine.

MATERIJAL I METODE: Pri izradi rada korišten je Vodič za akreditaciju domova zdravlja, izdat od Ministarstva zdravlja Republike Srpske, kao i Pravilnik o djelovanju po pitanju hitnih medicinskih stanja DZ Foča i Procedure o pružanju hitne medicinske pomoći DZ Foča.

REZULTATI: Uvođenjem ovih dokumenata, do detalja je objašnjena organizacija rada u SHMP, kao i obaveze ljekara, sestara i vozača koji obavljaju HMP. Pored organizacije posla, ovim aktima su propisani načini pružanja prehospitalne hitne pomoći za hitna stanja pojedinačno. Procedure su napisane za slijedeća stanja: kardiocerebralna reanimacija, AIM, ICV, hipertenzivnu krizu, poremećaji srčanog ritma, edem pluća, prehospitalno zbrinjavanje povreda, visoko febrilno stanje, akutni abdomen, konvulzije, epileptički napad, šok, hipo i hiperglikemije, akutna trovanja, urgentna stanja u psihijatriji. Ovi akti su napisani u kratkoj formi, jednostavnim jezikom i redovno se aktuelizuju. Takođe u ustanovi se vrši kontinuirana medicinska edukacija sa predavanjima i praktičnim vježbama, a teme iz oblasti urgentne medicine su među najčešćim i najposjećenijim.

ZAKLJUČAK: Uvođenjem procedura je u znatnoj mjeri pojednostavljen rad osoblja u SHMP, a naročito je značajno daje izbjegnuta šarolikost primjenjene terapije, koja je u velikoj mjeri bila prisutna.

e-mail: kapetanovfil@yahoo.com

52.

URGENTNO ZBRINJAVANJE PACIJENTA U ANAFILAKTIČKOM ŠOKU - PRIKAZ SLUČAJA

Elvira Lukač Radončić, Mirsala Islamović Aličković, Bahrija Marovac, Azra Hanuša

ZDRAVSTVENI CENTAR NOVI PAZAR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Anafilaktički šok je katastrofalna i često fatalna vrsta alergijske reakcije koji nastaje u roku nekoliko minuta, posle parenteralne (retko kada oralne) primene lekova ili nehumanih belančevina, uključujući i hranu, serume i otrove (otrove koje luče životinje i insekti: zmijske, paukovi, škorpioni, pčele, ose, stršljeni...). Manifestacije su: respiratorni distres, urtikarija, svrab, otok mukoznih membrana, gastrointestinalni poremećaji i vaskularni kolaps.

CILJ RADA je da se ukaže na značaj što bržeg uspostavljanja vazomotornog tonusa i nadoknada cirkulatornog volumena kako bi se sprečio nastanak tzv. nekompenzovanog šoka.

MATERIJAL I METODE: Prikazujemo slučaj pacijenta koji je primljen i tretiran u Službi hitne pomoći ZC Novi Pazar.

REZULTATI: Pacijent A. H. star 43.god., oko 17h, uz pomoć prijatelja ulazi u ambulantu Hitne pomoći ZC Novi Pazar. Somnolentan, konfuzan u odgovorima, na licu vidljiv otok očnih kapaka i gornje usne, sa crvenilom kože i beličastim urtikama, orošen hladnim znojem, promuklog glasa, tahikardičan i tahipnoičan. Heteroanamnestički saznajemo da je mladić zadobio više ujeda pčela u predeo vrata i glave.

Pri pregledu nalazimo otok uvule. Auskultatorno na plućima vezikularno disanje uz po koji bronhitičan šušanj u gornjim partijama, srčana akcija tahikardična, oko 110/min, tonovi tiši, puls filiforman i tahikardičan, TA 70/40 mmHg.

Ordinirana terapija: O₂ 5 l /min, Adrenalin HCL (1:1000), 0,5 mg subkutano. Nakon toga se otvara venski put i ordinira Synopen ampula od 20 mg i.v a potom uključuje Ringer laktat od 500ml u brznoj infuziji koji ističe za oko 20 minuta. Pritisak je TA 90/60 mm Hg, promuklost i osip na koži i dalje perzistiraju. Pacijentu dajemo još 0.3 mg Adrenalin HCL (1:1000) subkutano. Ponovo se ordinira infuzija 0,9% NaCl od 1000ml zajedno sa Lemod-solu 2 ampule od po 40 mg i Synopen ampulom od 20 mg.

Nakon sat vremena od isticanja infuzije osip se povlači, TA 120/ 70 mm Hg, srčana frekvenca 86 otkucaja u minuti, disanje vezikularno.

DISKUSIJA: Primarna mera u terapiji šoka je procena kliničke slike bolesnika i na prvom mestu obezbedjenje disajnog puta. Zbog prisutnog angioedema i teške urikarije, pristupilo se davanju adrenalina i odmah započela nadoknada volumena tečnosti, u cilju da se već u ranoj fazi anafilaktičkog šoka normalizuje arterijska tenzija. Kortikosteroidi se ne koriste za akutne manifestacije ali mogu da pomognu u kontroli hipotenzije i bronhospazma. Opravdana je i upotreba Aminofilina 0,25- 0,5 gr i. v kod bronhospazma.

ZAKLJUČAK: Brz dolazak do najbliže zdravstvene ustanove, adekvatan i energičan tretman kao i dobra obučenost medicinskog tima su faktori koji osiguravaju uspešan prehospitalni tretman pacijenta u anafilaktičkom šoku.

e-mail:elvirkaa@yahoo.co.uk

53.

VENTRIKULARNA FIBRILACIJA-PRIKAZ SLUČAJA

Tatjana Radaljac, Dejan Radaljac, Vesna Vučetić

ZDRAVSTVENI CENTAR "DR M.MARIN", LOZNICA

UVOD: Poremećaji ritma i provođenja su česta komplikacija akutnog ishemijskog sindroma. Učestalost malignih poremećaja srčanog ritma i provođenja zavisi od težine kliničke slike i veličine infarktne lezije. Verovatnost srčanog aresta u prvih 72 sata akutnog infarkta miokarda iznosi 15-20%. Najvišem riziku su izloženi ventrikularna tahikardija i ventrikularna fibrilacija.

CILJ RADA: Prikaz značajnosti promptne dijagnostičke i terapijske procedure u VF kod bolesnika sa akutnim infarktom miokarda-inferioposteriorni.

METOD RADA: Pacijent muškog pola, star 48 godina primljen u IO zbog retrosternalnog bola.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijent dugogodišnji pušač i hipertoničar u toku fizičkog napora dobija jak bol u sredogrudju praćen mučninom i preznajavanjem. Nakon intervencije SHMP-i, biva upućen u IO sa slikom AIM dijafragmalne lokalizacije. EKG na prijemu: sinusni ritam, f 50/min, ST elevacija u D2, D3, AVF; ST depresija V1-V3. TA: 180/100 mmHg. Neposredno nakon smeštanja u koronarnu jedinicu pacijent gubi svest, prestaje da diše, na

monitoru se beleži VF. Započete mere CPR, defibrilacija(200,300)), nakon čega dolazi do uspostavljanja normalne srčane radnje i disanja. Pacijent dalje tretiran enoksiparinom, klopidogetrom, aspirinom i ostalom simptomatskom terapijom. Opušten kardiorespiratorno kompezovan.

DISKUSIJA: Primarna VF je najčešći uzrok nagle srčane smrti u toku infarkta miokarda. Prva 4 sata se dešava do 80% svih VF u AIM. Sekundarna VF je uzrokovana velikom nekrozom, srčanom insuficijencijom, aneurizmom, kardiogenim šokom i javlja se nakon 48h sa lošom prognozom. Jednogodišnji mortalitet ovih bolesnika je 85% za razliku od primarne VF gde je 15%. VF je najčešći uzrok nagle srčane smrti kod bolesnika u vanbolničkim uslovima, zato je neophodno primeniti mere reanimacije do primene defibrilatora jer se ovaj poremećaj ritma leči defibrilacijom.

ZAKLJUČAK: Stepen VF je veoma visok u prvim satima akutnog infarkta miokarda. Zato je bitno primeniti na vreme adekvatan dijagnostičko-terapijski tretman lečenja.

e-mail: radaljact@gmail.com

54.

ZBRINJAVANJE AKUTNOG ZASTOJA SRCA - PRIKAZ RADA HITNE POMOĆI ZDRAVSTVENOG CENTRA NOVI PAZAR

Damir Husović, Mirsala Islamović-Aličković, Safet Muratović

ZDRAVSTVENI CENTAR NOVI PAZAR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ RADA: Cilj rada je bio da se prikažu mere kardiopulmonalno-cerebralne reanimacije (KPCR), prehospitalno i neophodnost blagovremenog i adekvatnog započinjanja KPCR-a u terenskim uslovima, na mestu gde se incident desio, tokom transporta do hitne službe, a koja je uspešno dovršena u reanimacionoj ambulanti hitne službe u Novom Pazaru.

METOD: KPCR je rađena muškarcu starom 65 godina, koji je pre tri godine preležao infarkt zadnjeg zida srca, a kod koga je akutni infarkt prednjeg srčanog zida komplikovan ventrikularnom fibrilacijom doveo do prestanka cirkulacije, disanja i gubitka svesti.

PRIKAZ SLUČAJA: Ekipa hitne pomoći je primila poziv da je muškarcu starosti oko 65 godina iznenada pozlilo, da je izgubio svest i prestao da diše, pa su ga članovi porodice ubacili u kombi vozilo i krenuli ka hitnoj pomoći. Telefonski je uspostavljena veza sa osobama iz kombija, rečeno im je da unesrećenog polože na pod i započnu reanimaciju. Po prijemu poziva ekipa hitne pomoći je krenula u susret kombiju i nakon četiri minuta su se susreli. Unesrećeni je prebačen u vozilo hitne službe, gde je lekar konstatovao prestanak disanja i cirkulacije i započete su mere KPCR-a. Na monitoru defibrilatora je verifikovana ventrikularna fibrilacija, te je izvršena defibrilacija sa 180 J. Kako nije bilo rezultata nastavljena je reanimacija do ambulante hitne službe, gde je pacijent intubiran. Nakon četiri ciklusa reanimacije i intravenski date jedne ampule adrenalina, na monitoru defibrilatora je konstatovana fibrilacija ventrikula, te je pacijent defibriliran sa 180 J. Nakon nekoliko sekundi pacijent je počeo spontano da diše, došao svesti i prebačen u koronarnu jedinicu internog odeljenja gde je naknadno dijagnostikovao akutni infarkt prednjeg srčanog zida.

DISKUSIJA: Zapčinjanje reanimacije na mestu gde dođe do kardiorespiratornog aresta od strane prisutnih, umnogome povećava uspešnost reanimacije i olakšava njen dalji nastavak od strane ekipe hitne pomoći koja pristiže na mesto događaja.

ZAKLJUČAK. Za uspešnost KPCR-a neophodno je u optimalnom vremenu od nastupanja kardiorespiratornog aresta započeti reanimacione mere ma gde se incident desio.

e-mail: husovicdamir@yahoo.com

55.

ZNAČAJ PREHOSPITALNOG MONITORINGA KOD PACIJENTA SA AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM (PRIKAZ SLUČAJA)

Enes Slatina

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ SARAJEVO

Namjera ovog rada je da kroz prikaz slučaja pacijenta sa akutnim koronarnim sindromom ukaže na značaj non-stop monitoringa u spašavanju života. Naime, naš pacijent sa radnom dijagnozom ACS je u toku transporta do bolnice doživio kliničku smrt. Pacijent je spašen samo zahvaljujući tome što je bio praćen sa kompletnim timom hitne pomoći i sa konstantnim monitoringom. Bez adekvatne opreme za reanimaciju i dobro obučenog tima veliko je pitanje da li bi preživio, a pri tom se vodilo računa o činjenici da svako kašnjenje u oživljavanju smanjuje šansu za preživljavanje. Ovo nije jedini slučaj, koji se desio u autu hitne pomoći sa istim simptomima i

dijagnozom, da pacijent u toku transporta doživi kliničku smrt i samo zahvaljujući non-stop monitoringu, prisebnosti i dobroj obučenosti timova hitne pomoći, pacijenti su spašeni. Znajući da srčana oboljenja pripadaju u prvu grupu po smrtnosti i obolijevanju u svijetu potrebno je voditi računa, zbog mogućih komplikacija, da se kod pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom, i pored potrebe za brzim transportom, ne transportuju u bolnicu bez adekvatne opreme za praćenje zdravstvenog stanja, kao i dobro obučenog tima urgentne medicine koji je kadar u svakom momentu pravilno reagovati i pristupiti CPR.
Ključne riječi: ACS, klinička smrt, defibrilacija

e-mail: eslatina@gmail.com

56.

AKUTNE ALKOHOLNE INTOKSIKACIJE NA ODELJENJU ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA OPŠTE BOLNICE KIKINDA

Vladimir Perić, Nenad Veljković

OPŠTA BOLNICA KIKINDA, ODELJENJE ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA

CILJ: Evaluacija bolesnika sa akutnim alkoholnim intoksikacijama na odeljenju za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja Opšte bolnice Kikinda.

MATERIJAL I METODE: Ispitivanje je obuhvatilo bolesnike koji su opservirani na urgentno prijemno trijažnom odeljenju Opšte bolnice Kikinda. Korišćeni su podaci iz izveštaja lekara i protokola observacija bolesnika. Podaci su prikupljeni retrospektivno i obuhvatili su period u toku 2009. godine. Rezultati su obrađivani statističkom metodologijom, metodama deskriptivne i analitičke statistike.

REZULTATI: Iz rezultata se vidi da je 25%, dakle svaki četvrti pacijent, mlađi od 24 godine. 50% pacijenata bilo mlađe od 40 godina, a 75% pacijenata mlađe od 50 godina.

Bilo je ukupno 89,14% bolesnika muškog pola i 10,86% bolesnika ženskog pola.

Gledajući broj bolesnika po danima, u dane vikenda bilo je opservirano 34,78% pacijenata od ukupnog broja.

Učestalost pacijenata u alkoholnoj komi je bila 23%. Rezultati pokazuju da je 25% pacijenata u komi imalo 17.25 godina i manje 50% svih pacijenata u komi bilo mlađe od 20 godina dok je 75% pacijenata bilo mlađe od 37.75 godina. Takođe bilo je 15% povratnika.

ZAKLJUČAK: Prikazani rezultati ukazuju na problem akutnih alkoholnih intoksikacija u mlađoj populaciji, koje su najčešće u periodu vikenda, koje su u velikom procentu bile sa slikom alkoholne kome. Svaka deseta osoba koja je bila opservirana bila je ženskog pola što skreće pažnju na problem akutnih alkoholnih intoksikacija kod mladih osoba ženskog pola što može da ima veoma teške posledice po društvo zbog specifične uloge žene u smislu materinstva. Takođe primećujemo izvestan broj povratnika 15% koji su često lošeg socioekonomskog stanja i za čije zbrinjavanje je potrebno učešće i ustanova socijalnog zbrinjavanja.

e-mail: vldperic@yahoo.com

57.

AKUTNI MOŽDANI UDAR - PROTOKOLI ZBRINJAVANJA

Milena Jokšić(1), Siniša Šijačić(1), Dragan Tančik(1), Sandra Jularić(1), Eva Agoč-Benarik(1), Radojka Jokšić(2)

(1) DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2) ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

UVOD: Akutni moždani udar (AMU) - bolest koja je treći uzrok smrti u svetu, a prvi u našoj sredini. Pored visokog stepena mortaliteta, to je bolest sa najvećim stepenom invaliditeta u odnosu na sve druge neurološke bolesti, te stoga predstavlja veliki ne samo medicinski, već i socioekonomski problem. Za hitnu medicinsku pomoć to je stanje koje se svrstava u prvi red hitnosti.

CILJ: Prikazati učestalost AMU u radu Službe hitne medicinske pomoći (SHMP) Doma zdravlja Bečej (DZ Bečej), kao i način zbrinjavanja pacijenata i faktore od kojih on zavisi.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je retrospektivno i opservaciono. Podaci su prikupljeni za pacijente zbrinute u SHMP DZ Bečej u periodu od 1.1.2009. do 31.12.2009. zbog simptoma AMU. Prikupljeni su iz protokola SHMP i obrađeni upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

REZULTATI: U toku 2009. godine u SHMP pregledano je 9673 pacijenta. Kod 57 pacijenata je postavljena dijagnoza AMU, kod 27 muškaraca i 30 žena. Prosečna životna dob pacijenata bila je 71,6 godina. U SHMP su češće bili lečeni pacijenti sa dijagnozom prvog AMU (78,95%). 50,88% pacijenata je poslato u bolnicu, dok je kod ostalih ordinirana terapija i bili su upućeni neurologu u Dom zdravlja. Protokol lečenja pacijenta od strane lekara SHMP zavisio je od: stepena neurološkog deficita, poremećaja svesti i starosti pacijenta.

ZAKLJUČAK: Prema preporukama Nacionalnog vodiča za Akutni moždani udar svi pacijenti sa AMU trebalo bi da se leče u Jedinicama za moždani udar. Šest godina nakon pisanja Nacionalnog vodiča, broj bolničkih postelja je još uvek nedovoljan za zbrinjavanje sve većeg broja pacijenata obolelih od AMU, tako da lekar na terenu mora da proceni koliku će korist pacijent imati od transporta do bolnice.

e-mail: milenajoksic@hotmail.com

58.

FAKTORI KOJI UTIČU NA USPEŠNOST PREHOSPITALNIH MEDIKAMENTOZNIH KONVERZIJA TAHIKARDIJA

Radojka Jokšić(1), Branislava Cvetičanin(1), Ivan Lekin(1), Milena Jokšić(2), Ankica Vasić(2), Gordana Panić(3)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, BEČEJ, (3)INSTITUT ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI VOJVODINE, SREMSKA KAMENICA

UVOD: Tahikardije, promene u automatizmu i provođenju impulsa, kod nekih osoba mogu dovesti do značajnih simptoma i hemodinamskih promena, pa čak i iznenadne smrti, dok su kod drugih asimptomatske.

CILJ: Prokaz učestalosti tahikardija, faktori koji utiču na uspešnost prehospitalnih medikamentoznih konverzija, kao i faktori koji utiču na dalji tretman pacijenata.

MATERIJAL I METODE: U radu je korišćeno retrospektivno, opservaciono istraživanje koje je sprovedeno u Zavodu za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP Novi Sad), Službi hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Bečej (SHMP DZ Bečej) i Institutu za kardiovaskularne bolesti Vojvodine iz Sremske Kamenice (IKVBV Sr. Kamenica). Ciljna grupa su bili pacijenti koji su u periodu od 01.01.2009. do 31.12.2009. godine lečeni zbog tahikardije, a potom ili vraćeni kući ili transportovani uz lekarsku pratnju u IKVBV Sr. Kamenica. Pacijenti su podeljeni u tri grupe: teren NS, ambulanta NS, Bečej. Svi podaci su obrađeni upotrebom statističkog paketa SPSS 11 i Statistica 7.

REZULTATI: Uspešnost medikamentoznih konverzija tahikardija bila je 83,1% u ambulanti NS, 83,86% teren NS i 93,33% Bečej. Faktori koji su uticali na uspešnost su različiti u sve tri grupe pacijenata zbog specifičnosti uslova rada. Na prvom mesta je bila dužina opservacije, ali tu su i pol, starost, srčana frekvenca pre terapije, tip aritmije, primenjena terapija i broj datih ampula antiaritmika. Dalji tretman pacijenta nakon primenjene terapije zavisio je isključivo od postignute konverzije tahikardije, odnosno od srčane frekvence. Od 21,02% pacijenata transportovanih u bolnicu, nakon pregleda i opservaciji, hospitalizovano je samo 6,86%.

ZAKLJUČAK: Za uspešno zbrinjavanje pacijenta sa tahikardijom potrebno je dobro stručno poznavanje poremećaja ritma, mogućnost primene adekvatnih antiaritmika i njihovih kombinacija, kao i vreme za dejstvo primenjene terapije da bi se postigla konverzija ritma u visokom procentu.

e-mail: radojkajoksic@gmail.com

59.

GUBITAK SVESTI - OD NESVESTICE, DO KOME I LETALNOG ISHODA

Gordana Đokić, Jelena Petković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

Gubitak svesti predstavlja prolazni, nagli i često iznenadni i kratkotrajni prekid kontinuiteta svesti praćen poremećajem tonusa, padom, i često različitim motornim manifestacijama. Termini "svest", "svesnost", "nesvesnost" i "budnost" imaju veliki broj značenja, pa je ponekad nemoguće izbeći dvosmislenost pri njihovoj upotrebi.

Gubitak svesti je svrstan u pozive prvog stepena hitnosti, tako da je sa stanovišta organizacije rada hitne službe neophodna dobra procena od strane dispečera o kakvom se stanju stvarno radi.

CILJ RADA je bio da utvrdimo u kojoj meri je gubitak svesti, primljen i tretiran kao prvi stepen hitnosti, odgovarao stvarnoj situaciji na terenu, koje su dijagnoze najčešće postavljane i koje terapijske procedure korišćene.

METOD RADA: podaci su dobijeni analizom terenskih protokola za period od šest meseci: maj 2009-oktobar 2009. god. U navedenom periodu ekipe ZHMP Kragujevac obavile su 9 588 pregleda na terenu, od kojih su na 191 upućene po prioritetu prvog stepena hitnosti jer se radilo o pacijentu koji je bez svesti.

REZULTATI: 36 (18,84%) pacijenata je zatečeno u besvesnom stanju, 53 (27,74%) je tretirano kao stanje posle kolapsa; povreda, vertiginozni sindrom, alkoholisano stanje i pokušaj trovanja lekovima bio je kod pozivaoca „prepoznat kao gubitak svesti“ kod po 7 (3,70%) pacijenata. ACS učestvuje sa 8 (4,18%), Hipotenzija sa 21 (10,99%), Epilepsija sa 6 (3,14%), psihoze su dijagnostikovane kod 12 (6,28%) pacijenata. Kod 46 (24,08%), nije bilo ni naznaka o prethodnom gubitku svesti, a patologija se kreće od gastritisa, do reumatskih oboljenja i

povreda kolena. Korišćene terapijske procedure: obezbeđivanje disajnog puta, ventilacija i oksigenacija, nadoknada volumena, medikamentozna terapija. 117 (61,25%) je preveženo u UC radi dalje dijagnostike i lečenja.

ZAKLJUČAK: Zbog bolje organizacije i kvaliteta rada, pronaći načine za smanjenje broja neopravdanih poziva.

e-mail: fil.sa_go@nadlanu.com

60.

PRIMENA TRANSKUTANOG PEJSINGA U KARDIOPULMONALNOJ REANIMACIJI

Bogdan Nikolić(1), Veljko Veljković(1), Živić Marija(2), Snežana Gajić(3), Nevenka Borković Radunović(3)

(1) DOM ZDRAVLJA "DR ĐORĐE LAZIĆ" SOMBOR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2) DOM ZDRAVLJA "DR ĐORĐE LAZIĆ" SOMBOR, AMBULANTA TELEČKA, (3) OPŠTA BOLNICA "DR RADIVOJ SIMONVIĆ", SOMBOR

CILJ RADA: Našim radom želimo da ukažemo na činjenicu da primena transkutanog pejsinga (TCP) može biti spasonosna, i pored obeshrabrujućih rezultata istraživanja o primeni u kardiopulmonalnoj reanimaciji (KPR).

MATERIJAL I METODE: U svom radu pregledali smo dokumentaciju KPR u HMP Sombor vođenu prema Utstein protokolima, podatke u memoriji defibrilatora kao i dostupna istraživanja u literaturi i važeće preporuke Američkog udruženja kardiologa (AHA) i Evropskog saveta za reanimaciju (ERC).

REZULTATI: Većina prehospitarnih studija pokazuje da nema preživljavanja u slučajevima asistolije i primene TCP, a neke manje studije navode 4% do 8% preživljavanja kada je rano primenjen. U slučaju bradiasistolijskog srčanog zastoja i primene transkutanog pejsinga preživljavanje se kreće od 50% do 100%. Uspešne reanimacije upotrebom transkutanog pejsinga prikazane su u više slučajeva hipotermije.

Transkutani pejsing u KPR, nije često opisivana intervencija. Prema važećim preporukama ERC i AHA, indikovano je kod pacijenata u bradiasistolijskom srčanom zastoju.

HMP Sombor poseduje mogućnost primene TCP oko godinu dana i u tom periodu je u KPR ova intervencija pokušana kod 5 pacijenata.

Detaljno prikazujemo dva slučaja srčanog zastoja pacijenata starosti 49 i 70 godina, u kojima je TCP primenjen u asistoliji nastaloj nakon nekoliko defibrilacija, što je dovelo do uspostavljanja spontane cirkulacije i disanja. Prvi pacijent je nakon urgentne primene trombolitičke terapije otpušten kući, bez neuroloških posledica, dok je u drugom slučaju, nakon intenzivnog lečenja od dvadeset dana došlo do letalnog ishoda.

ZAKLJUČAK: Važno je naglasiti da prema našim rezultatima, a to potvrđuju i objavljena istraživanja, primena TCP u asistoliji može dati očekivani ishod samo u slučajevima kratkotrajne asistolije, kada postoji očevidac koji započinje KPR ili kada je asistolija nastala nakon defibrilacije.

Treba imati na umu da borba za život pacijenta uvek započinje primenom važećih protokola, ali se time i ne završava.

e-mail: sailfunb@gmail.com

61.

SINHRONA KADIOVERZIJA – PRIKAZ SLUČAJA

Mirko Vidović, Tanja Radovanović

DOM ZDRAVLJA TEMERIN, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Kardioverzija je medicinski postupak kojim se srčane aritmije konvertuju u normalan ritam koristeći lekove ili struju. Sinhrona kardioverzija je postupak koji označava primenu jednosmerne električne energije radi prekidanja srčanih aritmija. Sinhrona funkcija omogućava isporučivanje električne energije u optimalnom trenutku srčanih ciklusa koji odgovara R talasu QRS kompleksa na EKG. Sinhrona kardioverzija se koristi za lečenje hemodinamskih stabilnih tahikardija uskih kompleksa, atrijalne fibrilacije i flatera. Takođe sinhrona kardioverzija koristi se i za lečenje hemodinamski stabilnih tahikardija širokih kompleksa uključujući i ventrikularnu tahikardiju sa pulsom.

CILJ RADA: Prikaz slučaja sinhrono kardioverzije u SHMP, kod pacijenta kod koga je dijagnostikovana tahikardija širokih kompleksa sa pulsom.

METOD RADA: Retrospektivna analiza slučaja sinhrono kardioverzije kod pacijenta kod koga je dijagnostikovana hemodinamski stabilna tahikardija širokih kompleksa.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijent sa javio u SHMP zbog osećaja ubrzanog rada srca i gubitka svesti. Anamnestički se dobijaju podaci da je pacijent dugogodišnji srčani bolesnik (rađena koronarana angioplastika i ugrađen pace maker). Objektivnim pregledom utvrđeno: TA 110/60mmHg, ŠUK 8,3 mmol/l, SaO₂ 93, EKG – tahikardija širokih kompleksa sf 180/min, puls nad art. radialis palpabilan. Terapijski postupak: postavljen EKG monitoring, kiseonik 5 l/ min, uspostavljen iv put (2 široke iv kanile), ordiniran Amiodaron 150 mg iv. Tahikardija i dalje

perzistira. Pacijent sediran (Midazolam 5 mg iv), obezbeđen disajni put, urađena kardioverzija u sinhronom modu sa 75J. Nakon kardioverzije uspostavlja se ritam pace makera sf 60/min. Pacijent uz kontinuiran monitorig i pratnju ekipe SHMP prebačen na Institut za KVB u Sremskoj Kamenici.

ZAKLJUČAK: Rad ukazuje na značaj ranog prepoznavanja i lečenja ozbiljnih poremećaja srčanog ritma na terenu, što zahteva adekvatnu osposobljenost i opremljenost ekipa Službe hitne medicinske pomoći.

e-mail: mirko.urgentna@gmail.com

62.

TELEMEDICINA-SPOJ SAVREMENIH DOSTIGNUĆA U MEDICINI I INFORMATICI

Mirjana Milićević Branislav Lazić, Milena Tasić, Budislava Dimković

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Telemedicina je spoj najnovijih saznanja u oblasti medicine i kompjuterske tehnologije koja ima za cilj poboljšanje komunikacije između lekara hitne pomoći , interno – konsultacija sa načelnikom i koordinatorom , kao i sa lekarima u ustanovama tercijarne zdravstvene zaštite – gde se zbrinut pacijent predaje na dalje lečenje .

U hitnoj pomoći ovo dostignuće nalazi primenu u obliku aparata koji GPS sistemom šalju informacije o pregledanom pacijentu na server sa kojeg je te informacije moguće pročitati sa udaljenih mesta kao što su koronarne jedinice ,sale za kateterizaciju, dispečerski centar - načelnik i drugi lekari za konsultaciju.

Informacije o pacijentu su: EKG zapis vrhunskog kvaliteta, lični podaci pacijenta - pol, starost, kao i trenutni nalaz dobijen kliničkim pregledom, stanje svesti, TA, puls i drugi važni parametri. Tako lekar zdravstvene ustanove u koju se dovozi pacijent ima informacije o stanju pacijenta i ako postoje promene u EKG zapisu može da prati i procenjuje njihovu evoluciju. Na ovaj način je i proces kompletnog zbrinjavanja, lečenja kao i intervencija u salama za kateterizaciju, daleko brži i efikasniji. To je u interesu kako pacijenta, tako i lekara hitne pomoći i lekara u tercijarnoj ustanovi.

Princip funkcionisanja je sledeći: Aparat šalje informacije o pacijentu na server. Lekar sa terena obaveštava dispečerski centar da ima pacijenta za tercijarnu zdravstvenu ustanovu. Dispečerski centar kontaktira dežurnog lekara u tercijarnoj zdravstvenoj ustanovi i obaveštava da mu se na serveru nalaze podaci o pacijentu koji će ubrzo biti dovežen kolima hitne pomoći. Dežurni lekar procenjuje stanje na osnovu raspoloživih podataka i organizuje ekipu u koronarnoj jedinici ili u sali za kateterizaciju i određuje terapijski pristup. Time se značajno skraćuje dragoceno vreme do ordiniranja terapije, pa samim tim i poboljšava ishod lečenja a komplikacije svode na minimum.

Prilikom izlaganja pojasnila bih i aparat 12-kanalni elektrokardiograf – sa slikom aparata kao i šemu: lekar –EKG zapis i podaci-server-lekar.

e-mail: mmilicevic16@gmail.com

63.

URGENTNA TRAHEOTOMIJA U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE - PRIKAZ SLUČAJA

Ljubica Vukobratović(1), Kornelija Jakšić Horvat(2), Nebojša Rakić(1)

(1)OPŠTA BOLNICA SUBOTICA,(2)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SUBOTICA

CILJ RADA je da ukažemo na značaj traheotomije kao hirurškog obezbeđivanja disajnog puta u situacijama kada više nije moguće ventilirati niti intubirati pacijenta-pad disajnog puta.

Traheotomija spada u najurgentnije hirurške zahvate koja ima za cilj da bolesniku olakša disanje, spase ga od ugasenja, a nekada i od sigurne smrti. Traheotomijom otvaramo traheju u njenom vratnom delu i u otvor stavljamo trahejsku kanilu na koju bolesnik posle toga diše. U Srbiji, prvi put je uveo traheotomiju P.Ostojić 1873. kod bolesnika s akutnim edemom glotisa. Urgentna traheotomija podrazumeva situaciju i okolnosti kada preči neposredno ugušenje, pa se mora izvršiti u improvizovanim uslovima. Nedostaje sepsa i antisepsa, nedostaju instrumenti, anestezija i hemostaza. Umesto skalpela se može upotrebiti džepni nožić, umesto kanile se mogu staviti delovi stetoskopa, gumene ili plastične cevi, čak i komad zovinog drveta, bambusa.

MATERIJAL: korišćen protokol Urgentnog odeljenja Opšte bolnice Subotica, istorija bolesti odeljenja Dermatologije i ORL.

METODE: prikaz slučaja. Pacijent M.I. primljen kao hitan slučaj na U.O sa odeljenja Dermatologije zbog naglog oticanja jezika i gušenja. Uradi se traheotomija u lokalnoj anesteziji i plasira se trahealna kanila.

REZULTATI: Pacijentu kome je urađena urgentna traheotomija, već nakon tri dana dolazi do povlačenja otoka jezika i uspostavljanja disanja na nos i usta. Nakon deset dana učinjen je dekanilman i otpušta se na dalje kućno lečenje. S obzirom da je pacijent bolovao od vaskulitisa kože, i u momentu naglog oticanja jezika, zbog otežane ventilacije i nemoguće intubacije doneta je brza odluka i izvršenje urgentne traheotomije koja je bila spasonosna.

ZAKLJUČAK: Pošto je obezbeđivanje disajnog puta osnovni zadatak specijaliste urgentne medicine, a u slučaju otežanog disajnog puta mora da koristi različite metode i raznoliku opremu: LMA, Combi tube, a krajnja metoda - hirurško obezbeđivanje disajnog puta. U prehospitarnim uslovima prednost ima konikopunkcija i konikotomija, u hospitalnim urgentna traheotomija. Važno je poznavati sve tehnike, uvek će biti prilike za jednu, a ta jedna spašava nečiji život koji nema reprizu.

e-mail: ljubica.vukobratovic@gmail.com

64.

TRIJAZA KAO URGENTNA PROCEDURA KOD BOLESNIKA SA AIMU-PRIKAZ SLUČAJA

Branka Roksandić(1), Nenad Aracki(1), Petar Slankamenac(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD, (2) KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, KLINIKA ZA NEUROLOGIJU

UVOD: Trombolitička terapija je prva linija izbora u tretmanu akutnog ishemijskog moždanog udara (AIMU). Bolesnik koji primi terapiju ima 30% veće šanse da posle tri meseca bude bez ili sa minimalnim neurološkim oštećenjem. Cilj rada je da se ukaže na značaj ranog prepoznavanja, dijagnostike AMU na terenu, te inicijalne procene bolesnika kao kandidata za trombolizu unutar "terapijskog prozora" od 3 do 4,5 sata.

PRIKAZ SLUČAJA: Porodica je predočila simptome dispečeru hitne pomoći unutar 10 min od pojave istih. Dispečer je prepoznao pacijenta muškog pola, 72 godine starosti kao slučaj prvog reda hitnosti i uputio urgentnu ekipu na teren unutar prvog minuta od prijema poziva. Ekipa je stigla na teren 13 min po prijemu poziva. Anamnestički i heteroanamnestički je dobijen podatak da je kod pacijenta 20-ak minuta pre dolaska ekipe naglo nastala oduzetost leve polovine tela i poremećaj govora. Kliničkim pregledom je utvrđeno da je pacijent bio: svestan, orjentisan, tenzije 150/80, normokardan (puls 80/min), auskultatorno ritmičan, nad plućima auskultatorno uredan nalaz. Neurološkim pregledom je utvrđena devijacija glave i bulbusa u desno, centralna pareza nervus-a facijalisa levo, dizartričan govor, levostrani piramidni deficit po tipu plegije i pozitivan refleks Babinskog. Urađena je inicijalna procena stepena neurološkog oštećenja po Skali za insult nacionalnog instituta za zdravlje (NIHSS-13). Sa dijagnozom Insultus vascularis cerebri (IVC) i prepoznat kao kandidat za trombolizu, pacijent je transportovan i predat na Kliniku za neurologiju Kliničkog centra Vojvodine 40 min od pojave simptoma. Nakon sprovedene trombolize i dvonedeljne hospitalizacije pacijent je otpušten kući regrediranog neurološkog deficita, NIHSS-3.

ZAKLJUČAK: Edukovanost porodice da prepozna simptome AMU-a i odmah pozove hitnu pomoć stvara uslove za efikasno prehospitalno zbrinjavanje i brz transport kandidata za trombolizu u Jedinicu za AMU. Konačni cilj je skraćenje terapijskog prozora u okviru koga će se primeniti tromboliza, a sa tim i regresija neurološkog deficita i funkcionalni oporavak bolesnika.

e-mail:branka.roksandic@nadlanu.com

65.

REANIMACIJA KOD PACIJENATA SA TRAUMOM

Lejla Kuluglija-Memišević, Duško Pavlović, Boris Ilić

JZU DOM ZDRAVLJA TUZLA-SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Trauma je vodeći uzrok smrti kod mladih osoba u Evropi i Sjevernoj Americi. Najveći procenat otpada na prometne nesreće, nasilje, trovanje...

Ishod liječenja bolesnika sa teškom traumom značajno zavisi od mjera reanimacije koje su poduzeta u prvom satu od povređivanja. Kardiopulmonalni arest nastao kao posljedica traume se razlikuje od aresta uzrokovanog medicinskim problemima u tri značajne stvari:

Najčešće su uzrokovani iskrvarenjem; Najvažniji je transport za što kraće vrijeme; Preživljavanje je izuzetno malo, oko 4 %.

CILJ: Cilj rada je da se ukaže na povezanost CPR-a kod traumatskog aresta i donorstva organa.

MATERIJAL I METODOLOGIJA: U ovom radu je prikazan slučaj pacijenta F.M. rođenog 1995. god. koji je povrijeđen u saobraćajnoj nesreći 08.03.2010. god.

REZULTAT I DISKUSIJA: Dana 08.03.2010. god. u 14:55 sati primljen je poziv od Policijske stanice zapad o saobraćajnoj nesreći u Tuzlanskom naselju Miladije, u kojoj je povrijeđen pješak. U 15:00 sati ekipa Hitne medicinske pomoći izlazi na lice mjesta gdje zatiče na ulici nepomično tijelo, licem okrenuto ka asfaltu sa manjom količinom krvi, isteklim pored glave. Konstatuje se da povrijeđeni nema pulsa, ne diše, sa krvavim sadržajem koji se cijedi iz nosa i lijevog uha. Prilikom otvaranja disajnog puta u usnoj šupljini i ždrijelu nađe se dosta krvavog sadržaja. Stabilizuje se kičma. Prikluči se na monitor. Inicijalni ritam je bezpulsna električna

aktivnost (PEA). Započinje se CPR. Intubira se pacijent (ET 7). Dato 3. mg. Adrenalina na tubus. U međuvremenu se uspostavlja venski put, uključena f.o a 500. Povrijeđenog transportujemo na Kliniku za anesteziologiju i reanimatologiju. Tokom transporta se nastavlja CPR. Na Klinici za anesteziologiju i reanimatologiju se konstatuje: Na prijemu bez svijesti, kontakta, bez vitalnih funkcija, intubiran, ventiliran ambu-balonom (GCS 3). Zjenice široke, bez reakcije na svjetlost. Pristupi se CPR (manuelna masaža srca, Adrenalin amp x 6; Atropin amp. x2, DC 300 j xl). Dobije se srčani ritam i tenzija. TA:50/40 mmHg, CP: 120/min. Postavi se na KMV. Zjenice široke, bez reakcije. Primjetan hematoma iznad lijevog uha, te se primjeti krvarenje iz lijevog uha. Plasira se urinarni kateter i dobije bistar urin. Uključi se vazopresorna stimulacija (Dopamin, Dobutamin). Uradi se CT mozga (U IV moždanoj komori, sistemu bazalnih cisterni, uz falx te obje Silvijeve fisure sadržaj denziteta krvi, SAH, edem mozgovine, lijevo okcipitalno fraktura i lijevo parijetalno bez dislokacije ulomaka), vratne kičme i toraxa (manja količina pl.izliva obostrani više lijevo), abdomena (nalaz uredan). Konsultuje se hirurški koji uradi UZ abdomena (uredan nalaz), neurohirurški koji uključi odgovarajuću th., ortoped koji predloži da se uradi RTG lijevog lakta i potkoljenice (Fr.cruis proximalis l.sin. comminutiva) postavi imobilizaciju i predloži op. tretman kad se stabilizuje stanje. Također se konsultuje ORL specijalista koji predloži svoju th. Urade se hitni lab. nalazi koji se po potrebi koriguju. Uključi se odgovarajuća medikamentozna i suporativna terapija.

Naredni dan pacijent na KMV, zjenice dilatirane, bez reakcije na svjetlost. Po preporuci neurohirurga uradi se kontrolni CT-mozga (nalaz odgovara prethodnom uz progresiju edema). Obave se kontrolni pregledi hirurga, ortopeda, plasira se NGS. Dana 11.03.2010. god. plasira se CVK subclavia l.dex. te nakon toga RTG PIC (PNTX l.dex.jatrogenes). Konsultuje se torakalni hirurški koji načini drenažu desnog prsišta. Vršiti se redovna mikrobiološka obrada pacijenta. U narednom periodu stanje pacijenta bez promjena, na KMV, bez sedacije i relaksacije, zjenice maksimalno proširene bez reakcije na svjetlost, hipotenzivan, hipotermičan. Dana 16.03.2010. god. pristupi se utvrđivanju moždane smrti. Obavlja se razgovor s porodicom o donorstvu organa. Nakon urađenih kliničkih testova (potvrđanih), uradi se angio CT mozga kojim se verifikuje protok krvi kroz a.cerebri mediju i a.carotis int.dex. Isti test se ponovi i narednog dana (nalaz isti), te se odustane od utvrđivanja moždane smrti. U više navrata se ponovi RTG PIC (Infiltracija i exudacija pleure obostrano). Narednih dana stanje pacijenta u stalnom pogoršanju. Pacijent hipotenzivan, bradikardičan, hipotermičan, anuričan. Dana 30.03.2010.god. nastupi exitus letalis u 16 h i 16 min.

ZAKLJUČAK: Prikazom ovog slučaja željeli smo potvrditi opravdanost traumatskog CPR-a u svrhu preživljavanja pacijenta ali i pacijentovih organa. Potvrda traumatskog aresta ne smije biti i potvrda exitusa. Iako izgleda da traumatski CPR prividno nije uspio, pacijent nije preživio, dio njegovog života se nastavlja kroz život ljudi kojima je on pomogao, odnosno naš traumatski CPR.

e-mail: lejlamemisevic@gmail.com

66.

SINHRONA KARDIOVERZIJA U PREHOSPITALNIM USLOVIMA

Tatjana Mičić, Tatjana Rajković, Saša Ignjatijević, Danijela Stefanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Sinhrona kardioverzija podrazumeva oslobađanje električnog šoka koji je vremenski usklađen (sinhronizovan) sa električnom aktivnošću srca, tj. sa R-zupcima u elektrokardiogramu. Koristi se za normalizovanje svih brzih patoloških srčanih ritmova, osim ventrikularne fibrilacije i ventrikularne tahikardije bez pulsa.

IZVORI PODATAKA: Analizirane su preporuke ACC/AHA/ESC za lečenje pacijenata sa ventrikularnim poremećajima ritma i prevenciju iznenadne srčane smrti, za lečenje atrijalne fibrilacije, akutne srčane insuficijencije i STEMI, kao i stručni članci o terapiji poremećaja ritma u medicinskim časopisima i na internetu.

IZBOR PODATAKA: Navedena literatura je odabrana jer ova stanja predstavljaju najčešći uzrok poremećaja ritma koji mogu zahtevati električnu kardioverziju. Razmatrane su poslednje preporuke i publikacije objavljene u proteklih pet godina.

SINTEZA PREGLEDA: Električna kardioverzija izvodi se kod hemodinamski nestabilnih pacijenata koji nisu odgovorili na farmakološku terapiju. U prehospitalnim uslovima izvodi se samo hitna električna kardioverzija, uz prethodnu analgozsedaciju pacijenta. Nema jedinstvenih stavova o izboru početne energije, već se treba rukovoditi uputstvima proizvođača. Prilikom primene bifaznog strujnog talasa potrebna je manja energija nego kod monofaznog. Tako, u zavisnosti od vrste aparata i ritma koji se tretira, početna energija može biti 50, 100, 200 ili više J. Prilikom kardioverzije u prisustvu pejsmejkera ili kardioverter-defibrilatora elektrode treba postaviti što dalje od njih, a posle kardioverzije treba proveriti njihovu funkciju. Rizici električne kardioverzije se odnose na embolije i pojavu aritmija, najčešće benignih, koje obično spontano prolaze. Ventrikularna tahikardija i fibrilacija mogu nastati kod hipokalijemije ili intoksikacije digitalisom.

ZAKLJUČAK: Sinhrona kardioverzija i u prehospitalnim uslovima može da bude efikasna i bezbedna. Kandidati za nju su hemodinamski nestabilni pacijenti koji nisu odgovorili na farmakološke mere lečenja. Pre izvođenja potrebno je pažljivo proceniti stanje i podobnost pacijenta, pri čemu treba izbeći nepotrebno odlaganje.

e-mail: tanjamcc@yahoo.com

67.

INTRAOSEALNI VASKULARNI PRISTUP

Dušica Janković(1), Snežana Mitrović(1), Dušan Gostović(1), Radmila Popović(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ; (2)DOM ZDRAVLJA NIŠ

CILJ: Prikaz novina u opremi i tehnici postavljanja intraosealnog vaskularnog pristupa.

MATERIJAL: Uvid u pisanu dokumentaciju i bazu podataka elektronskih časopisa.

DISKUSIJA: Postojanje vaskularnog pristupa je od izuzetnog značaja u tretmanu ugroženog pacijenta. Onda kada je nemoguće obezbediti centralni ili periferni venski pristup za adekvatno vreme, intraosealni pristup u davanju infuzionih tečnosti i lekova predstavlja brzu i sigurnu alternativu, klasa IIA po ATLS-u, ACLS-u i PALS-u. Ovaj rad daje osnovne podatke o indikacijama, kontraindikacijama i komplikacijama intraosealne administracije lekova i infuzionih tečnosti sa osvrtom na novine u opremi, tehnici i anatomske lokaciji postavljanja intraosealnih igala, kako u pedijatrijskoj tako i u populaciji odraslih.

ZAKLJUČAK: Inovacije u opremi i uvođenje novih tehnika izvođenja procedure postavljanja intraosealnog vaskularnog pristupa pokazale su se izuzetno korisnim i u pedijatrijskoj i populaciji odraslih i prevazišle su tradicionalni manuelni način insercije.

e-mail: drdusicaj@yahoo.com

68.

PRIMARNI I SEKUNDARNI TRANSPORT PACIJENATA SA STEMI-DA LI SU NAM POTREBNE PREPORUKE?

Tatjana Rajković, Saša Ignjatijević, Tatjana Mičić, Danijela Stefanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Bolesnici sa STEMI zbog prirode svoje bolesti se svrestavaju u grupu najkritičnijih bolesnika. Tok i razvoj bolesti može imati dramatičan ishod u smislu komplikacija opasnih po život. Ekipe koje prati ovakvog bolesnika mora da poseduje odgovarajući nivo znanja, adekvatan trening, opremu i odgovarajuće lekove.

CILJ: Izrada praktičnog vodiča za lekare na primarnom i sekundarnom nivou za transport bolesnika sa STEMI do adekvatnog centra (PCI ili koronarne jedinice).

IZVOR PODATAKA: Mišljenje eksperata i pretraga Indexa Medicusa od januara 2000. do januara 2009. predstavlja osnovu za izradu ovih preporuka.

SELEKCIJA I IZVOR PODATAKA: U toku pretrage nađeno je nekoliko prospektivnih i kliničkih studija. Najveći broj publikovanih radova su ipak retrospektivni pregledi. Iskustvo i mišljenje dobijeno konsenzusom su osnova ovih preporuka.

REZULTATI I SINTEZA PREGLEDA: Služba hitne medicinske pomoći kao i svaka opšta bolnica koja transportuje bolesnike ka višim centrima tj. ka centru za perkutanu koronarnu intervenciju morala bi da poseduje i formalni plan za primarni i sekundarni transport. Ovaj plan treba u sebi da sadrži pet celina: a) pretransportnu koordinaciju i komunikaciju b) edukovano osoblje c) adekvatnu opremu i lekove d) monitoring tokom transporta e) pravilno vođenu dokumentaciju (u kojoj se nalazi i pismeni pristanak bolesnika na kritičan transport).

Ove preporuke bi morale biti rezultat multidisciplinarnog rada tima u kome posebno i vodeće mesto mora da pripada specijalisti Urgentne medicine kao nosiocu odgovornosti u toku transporta.

ZAKLJUČAK: Transport bolesnika sa STEMI podrazumeva jednu određenu količinu rizika. Izrada preporuka koje bi donele standardizaciju opreme, kadrova i procedura u mnogome bi povećale sigurnost i bezbednost transporta bolesnika. Organizovan i efikasan transport smanjiće ukupan morbiditet i mortalitet bolesnika sa STEMI.

e-mail: draspirinix@gmail.com

69.

URGENTNE INTERVENCIJE U KARDIOPULMONALNOJ REANIMACIJI (KPR) - NAŠA ISKUSTVA

Snežana Mitrović, Ana Dimić, Dušica Janković, Draginja Manić
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Akutni zastoj srca - cardiac arrest(CA) je vodeći uzrok smrti u svetu i češće se dešava u vanbolničkim uslovima. U Evropi na ovaj način strada oko 700.000 ljudi godišnje. Prehospitalna CPR predstavlja izazov za istraživanje i evaluaciju.

CILJ RADA: Analiza učestalosti primene urgentnih intervencija u CPR-u i zavisnost od varijabli koje mogu uticati na ishod reanimacija.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna analiza CPR-a u periodu od 04.05.2009-04.05.2010. Korišćen je materijal ZZHMP i Klinike za kardiovaskularne bolesti u Nišu.

REZULTATI I DISKUSIJA: U posmatranom periodu bilo je 214 pacijenata sa CA kod kojih su preduzete mere CPR-a. Prema ishodu reanimacije razvrstani su u dve grupe: neuspešno 198 (92,52%) i uspešno reanimirani pacijenti 16 (7,45%). Grupa uspešno reanimirani grupisana je u dve podgrupe: reanimirani pacijenti kod kojih je postignut povratak spontane cirkulacije ali nisu doživeli otpust iz bolnice 13 (6,08%) i oni koji su doživeli otpust iz bolnice 3 (1,40%).

U retrospektivnoj analizi praćene su varijable vezane za pacijenta (pol, starost, prisustvo očevidaca, komorbiditet) i varijable vezane za arrest (trijaža na prijemu poziva, vremenski interval od prijema poziva do dolaska ekipe hitne pomoći na lice mesta, srčani ritam, preduzete mere i urgentne intervencije).

U reanimaciji ovih pacijenata izvedene su sledeće urgentne intervencije: defibrilacija 60 (28,04%), endotrahealnih intubacija 113 (52,8%), ventilacija preko maske sa balonom 101 (47,20%), traheobronhijalna aspiracija 17 (7,94%), obezbeđen intravenski put (100%), monitoring srčane aktivnosti (100%). Koristile su se i kompresije grudnog koša (100%), oksigenacija (100%) i lekovi (100%) u CPR-u.

U našoj analizi, više od 2/3 reanimiranih pacijenata, prvi monitorirani ritam nije ventrikularna fibrilacija.

ZAKLJUČAK: Učestalost preduzetih urgentnih intervencija u reanimaciji kao što su defibrilacija i endotrahealna intubacija su uglavnom zavisile od varijabli koje su vezane za arrest i varijabli vezane za hitnu pomoć (kapacitet, edukovani kadrovi...). Ventilacija, monitoring srčane aktivnosti, obezbeđenje intravenskog puta i mere CPR-a nisu bile vezane za varijable. Da bi se preciznije izrazili o ovom problemu potrebna je sistematizacija i standardizacija podataka o prehospitalnom CPR- u primenom "Ustein protokola".

e-mail: drsmitrovic@yahoo.com

70.

ALKOHOLNA INTOKSIKACIJA MLADIH U AMBULANTI IZABRANOG DOKTORA

Lidija Delević, Alma Bajramspahić, R. Agić
DOM ZDRAVLJA, BIJELO POLJE, CRNA GORA

UVOD. Alkoholna intoksikacija nastaje jednokratnim unosom alkoholnog pića, koja srazmerno količini unesenog alkohola dovodi do poremećaja nivoa svijesti, poremećaja opažanja, poremećaja raspoloženja i drugih oblika poremećaja ponašanja. Blaga intoksikacija može proizvoditi određeno ponašanje, pri čemu bolesnik postaje opušten, pričljiv, euforičan, a teška intoksikacija često dovodi do teških poremećaja, kao što su agresivnost, labilno raspoloženje, pogrešno prosuđivanje te socijalna i radna nesposobnost

MATERIJAL I METOD RADA. Prikaz slučaja.

CILJ RADA. Prikaz zbrinjavanja akutno otrovanog adolescenta u ambulanti izabranog doktora.

PRIKAZ SLUČAJA. Pacijenta N.N. starog 17 godina, učenik, donose grupa vršnjaka u ambulantu izabranog doktora, u besvjesnom stanju. Hetroanamnestički dolazimo do podatka da je na velikom odmoru u školi, nakon dobijanja loše ocjene, popio "rakiju iz flaše" (ne znaju količinu). Nakon toga rekao je da ima jaku glavobolju, vrtoglavicu, zujanje u ušima, omaglicu, gađenje i poslije nekoliko minuta je pao.

Objektivno: osjeća se jak miris alkohola, na čelu, iznad desne obrve vidljiva hiperemija sa ekzorijacijom, promjera 4 x3 cm, opšta hipotonija, vrat slobodan, meningealni znaci negativni. TA-90/70 mmHg. EKG sinusni ritam. Postavljamo intravensku kanilu, uključujemo infuziju glukoze sa vitaminom C i transportujemo ga na neurološko odjeljenje Opšte bolnice u Bijelom Polju, sa pratnjom.

ZAKLJUČAK. Alkoholizam je sve veći problem mladih. Simptomi akutnog alkoholnog trovanja mogu se kod mladih, nenaviknutih konzumenata javiti i već nakon uzimanja manjih količina pića. Zbrinjavanje akutno alkoholisanih predstavlja sve teži zadatak svakog ljekara.

e-mail: ldelevic@yahoo.com

71.

HIPERTENZIVNA KRIZA U AMBULANTI IZABRANOG DOKTORA

Alma Bajramspahić, R. Agić, Lidija Delević

DOM ZDRAVLJA BIJELO POLJE, CRNA GORA

UVOD. Hipertenzivna kriza je perakutna pojava opasnih poremećaja "ciljnih" (kritičnih organa) koja nastaje uslijed porasta krvnog pritiska iznad vrijednosti koji su ti organi tolerisali. U liječenju ovog hitnog stanja se primjenjuju medikamenti, parenteralno. Jedan od oblika hipertenzivne krize je hipertenzivna encefalopatija.

MATERIJAL I METOD RADA. Prikaz slučaja.

CILJ RADA. Prikaz zbrinjavanja ovog teškog stanja u ambulanti izabranog doktora.

PRIKAZ SLUČAJA. Pacijentkinja NN, stara 55 godina, dolazi zbog glavobolje, gađenja, povraćanja, poremećaja vida i ošamućenosti. Tegobe počele prije dva dana, nakon emotivnog stresa. Do sada liječena od povišenog krvnog pritiska i "bubrega". Pozitivna porodična anamneza za kardiovaskularne bolesti. Objektivno: gojaznost opšteg tipa, TA-210/120 mmHg, na srcu naglašen drugi ton nad aortom, nema šumova nad karotidnim arterijama, lumbalne lože lako osjetljive na sukusiju, na donjim ekstremitetima nema vidljivih otoka ni deformiteta. EKG: patološki levogram, znaci hipertrofije lijeve komore, bez promjena na T i ST segmentu. U ambulanti izabranog doktora data terapija: dvije ampule lasixa intravenozno, tableta nifedipina od 10 mg i jedna ampula diazepam od 10 mg intramuskularno. Bolesnica upućena na interno odjeljenje Opšte bolnice u Bijelom Polju uz pratnju.

ZAKLJUČAK. Liječenje hipertenzivne krize je neodložno, uz obaveznu hospitalizaciju zbog mogućeg ponavljanja krize nakon prestanka dejstva lijekova.

e-mail: ldelevic@yahoo.com

72.

REANIMACIJA U SLUČAJU GUŠENJA ZALOGAJEM - PRIKAZ SLUČAJA

Milica Basarić, Dragana Grmuša

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

Jedan od uzroka nastajanja kardiorespiratornog aresta je i potpuna opstrukcija disajnog puta. Ako se kompletno zatvoren disajni put ne oslobodi, posle vrlo kratkog vremena dolazi do srčanog zastoja. Zbog toga gušenje stranim telom spada u urgentna stanja prvog reda hitnosti. Najčešća su gušenja nedovoljno sažvakanom hranom ili sitnim predmetima (pre svega kod dece i psihijatrijskih bolesnika). Prvu pomoć na licu mesta bi trebalo da pruži očevidac i ona se sastoji od izvođenja Heimlichovog manevra koji treba ponavljati do uspešnog oslobađanja disajnog puta ili do nastanka kardiopulmonalnog aresta.

Slučaj koji je opisan predstavlja kardiopulmonalnu reanimaciju pacijentkinje stare 73 godine, kod aresta koji je nastupio kao posledica gušenja nedovoljno sažvakanim komadom mesa. S obzirom da je u pitanju bila pacijentkinja bez svesti, disanja i pulsa nad karotidnom arterijom, sa inicijalnim ritmom asistolija, odmah je pristupljeno kardopulmonalnoj reanimaciji po odgovarajućem protokolu. Disajni put je oslobođen instrumentalnom ekstrakcijom stranog tela pomoću Magileovih klješta i laringoskopa. Po uspostavljanju srčanog ritma i periferne cirkulacije, pacijentkinja je prebačena u Klinički centar Novi Sad radi daljeg lečenja.

Delimična ili potpuna opstrukcija disajnih puteva stranim telom pretstavlja jedan od učestalijih akcidenata, a oko 3 procenta ovakvih slučajeva završava smrću. Prvu pomoć u ovoj situaciji pretstavlja Heimlichov manevar. Ako dođe do srčanog zastoja zbog gušenja stranim telom, treba započeti kardiopulmonalnu reanimaciju prema važećim protokolima, a prilikom otvaranja disajnog puta pokušati instrumentalnu ekstrakciju stranog tela Magileovim klještima.

Ključne reči: kardiopulmonalna reanimacija, asistolija, gušenje stranim telom, ekstrakcija Magileovim klještima

e-mail: milica.segedinac@gmail.com

73.

SRČANI ZASTOJ I MERE REANIMACIJE NA TERITORIJI GRADA NIŠA U 2009.GOD.

Saša Ignjatijević, Tatjana Rajković, Tatjana Mičić, Danijela Stefanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Srčani zastoj na terenu predstavlja ispit funkcionisanja za svaku zdravstvenu organizaciju koja prehospitalno zbrinjavanja bolesnike. Efikasne kardiopulmonalne reanimacije su moguće samo u uslovima dobre organizacije. Uspešnost reanimacije zavisi od potpune primene savremenih principa reanimacije.

CILJ: Analiza podataka o srčanom zastoj i reanimaciji u Hitnoj pomoći u Nišu.

METODE I MATERIJAL: Retrospektivna studija o zastoju srca i rađenim ranimacijama od 01.01. do 31.12.2009. Podaci dobijeni iz lekarskih poziva i ambulantnih protokola. Mere oživljavanja su rađene po protokolima za kardiopulmonalnu reanimaciju iz 2005. god.

REZULTATI: U 2009.god. 448 ljudi je doživelo zastoj srca, a kod 159 je rađena reanimacija (35,49%), 10 bolesnika su vratili spontanu cirkulaciju (ROSC) (6,29%).

Bolesnici sa neuspešnom reanimacijom: Starost (Me±SD)=71±13,51; muškarci 103 (69,13%), žene 46 (30,87%); teren: 145 (97,31%), ambulanta: 4 (2,69%); iznenadna srčana smrt 85 (57,05%); vreme stizanja ekipe: (Me ± SD)= 5min ± 4,22; DC kod 59 (39,60%) zastoja; ETI 125 (83,9%), Maska-balon 10 (6,71%), bez podataka 13 (8,72%) airway 1 (0,87%); Adrenalin 145 (97,32%), Atropin 127 (85,23%), Amiodaron 17 (11,41%), Lidocain 4 (2,68%), Dopamin 31 (20,81%). Bolesnici sa ROSC: Starost (Me±SD) = 69±16,87; muškarci 6 (60%), žene 4 (40%); teren: 9 (90%), ambulanta: 1 (10%); iznenadna srčana smrt 4 (40%); vreme stizanja ekipe (Me ± SD)= 4,5min ± 1,26; DC kod 4(40%) zastoja; ETI 8 (80%), bez podataka 1 (10%); maska-balon 1 (10%); Adrenalin 7 (70%), Atropin 7 (70%), Amiodaron 3 (30%), Dopamin 4 (40%).

ZAKLJUČAK: Procenat preživelih bolesnika sa srčanim zastojem je u skladu sa očekivanim rezultatima. Veće preživljavanje je registrovano kod: mlađih pacijenata, ranijeg otpočinjanja reanimacije, bržeg dolaska ekipe, većeg procenta upotrebe defibrilatora, antiaritmika i vazopresora.

e-mail: siscrat@gmail.com

SAŽECI PREDAVANJA SA OKRUGLOG STOLA "ORGANIZACIJA HITNE POMOĆI U ZEMLJI I OKRUŽENJU"

TIM HMP: SARADIVANJE ILI SUDJELOVANJE

Igor Crnić

ZD IZOLA, REŠEVALNA SLUŽBA SLOVENSKE ISTRE, SLOVENIJA

UVOD. Hitna medicinska pomoć (HMP) je prva karika lanca sa kojim će se sresti naglo oboljeli i ozljeđeni. Imati razvijen sistem kontinuirane edukacije je važno zbog boljeg učinka djelatnika na terenu i potrebe po stalnoj pratnji razvoja u struci. Ujedno i je jedinstvena kontinuirana edukacija za sve zaposlene preduslov za kvalitetniji rad pojedinaca koji sastavljaju tim. U Sloveniji su u HMP zaposleni lekari, zdravstveni tehničari i diplomirani zdravstvenici/ medicinske sestre. Različiti profili imaju različite kompetencije ali su na terenu svi članovi tima kojega dobar timski rad preduslov za uspjeh.

MATERIJALI I METODE. Sa detaljnim pregledom rezultata tri studije objavljene u razdoblju između 2005. in 2009. u Sloveniji je napravljena analiza i komparacija rezultata sa ciljem identifikacije elemenata koji pokazuju nivo odnosa unutar tima HMP. Studije su obrađivale različite sadržaje iz područja HMP i unutar istrživanja je u određenom segmentu bilo ispitano područje međusobnih odnosa, tako iz vidika pregleda literature kao i iz vidika stajališta obuhvaćene populacije.

REZULTATI I ANALIZA. Među zaposlenima u predhospitalnoj HMP koji su sudjelovali u anketiranju postoji segment onih koji su skloni skupnoj kontinuiranoj edukaciji ali ima i nekoliko takvih koji se tome protive. Slična podjela se pojavljuje kod ocjene svojega i drugih profila i opisu osjećaja kod rada na terenu u prisutnosti drugih profila. Interesantan je primjer gdje vidimo da lekari smatraju, da tehničari na skali od 1 do 10 ocjenjuju njihov rad sa višom ocjenom (7,3) nego što jih tehničari uistinu ocjenjuju (6,4). Dok tehničari smatraju da je njihov rad sa strane lekara ocjenjen sa samo 6,1 im lekari daju relativno visoku ocjenu 9,4.

Druga studija u kojoj su bili anketirani samo tehničari je u jednom od pitanja pokazala, da se je čak 43% anketiranih ocenilo odnose sa lekarima sa 2 ili manje na skali od 1 do 5 gdje je 1 najlošija a 5 najbolja ocena. 47% ih je bilo mišljenja da je adekvatna ocena donosa 3. Interesantan rezultat koji pokazuje, da većina anketiranih smatra, da skupna kontinuirana edukacija pravilam pristup ka educiranju zaposlenih u HMP.

Razvidno je dakle, da postoje neke suprotne ideje ali ne izgleda, da očito negativno utiču na timski rad. Svakako ima smisla poraditi na određenim pristupima in razumijevanju timskog rada.

DISKUSIJA. Izlazeći iz osnovnog pitanja dali tim HMP djeluje kao pravi tim gdje svi članovi sudjeluju ili samo saraduju pregledavajući rezultate i možemo odgovore razumijeti različito. Pozitvno je što možemo ocijeniti, da je dobar dio anketiranih ipak sklon razumijevanju i doživljavanju tima kao cijelovite jedinice koju sastavljaju homogeni članovi svako od kojih ima svoju ulogu. No ipak se pojavljuju i pojedinci koji tim ne doživljavaju na taj način nego razumijevaju izključivo svoju ulogu koja je neodvisna od uloge drugih članova tima. Početak sistematskog uvodjenja organizirane skupne kontinuirane edukacije može biti jedan od načina sa kojim će se

uspješno oblikovati timski rad i sudjelovanje. Sama edukacija utiče na nivo znanja, dizanje kvalitete i ako se radi u skupnoj edukaciji utiče i na suverenost i međusobno poštovanje među članovima tima. Postoji dakle više od jednog razloga za uvođenje skupne edukacije u stalnu praksu usavršavanja zaposlenih u HMP.

e-mail:igor.crnica@gmail.com

AMBULANCE CARE IN HUNGARY

Gabor Göbl

HNAS CHIEF MEDICAL ADVISOR

The organized ambulance activity has been established in Hungary in 1887 upon a voluntary basis. In 1948 it became a part of the state administration (Hungarian National Ambulance Service: HNAS), directly subordinated to the Ministry of Health. Nowadays HNAS has a three-tiered system (EMT – paramedic – physician); at the end of 2009 operating 228 ambulance stations and 775 ambulances, out of which 162 was ridden by a physician or paramedic. Along 2009 HNAS had more than 990 thousands runs. The scene of the care was a flat in 64% of the cases. In 240 cases 5 or more victims were found in a time at the same place (so-called mass casualty accident); 84% of these was traffic accident and 11% poisoning. Training and retraining of the personnel is in accordance to the Hungarian adaptation of the ERC Guidelines (BLS-AED, ALS, PALS) and ITLS. Air Rescue is a part of the HNAS, started in 1958 with fox-winged aircrafts and went on by helicopters from 1980; nowadays performed in a joint venture framework. A detailed overview is given about statistics and actual problems.

e-mail: gobl.gabor@mentok.hu

BOLNIČKI URGENTNI SISTEM U MAĐARSKOJ

Béla Burány

HNAS, MAĐARSKA

Bolnički urgentni sistem zbrinjavanja u Mađarskoj se razvijao tokom XIX-XX veka po franko-germanskom modelu. U prehospitalnom zbrinjavanju pacijenta su učestvovali i rade i danas specijalisti urgentne medicine (oxiologije). U daljem toku klinički stabilizovani pacijenti bili su smešteni na odeljenja odgovarajuće specijalnosti u zavisnosti od osnovne/glavne bolesti.

Prvi urgentni centri u Mađarskoj su osnovani tokom 1980. godine. Od 2004. godine zakonom se obavezuju bolnice da osnuju jedinice za urgentno zbrinjavanje pacijenata u zavisnosti od nivoa zdravstvenog zbrinjavanja počev od službi dežurnog lekara na odeljenjima do tercijernog nivoa u urgentnim centrima gde postoje najmodernije mogućnosti dijagnostike i terapije po ventrikalnom sistemu zbrinjavanja pacijenta (na primer percutaneous coronary intervention /PCI/, trombolitična terapija u zbrinjavanju stroke-a, polytrauma-management, neuro-, kardio-, vaskularna hirurgija itd.).

Sadašnji hospitalni urgentni sistem u Mađarskoj karakteriše heterogenost što se tiče broja i kvaliteta obavljenih usluga, primenjenih metoda i raspoloživih ljudskih resursa. Poboljšanje nivoa rada urgentnih službi može se postići primenom jedinstvene koncepcije rada u čitavoj zemlji koja se temelji uglavnom na razvojna sredstva Evropske Unije.

e-mail: burany@upcmail.hu

ORGANIZACIJA SLUŽBE URGENTNE MEDICINE U SRBIJI

Siniša Saravolac

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

Zbrinjavanje urgentnih stanja mora biti apsolutan prioritet u svim sistemima zdravstvene zaštite. Savremeno i dobro organizovana služba urgentne medicine treba da je osnovna i najvažnija karika u sistemu urgentne medicine koja sa specijalistom urgentne medicine na terenu treba da bude poslednja barijera pred dolazak pacijenta u bolnicu tj. samo onaj pacijent kojem je neophodna bolnička dijagnostičko-terapijska procedura bi bio transportovan do bolnice.

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku na osnovu popisa iz 2002. godine u Republici Srbiji ima 7.498.001 stanovnika, a površina teritorije iznosi 88.361 km².

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite u 57,53% opština je organizovana služba hitne medicinske pomoći, a u 42,46% opština (1.040.986 stanovnika - 13,88%, 30.790 km² - 34,84%) je organizovano zbrinjavanje urgentnih stanja kroz delatnost u okviru redovnog rada ili dežurstava u okviru doma zdravlja (4 Zavoda za hitnu medicinsku pomoć, 80 Službi za hitnu medicinsku pomoć i 62 organizacionih jedinica kroz delatnost u okviru redovnog rada i dežurstava).

Zavodi za HMP i Službe za HMP zbrinjavaju ukupno 6.457.015 (86,12%) stanovnika na teritoriji od 57.571 km² (65,15%), a samo Zavodi za HMP zbrinjavaju 2.007.971 (31,09%) stanovnika na teritoriji od 3.574 km² (6,20%). Na osnovu Izveštaja pokazatelja kvaliteta rada hitne medicinske pomoći za 2008. godine (Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović - Batut"), procenat učešća poziva prvog reda hitnosti od ukupnog broja poziva za intervenciju na terenu je 16,30%. Reakciono vreme I za prvi red hitnosti prosečno iznosi 1 minut a reakciono vreme II za prvi red hitnosti je 8,15 minuta. Procenat samostalno rešenih slučajeva od ukupnog broja pregledanih pacijenata na terenu je 66,36% dok je procenat uspešnih kardiopulmonalnih reanimacija je 24,08%.

Zakonski i podzakonski akti koji utiču na organizaciju i rad službe urgentne medicine su:

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, Pravilnik o uslovima, kriterijumima i merilima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga i za utvrđivanje naknade za njihov rad, Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i participaciji, Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, Pravilnik o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, Pravilnik o bližim uslovima za provođenje kontinuirane edukacije za zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike i Uredba o koeficijentima za obračun i isplatu plata zaposlenih u javnim službama.

e-mail: sinisa.saravolac@gmail.com