

**SRPSKO LEKARSKO DRUŠTVO
SEKCIJA URGENTNE MEDICINE**

SERBIAN MEDICAL SOCIETY – SECTION OF EMERGENCY MEDICINE



**SEDMI KONGRES
URGENTNE MEDICINE SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

THE 7th SERBIAN CONGRESS OF EMERGENCY MEDICINE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

POKROVITELJI

MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE SRBIJE
GRAD ZRENJANIN



GENERALNI SPONZOR



ZRENJANIN

15 - 18. septembar 2011. godine



SEDMI KONGRES URGENTNE MEDICINE SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM
Zrenjanin, 15 - 18.septembar 2011. godine



ABC – ČASOPIS URGENTNE MEDICINE, 2011. godina

Volumen XI, Supplement I, ISBN 978-86-6061-013-5

Glavni i odgovorni urednik

Prim. dr sc. med. dr Slađana Anđelić

Pomoćnici glavnog i odgovornog urednika

Prim. dr Bogdan Nikolić

Prim. dr Biljana Tomić

UREĐIVAČKI ODBOR

Prim. mr sc. med. dr Siniša Saravolac

Prim. dr Milan Božina

Prim. dr Snežana Petrović

Dr Aleksandar Kličković

Dr Milovanka Jančev

Dr Draginja Manić

Dr Saša Ignjatijević

Dr Snežana Mitrović

Dr Zlatko Babić

Dr Smiljana Očenaš

Dr Gorica Srečković

Dr Irena Ignjatović

Dr Nada Vučenović

Dr Zagorka Maksimović

Dr Sergej Pantić

Dr Mirjana Miličević

Dr Kornelija Jakšić-Horvat

Dr Dušan Gostović

Dr Jovanka Koprivica

Dr Zoran Milanov

Dr Gordana Đokić

Dr Milan Stojiljković

MEĐUNARODNI NAUČNI ODBOR

Prof. dr Leon Drobnik, Poljska

Dr Jana Šeblove, Češka Republika

Doc. dr Nada Banjac, BiH

Prof. dr Štefek Grmec, Slovenija

Doc. dr Milan Novaković, BiH

Asist. dr Azra Bureković, BiH

NAUČNI ODBOR

Predsednik

Prof. dr Svetolik Avramov

Članovi

Prof. dr Branko Đurović
Prof. dr Miodrag Veličković
Prof. dr Jovan Bukelić
Prof. dr Ana Šijački
Prof. dr Miroslava Živković
Prof. dr Milorad Mitković
Prof. dr Borislav Lazić
Prof. dr Jasna Jović-Stošić
Prof. dr Ivana Stanković
Doc. Dr Svetlana Apostolović

Prof. dr Zorana Vasiljević
Prof. Dr. Jasna Jevđić
Prof. Dr Gordana Panić
Prof. dr Aleksandar Pavlović
Prof. dr Miroslava Pjević
Doc. dr Đorđe D. Bajec
Prim. mr sc. med. dr Siniša Saravolac
Prof. dr Mileta Poskurica
Prim. dr sc. med. dr Slađana Anđelić
Prim. dr Milivoje Panić

Lektor za srpski jezik

Slobodanka Kisić

Lektor za engleski jezik

Tatjana Paunović

Prelom teksta i štampa

Garden print, Sombor

Vlasnik i izdavač

Sekcija urgentne medicine
Srpskog lekarskog društva
Džordža Vašingtona 19, Beograd

Godišnja pretplata

Za fizička lica je 1.500 dinara,
a za pravna lica 1.000 dinara.
Cena pojedinačnog primerka je 500 dinara.

Tekući račun: br. 205-8041-21,
s pozivom na broj 009

Tiraž:350 primeraka



ZBORNİK SAŽETAKA VII KONGRESA URGENTNE MEDICINE

1. DISEKCIJA AORTE – ASIMPTOMATSKI I NESPECIFIČNI SLUČAJEVI SU ZAMKA ZA LEKARA U SHMP PRIKAZ SLUČAJA

S.Holcer Vukelić, I.Pešić,

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SOMBOR

Uvod: Disekciju aorte nazivaju „katastrofalno oboljenje aorte“, jer je smrtnost, ako se ne leči, oko 33% u prvih 24 sata, 50% u prvih 48 sati i 75% u roku od dve nedelje kod neprepoznatih i nedijagnostifikovanih, pa time i nelečenih disekcija aorte. Navodi se da je 13. uzrok smrtnosti u osoba preko 65 godina, da je u muškaraca dva do pet puta češće nego u žena, te da je češće u zimskim danima nego u toplima danima, kao i da je pojava iste češća u jutarnjim satima i to od 6-12 h. Karakterističan simptom ovog oboljenja jeste iznenadan bol u grudima opisan u 80-96% slučajeva. Ali nažalost jedan određeni % ide asimptomatski, nemo. Ni znaci nisu karakteristični za ovo oboljenje aorte, nego kada su prisutni to su već znaci komplikacija.

Prikaz slučaja: U radu će biti prikazana 48-godišnja pacijentkinja, koja je imala osećaj blagog pritiska u grudima, bez prisustva ranijih bolesti i faktora rizika za disekciju aorte. Pacijentkinja je bila normotenzivna, sa istim vrednostima tenzije na ekstremitetima, ali jedino što je pobudilo sumnju jeste promenljiv nalaz EKG-a, zbog čega se i upućuje i transportuje na Interno odeljenje Opšte bolnice Sombor, gde se uradi EHO i konstatuje intimalni flap od korena aorte do leve subklavije. Tada se uradi i kompjuterizovana tomografija gde se potvrđuje dijagnoza ali nažalost disekcija tipa I po De Bakey-u, zbog čega se premešta na Institut u Sremskoj Kamenici radi kardiohirušskog definitivnog zbrinjavanja.

Diskusija: U diskusiji će se uporedno posmatrati ovaj slučaj sa značajnim karakteristikama ovog oboljenja (simptomi, znaci, doba dana, doba godine, pol itd), sa posebnom potrebom opreza kod zbrinjavanja asimptomatskih i nespecifičnih slučajeva disekcije aorte.

Ključne reči: disekcija aorte, nespecifični simptomi i znaci, EKG promene.

2. TAKO-TSUBO SINDROM, NAJPOŽELJNIJI IMITATOR AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

M.Kovačević, A.Ilić, I.Srdanović, D.Grković, G.Panić

INSTITUT ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI VOJVODINE, SREMSKA KAMENICA

Uvod: Tako-Tsubo sindrom (TTS) je reverzibilna kardiomiopatija, najčešće uzrokovana fizičkim ili psihičkim stresom kod postmenopauzalnih žena. Karakterišu je EKG i laboratorijski znaci infarkta miokarda, tranzitorni ispad kinetike leve komore i uredan luminogram koronarnih arterija. Incidenca je procenjena na 2,2% svih pacijenata hospitalizovanih zbog akutnog infarkta miokarda. Patofiziologija TTS nije dovoljno razjašnjena. Smatra se da je okidač izlaganje endogenom ili egzogenom stresu.



Cilj rada: je da se ispita učestalost ovog sindroma u našoj populaciji, osobenosti kliničke slike, dijagnostike, terapijskih postupaka i prognoze kod ovih pacijenata.

Materijal i metode: Istraživanjem je obuhvaćeno oko 2800 pacijenata koji su hospitalizovani u IKV BV u periodu od marta 2008. do marta 2011.god sa dijagnozom akutnog infarkta miokarda. Dijagnoza TTS je postavljena na osnovu kliničke slike, EKG promena, povišenih kardiospecifičnih enzima, ehokardiografskog nalaza i luminograma koronarnih arterija.

Rezultati: Registrovano je 0,6% slučajeva TTS (16/2800), 15 žena i 1 muškarac. Kod većine pacijenata anamnestički je dobijen podatak o pretrpljenom stresu, a kod dva slučaja nastanak TTS je povezan sa upotrebom beta simpatikomimetika. Većina pacijenata pri prijemu su bili kardijalno kompenzovani (Killip 1 klasa), dvoje je pripadalo Killip 2 klasi, a jedna pacijentkinja je primljena u akutnom kardiogenom edemu pluća (Killip 3). Inicijalna ehokardiografija je kod svih pacijenata ukazivala na sniženu istisnu frakciju miokarda leve komore (EFLV 30-45%) uz regionalni ispad segmentne kinetike apeksa. Osam pacijenata je imalo značajnu mitralnu regurgitaciju, a jedan pacijent značajan gradijent nad izlaznim traktom leve komore. Koronarografijom je isključena signifikantna koronarna bolest, a ventrikulografijom potvrđen "apical ballooning", nalaz karakterističan za TTS. Nakon šest meseci praćenja nije bilo smrtnih ishoda, registrovana je potpuna rezolucija EKG abnormalnosti, kardiospecifičnih enzima i ehokardiografskih promena.

Zaključak: Tako-Tsubo sindrom treba razmotriti u diferencijalnoj dijagnozi svih pacijenata sa dijagnozom akutnog infarkta miokarda, a naročito kod postmenopausalnih žena.

3. AKUTNI INFARKT MIOKARDA SA ST ELEVACIJOM-PREHOSPITALNI PRISTUP

L.Jovanović(1), D.Petković(1), M.Milenković(1), T.Rajković(1), M.Elenkov(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ;(2) DOM ZDRAVLJA PIROT, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Cilj rada: Cilj rada je da se prikaže prehospitalni tretman pacijenta sa STEMI po protokolu iz 2010 god.

Metod: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka: knjiga poziva i knjiga protokola sobe za opservaciju Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš (ZHMP –Niš).

Prikaz slučaja: Pacijent '64 godište, lekar po profesiji, dolazi u pratnji supruge u ambulantu ZHMP-Niš. Od glavnih tegoba navodi da je osetio bol iza grudne kosti pola sata pre dolaska, dok je vozio automobil. S obzirom da nije imao mogućnosti da pozove HMP (nedostatak signala) odlučio je da dođe do HMP. Od ostalih tegoba navodi mučninu, nagon na povraćanje, malaksalost. Pacijent pri pregledu, bled, preznojen, uplašen. Nad plućima disajni šum normalan, srčani tonovi tihi, bez patološkog šuma, abdomen b.o. Pulsevi prisutni nad velikimarterijama. Vitalni parametri TA: 110/70mmHg, SF: 60/min, ST elevacija od 4mm u D2, D3, aVF, i ST elevacija od 2mm uV5 i V6, ST depresija u V1 i V2 od3mm. Urađeni desni odvodi, gde se nalazi elevacija od 1mm u V4. Postavljena dg AIM parietes inferoposterolateralis cum Ventriculi dex. Pacijent postavljen na EKG monitoring, otvorene dve IV linije, ordinirana terapija: tbl ASA 300mg; amp Enoxaparin 30 mg IV; amp Fentanyl 0,05mg IV; Pozvana kateterizaciona jedinica Klinike za kardiologiju gde je u dogovoru započeta priprema ekipe za primarni PCI; terapiji dodate tbl Clopidogrel 600mg i amp Controloc 40 mg. Pacijent transportovan uz monitoring na kome se registruju pojedinačne VES. Pacijent uveden u kateterizacionu jedinicu u 50 min od početka bola gde je postavljen STENT na desnoj koronarnoj arteriji. Pacijent otpušten u trećem danu po izvršenju mehaničkog reperfuziji bez EKG promena.



Zaključak: Protokol za AKS daje jasne smernice za tretman pacijenata sa STEMI i njegova primena je moguća i u mnogome olakšava rad lekara u primarnom zdravstvu.

Ključne reči: STEMI, prehospitalni pristup, protokol.

4. STRANO TIJELO BRONHA KOD TROGODIŠNJEG DJETETA, PRIKAZ SLUČAJA

P.Divanović(1), K.Lazarević(1), L.Kajević-Rovčanin(2)

(1)DOM ZDRAVLJA, PODGORICA, (2)KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, ORL KLINIKA, PODGORICA

Uvod: Strano tijelo u dišnim putevima je češće kod djece uzrasta 3-4 godine. Ona su sklona stavljati manje predmete u usta, koja lako mogu dospjeti u disajne puteve.

Klinička slika poslije aspiracije stranog tijela ide u nekoliko faza. U prvoj manifestnoj fazi može nastati kašalj, gušenje ili povraćanje. Simptomi često ostanu nezapaženi, ili se mogu zaboraviti kao neznajčajni događaj (latentna faza). Druga manifestna faza ili faza ranih komplikacija može se manifestovati kašljem, promuklošću, otežanim disanjem. Poslije nje je druga latentna faza. I na kraju imao fazu trećeg manifestnog stadijuma ili kasnih teških komplikacija. Što se prije liječenje preduzme, uspjeh je veći bez komplikacija.

Metod rada: prikaz slučaja stranog tijela bronha na koje je ukazivala anamneza i klinička slika, a dokazala rigidna bronhoskopija.

Prikaz slučaja: U kasnim popodnevnim satima u ambulanti Izabranog pedijatra dolazi majka na pregled sa trogodišnjim dječakom V.M. Dijete je počelo poslije podne da kašlje, temperaturu nema. Objektivnim pregledom nalazimo. Pulmo niskotonski i visokotonski šumovi sa ranim pukotima. Ždrijelo mirno. Tonzile uvećane. Cor radnja ritmična, tonovi jasni šum 2/6. Abdomen mekan, bolno neosjetljiv, jetra i slezina se ne palpiraju. Iz uvida u karton izvještaj UDK Beograd, doc. Đukić: Stenosis a Pulmonalis gravis post dilatationem. Nikada do sada dijete nije imalo bronhospazam. Ponovnim uzimanjem anamneze saznaje se da je dijete dan prije sa stricem jelo lješnike, da se smijalo i jednom zakašljalo (prva manifestna faza). Noć je bila mirna kao i jutro (prva latentna faza) i poslije podne je počeo da kašlje (druga manifestna faza).

Zbog sumnje na strano tijelo disajnog trakta dg: T17.5 dijete je upućeno na Kliniku ORL kao hitan slučaj.

RTG snimak pluća: pojačan bronhovaskularni crtež. Oko 23h dijete dobija jaki kašalj, otežano disanje. Poslije uvođenja u anesteziju urađena je rigidna bronhoskopija i izvađena su tri parčeta lješnika iz bronha. Sjutradan je dijete otpušteno kući.

Zaključak: Anamneza, klinička slika i pravovremena terapija su procedure koje spašavaju život djeteta.

5. AKCIDENTALNA AKUTNA INTOKSIKACIJA DECE ORGANOFOSFORNIM JEDINJENJIMA

J. Drmončić-Putica, Z.N. Živković, J.Mitić, S.Marković-Jovanović

MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA, KOSOVSKA MITROVICA, DEČJA KLINIKA

Uvod: Akutno trovanje organofosfornim(OF) jedinjenjima najčešće su zastupljena kao akcidentalna akutna eksozicija, a kod zaposlenih u poljoprivredi, proizvodnji OF jedinjenja i kao suicidalna trovanja adultnih osoba. Laka dostupnost i rasprostranjena upotreba organofosfornih(OF) jedinjenja najvažniji su razlozi mnogobrojnih akutnih trovanja ovim pesticidima.



Cilj rada: da se evidentiraju i opišu karakteristike, klinički tok i ishod akutnog akcidentalnog trovanja dece OF pesticidima.

Materijal i metod: Ovo istraživanje je sprovedeno retrospektivno na pacijentima sa akcidentalnim akutnim trovanjem OF jedinjenjima.

Rezultati: Istraživanje je sprovedeno kod 172-je dece sa manifestnim znacima akutnog trovanja OF pesticidima. lečenih u periodu (1991-2005). Posebno je (metodom slučajnog izbora) izdvojena grupa od 43-je dece, koja je upoređena sa kontrolnom grupom zdrave dece. 8,1% čine pacijenti u 1. godini života (0-12 meseci); najzastupljeniji uzrast 40,7% je 4-7g. Ova trovanja se događaju u 29% tokom proleća, isto toliko tokom leta, 22% tokom zime. Kod 51,1% je bio zastupljen per cutani put ekspozicije, sa visokom statističkom značajnošću (0,01), ingestija 44,1%, inhalacioni 4,0 %, U 76,1% uzrok trovanja je bio poznat, a kod 23,2% toksin je ostao neidentifikovan. 45,9% dece manifestovalo je tešku, 37,7% srednje tešku, 16,2% lakšu kliničku sliku. Analizom anamneznih podataka 64,77% pacijenata je imalo neurološke manifestacije. Pri prijemu je 60,5% imalo neki od stupnjeva poremećaja svesti, od čega komu 17(39,5%); konvulzivne napade 16(37,2%). Akutna holinergična kriza jeste glavna manifestacija akutnog trovanja OF jedinjenjima i može biti uzrok letalnog ishoda u kratkom vremenskom intervalu. Osnova lečenja je brza implementacija urgentne terapije akutnog trovanja kako bi se izbegle meželjene posledice. Važna su tri fundamentalna principa u toku primene mera lečenja: (1) dekontaminacija organizma, (2) potporna nega i terapija. i (3) primena antidot terapije.

Zaključak: Promptna antidot terapija, agresivna intenzivna nega i urgentna terapija drugih poremećaja (konvulzivnih napada i dr.) doprineli su poboljšanju stanja i preživljavanju svih posmatranih pacijenata sa akcidentalnom akutnom intoksikacijom OF pesticidima. Letalnih ishoda nije bilo.

6. AKUTNA MEDIKAMENTOZNA TROVANJA U PEDIJATRIJSKOJ PRAKSI

B.Milosavljević, S.Todorović, R.Karadžić, I.Stojanović, M.Vujović, J.Milanović
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU, NIŠ

Uvod: Akutna medikamentozna trovanja predstavljaju značajan zdravstveni problem, obzirom da akutna trovanja lekovima čine 40-60% svih akutnih trovanja. Pri tome, osobe sa akutnim trovanjima lekovima čine 3-5% ukupnog broja bolesnika lečenih u službama urgentne medicine. Medikamentozna trovanja su češća u ženskoj populaciji, kod odraslih se češće radi o namernim trovanjima bilo suicidalnog, bilo zadesnog karaktera (nehotično predoziranje toksikomana), dok se kod dece najčešće radi o zadesnim trovanjima lekovima koji su u terapijske svrhe propisani odraslima osobama.

Cilj: Cilj ovog rada je potenciranje određenih karakteristika akutnih intoksikacija kod dece, kao i akcentovanje značaja brzog prepoznavanja i zbrinjavanja ovog patološkog stanja

Ispitanici i metode: Istraživanje je sprovedeno u Zavodu za sudsku medicinu u Nišu analizom toksikoloških nalaza iz biološkog materijala (krv, urin, lavat) 29 pedijatrijskih pacijenata, starosti od 1 do 18 godina, u periodu od maja 2010. do maja 2011. godine. Toksikološko-hemijska analiza izvršena je primenom tehnike tečne hromatografije sa diode-array detektorom (HPLC/DAD) i gasne hromatografije sa masenim deftektorom (GC/MS).

Rezultati: Od ukupnog broja slučajeva, kod 14 ispitanika je toksikološko-hemijska analiza dala je pozitivan rezultat na prisustvo benzodiazepina (14 slučajeva), neuroleptika (2 slučaja), antidepresiva i barbiturata (po 1 slučaj). Kombinovano prisustvo 2 ili više medikamenata potvrđeno je kod 5 ispitanika, a u dva slučaja utvrđen je recidivizam u sklopu toksikomanije. Najveći broj ispitanika je bio starosti između 12 i 18 godina, dominantno ženskog pola. U najvećem broju slučajeva radilo se o akutnoj intoksikaciji zadesnog karaktera (uglavnom kod



dece predškolskog uzrasta), ali su kod manjeg broja ispitanika starijih od 12 godina utvrđeni i slučajevi zloupotrebe napred navedenih medikamenata.

Zaključak: Medikamentozna intoksikacija dece i adolescenata pokazuje tendenciju porasta u poslednjih godinu dana. Na osnovu najčešćeg uzrasta ispitanika i njihove psihičke zrelosti može se zaključiti da je zloupotreba ovih lekova takođe u porastu u adolescentskoj populaciji.

7. KRIZE SVESTI – INDIKACIJA ZA HITNU HOSPITALIZACIJU DECE, DA ILI NE?

S. Anđelković

ZDRAVSTVENI CENTAR "SVETI LUKA" SMEDEREVO, DEČIJE ODELJENJE

Uvod: Krize svesti podrazumevaju veoma širok spektar oboljenja i simptoma i zbog svoje dramatične kliničke slike su vrlo često razlog pozivanja i intervenisanja hitne pomoći, a zatim i hospitalizacije. Podrazumevaju poremećaj neurološke funkcije, uključujući poremećaj ponašanja, motorike i autonomnih funkcija. Raznolikost napada je velika zbog specifične osobenosti moždanog razvoja i sklonosti mozga ka električnom pražnjenju, posebno što je dete mlađe. Akutni konvulzivni napadi su jedno od najurgentnijih stanja u pedijatriji i zahtevaju brzo postavljanje dijagnoze i energično lečenje. Febrilne konvulzije su najčešći neurološki poremećaj u detinjstvu.

Cilj rada: Utvrditi, po vrsti oboljenja, najčešća oboljenja koja su bila razlog hitne hospitalizacije dece upućene sa dijagnozom krize svesti.

Materijal i metode: Analizirali smo petogodišnji period (2006-2010) i završne dijagnoze kod bolesnika uzrasta do 16 godina koji su kao hitni slučajevi, u pratnji lekara, upućeni na hospitalno lečenje sa dijagnozom krize svesti. Nakon prijema u bolnicu, dijagnostikovana su sledeća oboljenja: kolaps, epilepsija, meningitis, febrilni napadi, trovanja, povrede, afektivne krize, postvakcinalna stanja i funkcionalni abdominalni bol.

Rezultati: Tokom pet godina ukupno je hospitalizovano 5627 bolesnika. Od tog broja, sa uputnom dijagnozom krize svesti hospitalizovano je 498 bolesnika ili 8,85%. Od svih hospitalizovanih bolesnika, 51% bile su febrilne konvulzije, epilepsija 25%, kolapsi 11,6%, meningitis i meningoencefalitisi 8%, povrede 1,2%, trovanja 2%, respiratorne afektivne krize 0,8% i postvakcinalne reakcije 0,4%. Febrilne konvulzije najčešće nastaju u uzrastu od 12 meseci do 3 godine. Dva puta su češće kod dečaka nego kod devojčica. Epilepsija je dijagnostikovana u svim starosnim grupama sa najvećom incidencom 5-11 godine. Meningitisi i trovanja dijagnostikovana su u uzrastu samo do pete godine života.

Zaključak: Dramatična klinička slika kriza svesti, kao i širok spektar oboljenja među kojima su i najteža oboljenja CNS koja, ako se ne dijagnostikuju na vreme, nose visok rizik sekvela i smrtni ishod, su svakako razlog za brzu i detaljnu dijagnostiku, opservaciju, a samim tim i hospitalizaciju.

8. SIDS - SINDROM NAPRASNE SMRTI ODOJČETA - PRIKAZ SLUČAJA

V.Gajić, D.Đokić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

Uvod: SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), označava nenajavljenu i neočekivanu smrt odojčeta koje je do tada bilo zdravo. Stanja koja povećavaju rizik za pojavu SIDS-a, su nedonoščad (deca rođena pre 37.nedelje trudnoće) ili deca niske porođajne mase (LBW), ispod 2500g. Učestalost SIDS-a je različita i prosečno iznosi oko 0,5%, uz trend pada primenom preventivnih mera.



Cilj rada: Prikaz prehospitalne i hospitalne primene mera kardiopulmonalne resuscitacije kod naprasne smrti odojčeta as nepoznatim uzrokom srčanog zastoja.

Prikaz slučaja: Dana 11. 04. 2010. god., u 09,48h, primaocu poziva upućen je paničan poziv roditelja DA je dete pomorelo I DA NE diše. Ekipa stiže u 09,55h. Pregledom se nalazi odojče starosti 4 meseca, bledo, eutrofično, spoljašnje temperature tela oko 36 stepeni, mlitavo, ugašenih refleksa uz odsustvo vitalnih znakova, nakon čega se započelo as primenom mera osnovne životne potpore do pristizanja defibrilatora. Monitoringom se konstatuje asistolija, pa se nastavlja srčana masaža i insuflacije uz pokušaj endotrahealne intubacije i intratrahealne primene Adrenalina. Posle 2 minuta monitoring pokazuje PEA, pa se nastavlja sa primenom mera osnovne životne potpore uz pripremu za transport. U toku transporta nastavlja se as reanimacijom uz alarmiranje urgentnog centra (UC) o pristizanju ekipe. U UC se konstatuje DA je odojče i dalje bez svesti i disanja, cijanotično, na EKG-u izrazita bradikardija as bizarnim QRS kompleksima. Odojče je intubirano i plasirana braunila u v.jugularis internu, kroz koju se daje Adrenalin (9 puta), Atropin, Bikarbonati, Dopamin, Glukoza i fiziološki rastvor i nastavlja se as resuscitacijom još 90 minuta.

Odojče je na porođaju bilo terminsko, porođaj protekao uredno, TM=4050gr, APGAR score:8/9.

Zaključak: Odgovarajućeg objašnjenja nema in posle obdukcije. Postoji više teorija za nastanak SIDS: gušenje posteljnom, nepravilnost srčanog rada, poremećaj centra za disanje, alergija, pad nivoa šećera u krvi, iznenadna teška infekcija i druga stanja. Prehospitalna i hospitalna reanimacija dosada nisu davale rezultate.

Ključne reči: Sindrom naprasne smrti odojčeta

9. SMERNICE ZA KARDIOPULMONALNU REANIMACIJU NOVOROĐENČETA I DECE IZ 2010.GODINE

S.Petrović, I. Mitrović, S. Anđelić, N. Ivančević

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Uvod: Preporuke za kardiopulmonalnu reanimaciju (KPR) iz 2010. god. predstavljaju nadogradnju smernica objavljenih 2005. godine čime se nastavlja utvrđen petogodišnji ciklus promena istih.

Cilj rada: je prikaz novih smernica za KPR novorođenčeta i dece iz 2010. godine.

Metod rada: Korišćena je najnovija literature vezana za temu.

Rezultati: Prikazane su smernice za KPR novorođenčeta i dece iz 2010. godine. Kod neugrožene novorođenčadi, odlagaže se podvezivanja pupčane vrpce od najmanje jedne minute do potpunog rođenja deteta. Nedonoščad mlađu od 28. gestacijske nedelje neposredno po rođenju u potpunosti, do područja vrata, obmotati plastičnom folijom, bez sušenja. Preporučeni odnos kompresija-ventilacija (CV) u reanimaciji novorođenčadi ostaje 3:1. Korisni su sukucija i endotrahealna intubacija uz kapnografiju. Preporučuje se postresuscitativna terapijska hipotermija. U KPR dece, CV odnos je zavisao od broja spasioca. Ventilacija ostaje važna reanimaciona mera asfiksijskog aresta. Spasioci koji ne mogu ili ne žele da primene disanje usta-na-usta sprovodiće samo kompresije grudnog koša. Akcentovane su kvalitetne, neprekidne, kompresije grudnog koša, dubine do najmanje 1/3 antero-posteriornog smera (približno 4 cm kod dojenčadi a 5 cm kod dece), brzinom od najmanje 100 a ne više od 120 u minuti. Tehnika kompresije grudnog koša ostaje nepromenjena. Spoljašnja masaža srca sprovodi se tokom pripreme, postavljanja i punjenja defibrilatora, i prekida ne duže od 5 sekundi samo pri isporuci DC šoka. Kod dece se primenjuje DC šok jačine 4 J/kg. Primena automatskog spoljašnjeg defibrilatora je sigurna i uspešna kod dece starije od jedne godine.



Zaključak: Minorne po broju, promene u smernicama za KPR novorođenčeta i dece iz 2010. god. predstavljaju uniformne kriterijuma u domenu dijagnostikovanja i lečenja kardijalnog aresta. Naučni dokazi sugerišu da pravilno sprovođenje KPR u ovom uzrastu doprinosi smanjenju broja vigilnih koma i neuroloških invaliditeta. Opravdanost je jasna: medicinska, zakonska i ekonomska.

Ključne reči: smernice 2010., KPR, novorođenče, deca

10. ZBRINJAVANJE OZLEĐENOG DJETETA U IZVANBOLNIČKIM UVJETIMA

A. Baranović, F. Zeidler

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE, HRVATSKA

Cilj: prikaz zbrinjavanja pedijatrijskog ozljeđenika u izvanbolničkim uvjetima po smjernicama International Trauma Life Support (ITLS) - Pediatric Trauma Life Support (PTLS).

Materijal i metode: Rad je pregledni; prikazat ćemo međunarodno usvojen, standardni način pregleda, zbrinjavanja i transporta ozljeđenog djeteta u izvanbolničkim uvjetima.

Diskusija: Djeca nisu samo mali ljudi: od odraslih osoba razlikuju se po načinu ozljeđivanja, a često i po reakcijama na ozljedu. Da bi ih se primjereno pregledalo i zbrinulo, potrebno je raspolagati posebnom opremom; njihovo stanje teško je procijeniti, s njima je teško komunicirati, a u njihovoj pratnji u pravilu se nalaze roditelji / drugi članovi obitelji ili odgajatelji. Djelatnici hitne medicinske pomoći zbog spomenutih se razlika ne osjećaju ugodno kada moraju zbrinjavati djecu, a svjesni su i činjenice da se s pedijatrijskih ozljeđenima rjeđe susreću (zbog čega u zbrinjavanju djeteta i nisu toliko vješti koliko bi to željeli biti).

Zaključak: Znanstveno utemeljen, praktično primjenjiv, dinamičan i usredotočen na timski rad, ITLS je stotinama tisuća djelatnika žurnih službi diljem svijeta omogućio da ovladaju metodologijom koju su osmislila respektabilna stručna društva *American College of Emergency Physicians (ACEP)* i *National Association of EMS Physicians (NAEMSP)*.

11. ZBRINJAVANJE PACIJENATA SA AKUTNIM MOŽDANIM UDAROM U SISTEMU URGENTNE MEDICINE

R. Jokšić-Mazinjanin(1), I. Lekin(1), S. Saravolac(1), M. Jokšić(2), A. Jovanović(3), J. Šekarić(4)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD, (2)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI BEČEJ, (3)KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, KLINIKA ZA NEUROLOGIJU, NOVI SAD, (4)KLINIČKI CENTAR VOJVODINE NOVI SAD, URGENTNI CENTAR, ODELJENJE URGENTNE NEUROLOGIJE,

Cilj: Prikazati učestalost pacijenata sa akutnim moždanim udarom (AMU), prehospitalni tretman i vremena zbrinjavanja i uticaj prehospitalnog zbrinjavanja na tok i ishod bolničkog lečenja čime se dobija informacija o efikasnosti zbrinjavanja pacijenata sa AMU u sistemu urgentne medicine.

Materijal i metode: Sprovedeno je retrospektivno istraživanje u Zavodu za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP Novi Sad), Klinici za neurologiju Kliničkog centra Vojvodine (KCV) i Odeljenju urgentne neurologije Urgentnog centra KCV u periodu od 01.01.2010. do 31.12.2010. godine. Obuhvaćeni su pacijenti koji su zbrinjavani na terenu pod dijagnozom AMU, a potom transportovani u bolnicu.

Rezultati: Tokom 2010. godine terenske ekipe ZZHMP Novi Sad su pregledale 35.083 pacijenta. Kod 420(1,20%) pacijenata je potvrđena dijagnoza AMU. Reakciono vreme I iznosilo je 11,02±17,13 minuta, a ukupno vreme zbrinjavanja pacijenata na terenu i transporta do prijemne urgentne neurološke ambulante 41,30±12,87 min. Hipertenzivnih pacijenata je bilo 56,38%,



tahikardnih 5,48%, a nisku saturaciju u perifernoj krvi imalo je 11,72% pacijenata. Određivanje glukoze u perifernoj krvi urađeno je kod 36,67% pacijenata. Prehospitalno, antihipertenzivi su primenjeni kod 12,14% pacijenata, antiaritmici kod 0,95%, a kiseonik kod 2,86% pacijenata. Nakon pregleda u prijemnoj urgentnoj neurološkoj ambulanti, hospitalizovano je 311(74,05%) pacijenata, 254(81,67%) sa ishemijskim i 53(17,04%) sa hemoragijskim AMU. Tromboliza je urađena kod 16(6,30%) pacijenata. Prosečna dužina hospitalizacije iznosila je 12,47±7,77 dana. Do otpusta iz bolnice preživeo je 231(74,28%) pacijent, a preživljavanje je zavisilo od: starosti pacijenata, reakcionog vremena I, srčane frekvencije, visine krvnog pritiska, saturacije kiseonika u perifernoj krvi, NIHSS skora na prijemu, vrste dijagnostikovanog AMU, primenjene trombolitičke terapije kod ishemijskog AMU i dužine hospitalizacije.

Zaključak: AMU je stanje prvog reda hitnosti, tako da bi reakciono vreme I i vreme zbrinjavanja trebalo biti znatno kraće. Prehospitalno, treba uraditi monitoring svih vitalnih parametara, dok primenu terapije treba ograničiti na stabilizaciju i kontrolu njihovih vrednosti. Na taj način bi se povećao broj pacijenata koji bi ispunjavali kriterijum za uspešnu primenu trombolitičke terapije.

12. ULOGA HITNE MEDICINSKE POMOĆI U LEČENJU PACIJENATA SA AKUTNIM ISHEMIJSKIM MOŽDANIM UDAROM

R.Majkić(1), L.Despenić(2)

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

Uvod: Akutni moždani udar (AMU) može biti ishemijski akutni moždani udar (AIMU) koji se javlja u 75-80% svih AMU i hemoragijski (20-25% slučajeva). Cilj primene rekanalizacione fibrinolitičke terapije u lečenju AIMU je očuvanje vitalnosti afunkcionalnih neurona u zoni penumbre koja okružuje zonu infarkta i bitno je determinisana vremenom.

Prikaz slučaja: Pacijent star 58 godina poziva Službu hitne medicinske pomoći (SHMP) navodeći jak bol u vratu i slabost desne ruke i noge. Ekipa SHMP stiže za 10 minuta od poziva i lekar konstatuje da se radi o AIMU. Pacijent se transportuje na Urgentno odeljenje sa postavljenom venskom linijom uz monitoring vitalnih parametara. Uradi se CT pregled endokranijuma koji govori u prilog akutne fokalne ishemijske lezije mozga parijetalno levo. Fizikalnim pregledom i anamnezom utvrđeno je da pacijent nema kontraindikacija za fibrinolitičku terapiju, a prema podacima lekara SHMP simptomi su nastali pre manje od tri sata, te se ordinira fibrinolitička terapija (rtPA) u terapijskom prozoru. Na kontrolnom CT pregledu endokranijuma konstatovano je da je moždani parenhim bez znakova intrakranijalne hemoragije niti ishemijskih lezija. Posle 24 sata od primene fibrinolitičke terapije svi neurološki simptomi se potpuno povlače i pacijent se sedmog dana hospitalizacije otpušta kući u dobrom opštem stanju.

Zaključak: SHMP pravilnom procenom stanja pacijenta, adekvatnim transportom i utvrđivanjem tačnog vremena nastanka simptoma omogućuje primenu fibrinolitičke terapije u terapijskom prozoru i čini integralni deo lanca lečenja pacijenata sa AIMU.

Ključne reči: moždani udar, hitna pomoć, fibrinolitička terapija



13. "ABORTED" INFARKT MIOKARDA POSLE RANE PRIMENE PREHOSPITALNE FIBRINOLIZE U SHMP VRBAS

Z.Milanov, Z.Babić

DOM ZDRAVLJA "VELJKO VLAHOVIĆ", VRBAS, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Brza reperfuzija miokarda, u najranijoj fazi, sprečava razvoj infarkta. "Aborted" infarkt podrazumeva normalnu perfuziju miokarda, EF, regionalnu kinetiku zida LK i adekvatan SPECT i idealan je ishod bilo koje reperfuzione strategije. Postoje studije koje ukazuju na bolju prognozu u najranijoj fazi STEMI (prva 2h) posle primene fibrinolitika, nego pPCI.

Cilj rada: Da prikazom naša 2 slučaja AIM, posle rane prehospitalne primene fibrinolitika, afirmišemo te stavove.

Metodologija: Retrospektivno je analizirana medicinska dokumentacija SHMP, Kardiologije Vrbas i IKVB Sremska Kamenica. "Aborted" AIM je podrazumevao >50% redukcije početne ST elevacije za 90 min. uz izostanak dvostrukog porasta kardiospecifičnih enzima (CK i CK-MB).

Prikazi slučajeva: Muškarac 55 god. javlja se u prvom satu po pojavi bola u grudima intenziteta Geteborg -5, sa širenjem u ruke, preznojavanjem, slabošću, dispnejom. EKG – anteroseptalni AIM sa ST elevacijom 3-11 mm. Ordinirana amp Streptasae 1.500.000 i.j. u 500 ml 0,9%NaCl za 30 min., ASA, Clopidogrel, Enoxaparin, Morphin. Subjektivne tegobe prestaju, EKG posle 30 min. pokazuje ST elevaciju 1mm. Enzimi ostaju u referentnim granicama. IKVB Sr. Kamenica–UZ: laka hipokinezija anteroseptalne regije, EF=50%; koronarografija-suženje RIA 98%, RDA 75%, implantirana 2 "stenta"; ergometrija–test na ishemiju negativan.

Muškarac 61 god. javlja se u prvom satu, istih simptoma. EKG–anteroseptolateralni AIM sa ST elevacijom 2-9mm. Ordinirana terapija po istom protokolu. Subjektivne tegobe prestaju, EKG posle 50 min. bez ST elevacije. Minimalan porast CK-MB. IKVB Sr. Kamenica–UZ: leva komora očuvane kinetike, EF=61%; koronarografija-suženje RIA 98%, implantiran "stent"; ergometrija–test na ishemiju negativan, SPECT uredan. Šest godina kasnije pacijenti su bez tegoba.

Zaključak: U najranijoj fazi AIM, vreme uspostavljanja reperfuzije je kritično i mnogo je važnije od izbora reperfuzione metode, što može rezultirati prekidom razvoja AIM.

14. AKUTNI APENDICITIS KOD DJECE-PRIKAZ SLUČAJA

K. Lazarević(1), P. Divanović(1), D. Albijanić(2)

(1) DOM ZDRAVLJA, PODGORICA,(2)KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, IBD HIRURŠKA KLINIKA, PODGORICA, CRNA GORA

Uvod: Akutni apendicitis je najčešći uzrok hitne hirurške intervencije kod djece. Između 30-60% djece dolazi na hirurški sto sa perforiranim apendiksom. Najčešće je kod djece uzrasta 12-17 godina. Progresija bolesti od prvog simptoma do perforacije traje 36-38 sati. U kliničkoj slici dominiraju bol u trbuhu, povraćanje, povišena temperatura, opstipacija ili proliv.

Cilj i metod rada: prikaz slučaja akutnog apendicitisa na koje je ukazivala anamneza i klinička slika, a dokazala hirurška intervencija istog dana .

Rezultat: U 10 h ujutro dovode 11 godišnju djevojčicu na pregled. Dijete je od jutros povratilo 7x,već tri dana ima tečnu, žutu, ne smrdljivu stolicu. Ima bolove u stomaku. Od sličnih simptoma se liječio brat prije 4 dana.

Objektivnim pregledom nalazimo: Pulmo bo. Ždrijelo lagano upaljeno. Tonzile uvećane. Cor radnja ritmična, tonovi jasni, šum se ne čuje. Abdomen mekan, bolno osjetljiv i tvrd u desnoj ilijačnoj jami, jetra i slezina se ne palpiraju.

Dijete upućeno hitno za laboratorijske analize i na konsultaciju sa dječjim hirurgom.



Laboratorijske analize su ukazale na povećane vrijedosti leukocita i CRP. EHO abdomena bo. Dijete je primljeno na odjeljenje dječje hirurgije gdje je poslije parenteralne rehidracije operisano. Dg: Appendicitis acuta catarrhalis. Lymphadenitis mesenterialis. Appendektomija.
Zaključak: Pravovremena dijagnoza je najvažniji parametar uspješnog liječenja. Izabrani pedijatar je prvi koji pregleda dijete i upućuje na dijagnostičke konsultacije. Njegova odgovornost za život djeteta je velika.

15. AKUTNI ORGANSKI MOŽDANI PSIHOSSINDROM SA OSVRTOM NA SPECIFIČNOST ZBRINJAVANJA U TERENSKIM USLOVIMA-PRIKAZ PACIJENTA

I. Pešić, S. Holcer-Vukelić

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SOMBOR

Uvod: Akutni organski moždani psihosindrom (AOMPS) u klinici je poznat pod nazivom sindrom delirijuma. Postoji i hronični organski psihosindrom koji se naziva sindrom demencije.

Sindrom delirijuma je perakutni poremećaj moždani funkcija koji se očituje poremećajem svesti, pomućenjem sensorijuma, psihomotornim nemirom, vegetativnim poremećajima i potencijalnim auto i hetero-destruktivnim ponašanjem.

Dijagnostički trijas, odnosno, ključne kliničke manifestacije čine dezorijentacija, halucinacije i psihomotorni nemir tj. agitacija. Etiopatogenetski faktori su egzogeni (fizički, hemijski, biološki) ili endogeni (metabolički disbalans, endotoksemije, endokrinopatije). To mogu biti disfunkcije i/ili oštećenja izazvana traumom mozga, poremećajima moždanog krvotoka, endokrina i metabolička oboljenja, intrakranijalne neoplazme, maligne neoplazme, sistemske bolesti, apstinencijalni sindromi i dr.

Prikaz pacijenta: U radu je prikazan 49-godišnji pacijent sa izmenjenim stanjem svesti kome su, po heteroanamnestičkim podacima uzetim od supruge, prethodile parestezije leve polovine tela. Po dolasku ekipe hitne medicinske pomoći i započinanju pregleda, kompletno se razvija organski moždani psihosindrom praćen, sem do tada poremećajem svesti, još i psihomotornom agitacijom. Pacijent je transportovan na prijemno odeljenje neurologije pod radnom dijagnozom suspektne intrakranijalne hemoragije gde je od strane neurologa indikovana kompjuterizovana tomografija (CT) glave. Kako je nalaz bio uredan urađen je CT grudnog koša i abdomena gde je nađena disekcija aneurizme aorte tip 1 po De Bakey-u, odnosno disekcijom je bilo zahvaćeno celo aortno stablo. Pacijent transportovan na kardiohirurgiju kliničkog centra Srbije gde je egzistirao.

U diskusiji je napravljen poseban osvrt na specifičnost terenskog rada, kao i na potrebu posebne opreznosti pri primarnom zbrinjavanju pacijenata sa AOMPS zbog prisutnog auto i hetero-destruktivnog ponašanja.

Ključne reči: organski moždani psihosindrom, disekcija aneurizme aorte, psihomotorna agitacija.

16. AKUTNI EPIGLOTITIS U SVETLU KRIVIČNE ODGOVORNOSTI LEKARA

M.Milić, R.Karadžić, A.Antović, G.Ilić, L. Kostić-Banović, J.Stojanović
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU, NIŠ

Uvod: Akutni epiglotitis predstavlja sporadičnu bakterijsku infekciju gornjih disajnih puteva nesezonskog karaktera, sa rapidnom i dramatičnom kliničkom slikom otežanog disanja i pretećeg gušenja. Javlja se uglavnom kod dece uzrasta između 2 i 8 godina, pri čemu je najčešći izazivač bolesti *Haemophilus influenzae* tip B. Stopa smrtnosti od ove bolesti iznosi 5-10%.



Cilj rada: Sudskomedicinski osvrt na moguće probleme i komplikacije tokom urgentnog zbrinjavanja obolelih od akutnog epiglotitisa u svetlu krivično-pravne odgovornosti lekara.

Prikaz slučaja: Deca starosti 1,5 i 4 godine, ženskog pola, zbrinjavana su od strane lekara urgentne medicine i većeg broja lekara nadležnih zdravstvenih ustanova primarnog, sekundarnog i tercijernog nivoa zdravstvene zaštite, zbog iznenadnog napada gušenja nakon kraće epizode respiratorne infekcije gornjih disajnih puteva praćene visokom febrilnošću rezistentnoj na ordiniranu antipiretsku i antibiotsku terapiju. Endotrahealna intubacija je u oba slučaja bila neizvodljiva, dok su sprovedene mere intenzivne kardiopulmonalne reanimacije i naknadno izvršena traheotomija ostale bez rezultata, što se u kratkom vremenskom periodu od početka bolesti okončalo smrću dece. Sudsko-medicinskom obdukcijom nađeni su izraženi edem i hiperemija sluznice laringo-epiglotičnog predela, dok je patohistološkim pregledom utvrđeno hipoksijsko oštećenje mozga nastalo kao posledica prolongirane asfiksije, koja je bila i neposredni uzrok smrti kod oba deteta. U oba slučaja je protiv većeg broja lekara, koji su učestvovali u zbrinjavanju obolele dece, pokrenut krivični postupak pred nadležnim sudovima u cilju utvrđivanja profesionalne odgovornosti istih.

Zaključak: Pregled i dijagnostika akutnog epiglotitisa u kliničkoj praksi zahtevaju u isto vreme brz i oprezan pristup, s obzirom da neopreznost pri radu i pritisak na koren jezika mogu dodatno pogoršati dramatičnu kliničku sliku i dovesti do potpunog refleksnog spazma i zatvaranja disajnih puteva. Pri susretu sa ovakvim oboljenjem, svaki lekar mora biti spreman za sprovođenje urgentne i neodložne traheotomije, obzirom da adekvatno i blagovremeno lečenje (pravovremena traheotomija) može sprečiti ne samo fatalan ishod, već i potencijalnu krivičnu odgovornost lekara.

17. AKUTNA TROVANJA ORGANOFOSFORNIM INSEKTICIDIMA: ISKUSTVA CENTRA ZA NACIONALNU KONTROLU TROVANJA

S.Vučinić(1), B.Antonijević(2), M.Jovanović(1), D.Đorđević(1), M.Zlatković(1), G.Babić(1), D. Bokonjić(1), V.Jačević(1), V.Kilibarda(1)

(1)NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA, VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA BEOGRAD, (2)FARMACEUTSKI FAKULTET, BEOGRAD

Uvod: Toksični efekti organofosfata su dobro poznati, a standardna terapijska šema pored suportivne terapije uključuje antidote (atropin, diazepam, oksim). Kamen temeljac terapije akutnih trovanja OFI je i dalje atropin, a svi pokušaji da se pronađe efikasnije terapijsko sredstvo ostali su bez uspeha. Efikasnost oksima je jasno pokazana u eksperimentalnim studijama ali klinički značaj oksimske terapije još uvek nije jasan, pa tako neki autori zastupaju stav da je oksim obavezni deo terapije i drugi koji to negiraju.

Cilja rada: je da se proceni efikasnost terapije pralidoksim metilsulfatom u pacijenata sa trovanjem dimetilfosforil i dietilfosforil OFI.

Metode: U radu je prikazana retrospektivna studija sa 75 bolesnika lečenih zbog akutne intoksikacije OFI u CKT tokom dvogodišnjeg perioda, od kojih je 66 imalo trovanje dimetilfosforil i 11 dietilfosforil OFI. U 44 bolesnika je uz suportivnu terapiju, atropin i diazepam, primenjen i oksim-pralidoksim metilsulfat (Contathion[®]). Nije nađena statistički značajna korelacija između hemijske strukture (dimetilfosforil ili dietilfosforil OF) i stepena težine trovanja, kao ni stepena inhibicije holinesteraze. Reaktivacija AChE je bila bolja u grupi bolesnika sa trovanjem dietilfosforil OFI, ali razlika između grupa nije statistički značajna. Pacijenti koji nisu bili na terapiji oksimom su zahtevali više atropina u terapiji od pacijenata koji su ga primali, ali je ta razlika statistički značajna samo u grupi pacijenata sa teškim trovanjem. Stopa letaliteta je bila 10.6%, a među grupama sa hemijski različitim OF insekticidima nije bilo značajnih razlika.



Zaključak: Efikasnost terapije oksimima je teško proceniti zbog loše korelacije između depresije AChE i kliničkih znakova trovanja. Brojni faktori utiču na reaktivaciju AChE inhibirane određenim OFI. Imajući u vidu činjenicu da oksimi pored reaktivacije holinesteraze imaju i direktni farmakološki (različit za pojedine oksime ali uvek prisutan) i detoksikirajući efekat, predlažemo da se nastavi sa njihovom primenom u trovanjima OFI, bez obzira na njihovu hemijsku strukturu.

18. AGRESIVNA ATROPINIZACIJA KOD DECE SA AKUTNOM INTOKSIKACIJOM ORGANOFOSFORNIM JEDINJENJIMA

J.Drmončić-Putica, Z.N. Živković, J.Mitić, S.Marković-Jovanović

MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA, KOSOVSKA MITROVICA, DEČJA KLINIKA

Uvod: Akutna trovanja organofosfornim jedinjenjima (OFJ) predstavljaju klinički problem širom sveta. Intoksikacija dece najčešće nastaje kao posledica akcidentalne ekspozicije putem ingestije, inhalacijom ili transdermalnom apsorpcijom. Kod pacijenata sa teškom kliničkim oblikom trovanja smrt može nastupiti zbog respiratornog zastoja, koji nastaje sekundarno zbog kombinacije bronhokonstrikcije, bronhoreje, zamora i paralize respiratorne muskulature kao i depresije CNS. U pedijatrijskoj literaturi preporučeno je davanje atropin-sulfata u dozi 0,02-0,05 mg/kg u bolusima intra venskim putem, subkutano ili intra muskularno, koje se mogu ponavljati na 5-10 minuta.

Cilj rada: je da proceni i prikaže i preporuči agresivniju administraciju atropina i brže postizanje atropinizacije od onih preporučenih u klasičnim pedijatrijskim udžbenicima.

Metod: Istraživanje je sprovedeno kod 172-je dece sa manifestnim znacima akutnog trovanja OFJ lečenih u periodu (1991-2005). Metodom slučajnog izbora izdvojena je grupa od 43-je dece koja je detaljnije posmatrana. Posle dekontaminacije organizma pristupilo se agresivnoj i učestaloj intra venskoj administraciji atropin-sulfata do što bržeg i potpunijeg postizanja znakova atropinizacije. Zatim, inermitentnim davanjem doza održavanja, takođe intra venskim putem blaga atropinizacija održavana sve do prestanka pojave znakova intoksikacije.

Rezultati: U intervalu do 4h od ekspozicije hospitalizovano je 43% pacijenata, 5-8h 12,2%, 9-12h 9,9%, posle 12h od ekspozicije 34,3%.

Administrirajući atropin-sulfat agresivno na način i u skladu sa težinom kliničke forme trovanja, atropinizacija je postignuta unutar 60 minuta kod 40,7%, 120 min. kod 12,7%, 180min 14,4%, dužem od 180 min kod 18,0%. Za atropinizaciju je bilo neophodno 4mg do 308 mg.

Zaključak: Ishod težih oblika akutnog trovanja OFJ koja se ne leče je letalan unutar 24h, ali nije redak ni kod adekvatno lečenih pacijenata. Pored dekontaminacije, rana i brza atropinizacija je suština tretmana dece sa akutnom intoksikacijom OFJ. Odložena atropinizacija može rezultirati smrtnim ishodom. Lečenje konvulzivnih poremećaja, poremećaja stanja svesti, respiratorne i kardiorespiratorne insuficijencije ili zastoja sprovodi se po principima lečenja ovih stanja.



19. ANALIZA UČESTALOSTI ZBRINJAVANJA NEUROLOŠKIH I PSIHIJATRIJSKIH URGENTNIH STANJA PREMA REDU HITNOSTI TERENSKE SLUŽBE ZHMP PODGORICA

J.Ščekić(1), S.Stefanović(1,2), M. Bajagić(1,2)

(1)MEDICINSKI FAKULTET PODGORICA, CRNA GORA, (2)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ PODGORICA, CRNA GORA

Cilj rada: Analiza terenskih medicinskih naloga ukazuje na kvalitet i kvantitet rada terenskih medicinskih ekipa što je od značaja za dalji plan organizacije rada Zavoda za hitnu medicinsku pomoć (ZHMP) Crne Gore. Stoga je cilj rada bio analizirati i uporediti učestalost zbrinjavanja neuroloških i psihijatrijskih urgentnih stanja od strane terenske službe ZHMP prema redu hitnosti tokom dvomjesečnog perioda između 2005. i 2010. godine.

Materijal i metode: Retrospektivnom studijom su praćeni podaci o neurološkim i psihijatrijskim urgentnim stanjima dobijeni iz terenskih ljekarskih izvještaja službe ZHMP za mjesec april i maj u toku 2005. i 2010. godine na teritoriji opštine Podgorica. Terenski izvještaj sadrži radnu dijagnozu i određeni red hitnosti odgovarajuće patologije. Statistička značajnost dobijenih učestalosti upoređena je pomoću χ^2 testa. Podaci su statistički obrađeni pomoću kompjuterskog programa GraphPad Prism verzija 5.0.

Rezultati: U dvomjesečnom periodu 2005.god ukupan broj terenskih izvještaja iznosio je 1308, a 2010.god. 2244. Učestalost neuropsihijatrijskih stanja bila je 13.91% (182 od 1308 slučajeva), a u 2010.god. 19.03% (427 od 2244), što je statistički značajno više. Rezultati pokazuju da je učestalost neuroloških stanja od 65.81% u 2010. god. značajno veća od učestalosti u 2005.god. 45.06% ($\chi^2 < 0.05$), dok je učestalost psihijatrijskih 34.19% u odnosu na 54.94% značajno smanjena stanja ($\chi^2 < 0.05$). Prema redu hitnosti u 2010. god. značajno je veća učestalost drugog reda hitnosti (33.25%; 19.23%) ($\chi^2 < 0.05$), smanjena učestalost trećeg reda hitnosti (13.82%; 20.88%) ($\chi^2 < 0.05$), a učestalost neodložne pomoći je ostala nepromijenjena (52.93%; 59.89%) u odnosu na 2005. god ($\chi^2 \geq 0.05$).

Zaključak: Nakon petogodišnjeg perioda porastao je broj pacijenata zbrinutih na terenu. Značajno je porasla ukupna učestalost neuropsihijatrijskih kao i učestalost neuroloških urgentnih stanja što ukazuje na povećan kvantitet rada ZHMP. Značajan rast stanja drugog reda hitnosti upućuje na bolji kvalitet rada i opadanje tzv. broja „hladnih medicinskih stanja“, koje tretira ZHMP. Potrebna je detaljna analiza učestalosti cjelokupne urgentne patologije na godišnjem nivou.

20. BOL U GRUDIMA ČEST RAZLOG ZA POZIV SLUŽBE 94

R.Stamenković(1), B.Stamenković(2), L.Mišić(1), D.Cakić(1)

(1)DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI; (2)OPŠTA BOLNICA LESKOVAC, ODELJENJE RADIOLOGIJE

Uvod: Bol u grudima je česta tegoba na koju se pacijenti pozivaju kada traže hitnu medicinsku pomoć. Cilj rada je da se utvrdi učestalost bola u grudima i njihova distribucija, upoređujući četiri meseca: januar, april, jun i oktobar.

Materijal i metode: Retrospektivnom analizom podataka iz protokola kućnih poseta za januar, april, jun i oktobar 2010 godine, analizirani su pacijenti koji su zvali SHMP zbog bola u grudima. Upoređivane su vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska kod bola u grudima kardijalnog i nekardijalnog porekla; EKG-i kod pacijenata sa bolom u grudima kardijalnog i nekardijalnog porekla, kao i terapija u zbrinjavanju bola u grudima na terenu.



Rezultati: Od 4860 poziva registrovanih na terenu za period od četiri meseca (januar, april, jun, oktobar), 430 (8,85%) poziva je bilo zbog bola u grudima. Bol kardijalnog porekla bio je zastupljeniji (59,76%). Najveća učestalost bola u grudima kardijalnog porekla bila je januara 64,54%, a najmanja 53,45% oktobra. Veća zastupljenost akutnog koronarnog sindroma (infarkt miokarda, nestabilna angina) bila je januara (23,63%) i juna (23,33%), nego li tokom aprila (14,03%) i oktobra (9,48%). Bol u grudima (kardijalni i nekardijalni) češće se javljao kod žena nego kod muškaraca, po mesecima, i u ukupnom iznosu: 160 žena u odnosu na 97 muškaraca sa bolom u grudima kardijalnog porekla; 101 žena u odnosu na 72 muškarca sa bolom u grudima nekardijalnog porekla. Žene sa bolom u grudima su bile prosečno starije od muškaraca ($67 \pm 11,72:64,63 \pm 14,28$). Prosečne vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska bile su najveće kod pacijenata sa bolom u grudima kardijalnog porekla u januaru $153,57 \pm 34,41$ mmHg i $87,38 \pm 17,03$ mmHg, a najmanje kod pacijenata sa bolom u grudima kardijalnog porekla u junu mesecu $146,55 \pm 37,24$ mmHg i $82,82 \pm 18,40$ mmHg. Najveće vrednosti pulsog pritiska dobijene su januara $66,19 \pm 26,25$ mmHg i juna $63,73 \pm 27,89$ mmHg kod pacijenata sa bolom u grudima kardijalnog porekla.

Zaključak: Postoji međusobna zavisnost visine pulsog pritiska i pojave bola u grudima kardijalnog porekla.

Ključne reči: bol u grudima, akutni koronarni sindrom, pulsni pritisak

21. FAKTORI KOJI UTIČU NA STEPEN NEUROLOŠKOG DEFICITA KOD PACIJENATA SA AKUTNIM MOŽDANIM UDAROM

M. Jokšić(1), S. Šijačić(1), A. Vasić(1), D. Tančik(1), I. Lekin (2), R. Jokšić-Mazinjanin(2)

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

Uvod: Prema Nacionalnom vodiču za akutni moždani udar (AMU) iz 2004. godine urgentni koncept lečenja pacijenata sa AMU podrazumeva: brzo prepoznavanje simptoma od strane rodbine i poziv hitnoj medicinskoj pomoći, brz transport i rano prehospitalno ispitivanje bolesnika, prehospitalne opšte i potporne terapijske mere i lečenje u speijalizovanim jedinicama za moždani udar. Pacijent u tom slučaju ima najveću šansu da preživi i ostane sa minimumom neurološkog deficita.

Cilj rada: je da se identifikuju faktori koji utiču na preživljavanje i stepen neurološkog deficita kod pacijenata sa AMU.

Materijal i metode: Istraživanje je opservaciono i prospektivno. Sprovedeno je u Službi hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Bečej (SHMP DZ Bečej) u periodu od 1.1.2010. do 30.6.2010. U istraživanje su uključeni svi pacijenti kod kojih je lekar SHMP DZ Bečej dijagnostikovao prvi put AMU. Podaci su obrađeni upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

Rezultati: U posmatranom periodu kod 32 pacijenata je dijagnostikovao AMU, 17 (53,12%) žena i 15 (46,88%) muškarca. Prosečna životna dob pacijenata bila je $72,19 \pm 9,74$ godine. Svi pacijenati su dobili terapiju na terenu, a zatim je 21 (65,63%) transportovan u bolnicu. Od ukupnog broja upućenih, 13 (61,91%) pacijenata je hospitalizovano. Mesec dana nakon AMU, preživelo je 20 (62,5%) pacijenata, a preživljavanje je zavisilo od vrednosti krvnog pritiska i stepena neurološkog deficita tokom inicijalnog pregleda, kao i stepena neurološkog deficita nakon završene terapije na terenu ili nakon bolničkog lečenja. Stepenn neurološkog deficita nakon mesec dana se smanjio kod svih pacijenata, a smanjenje je zavisilo isključivo od stepena neurološkog deficita tokom inicijalnog pregleda i nakon završene terapije. Rehabilitacija pacijenata nakon AMU zavisi da li je pacijent bolnički lečen.



Zaključak: Stepenn neurološkog deficita kod pacijenata sa AMU nakon mesec dana je manji u obe grupe pacijenata, bez obzira da li su lečeni u DZ Bečej ili su hospitalizovani. Potrebno intenzivirati saradnju sa fizijatrima, kako bi se ubrzao oporavak pacijenata nakon AMU koji su lečeni u kućnim uslovima.

22. HIRURŠKI BOLESNICI: AKUTNI INFARKT MIOKARDA BEZ I NAKON OPERATIVNOG LEČENJA

M.R.Radovanović(1), M.S.Radovanović (2)

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

Uvod: Perioperativni infarkt miokarda je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta bolesnika podvrgnutih nekardijalnoj operaciji. Za infarkt miokarda kod hirurških bolesnika, bilo da su oni podvrgnuti operativnom ili konzervativnom lečenju, karakteristično je da se kod bolesnika često ne registruju tipični simptomi bolesti. Anemija koja se registruje kod većine hirurških bolesnika je jedan od najznačajnijih potencirajućih faktora za razvoj miokardne ishemije.

Prikaz bolesnika: Prikazali smo dva bolesnika lečena u hirurškom odeljenju Centra za urgentnu medicinu. Prvi bolesnik: Žena u životnoj dobi 79 godina, operisana u dva navrata zbog akutnog kalkuloznog holecistitisa komplikovanog perforacijom žučne kese i difuznim peritonitisom. Kod nje je drugog dana hospitalizacije dijagnostikovao anterolateralni infarkt miokarda sa ST elevacijom. I pored inicijalno uspešno lečenog kardiogenog šoka kod bolesnice je nakon produženog lečenja u Hirurškoj klinici četrdeset drugog dana hospitalizacije registrovan smrtni ishod. Drugi bolesnik: Muškarac u životnoj dobi 75 godina, hospitalizovan zbog znakova gastrointestinalnog krvarenja. Kod njega nisu registrovani simptomi karakteristični za koronarnu bolest. Od trećeg dana hospitalizacije lečen je od anterolateralnog infarkta miokarda bez ST elevacije. Komplikacija ulkusa želuca sanirana je primenom konzervativnog tretmana (medikamentozna terapija). Nakon 13 dana bolesnik je u dobrom opštem stanju upućen na kućno lečenje.

Zaključak: Akutni infarkt miokarda kod hirurških bolesnika značajno kompromituje rezultate njihovog hospitalnog lečenja. Stoga su procena kardijalnog rizika i preduzimanje preventivnih mera od presudnog značaja za smanjenje incidence ove ozbiljne komplikacije.

Gljučne reči: infarkt miokarda, komplikacije, prevencija, hirurgija, krvarenje, anemija

23. IZNENADNA SRČANA SMRT

I.Đorđević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Naprasna srčana smrt je prirodna neočekivana smrt, usled srčanih uzroka koja nastaje u toku jednog sata od početka akutnih simptoma u naizgled zdrave osobe ili u bolesnika sa predhodno stabilnim stanjem bolesti. Ventrikularna fibrilacija i ventrikularna tahikardija bez pulsa su najčešći oblik srčanog zastoja i čine čak 80% svih aresta. Ovi oblici su potencijalno izlečivi i zahtevaju primenu mera kardiopulmonale reanimacije i brze defibrilacije. Intervencije koje čine uspešnim ishod lečenja mogu se prikazati kao „lanac preživljavanja“, koji se sastoji iz četiri osnovnih karika.

Cilj rada: Prikazom slučajeva iz prakse može se pokazati da je cardiac arrest potencijalno izlečiv i zahteva dobru uigranost terenske ekipe kao i brzu primenu mera KPR i brze defibrilacije kod pacijenta sa VF.



Materijal i metode: Retrospektivna analiza lekarskih izveštaja odgovarajućih broja protokola, EKG zapisa sa terena i otpusnih listi sa klinike za kardiologiju Klinickog centra Niš.

Prikaz slučaja: Muškarac starosti 62 godine, osetio gušenje i jak osećaj lupanja srca. U toku pregleda stabilnih vitalnih parametara, ali na monitoru defibrilatora epizode ventrikularne tahikardije. U toku transporta gubi svest, prestaje da diše, a na monitoru ventrikularna fibrilacija. Odmah defibriliran. Vraća sve vitalne funkcije.

Žena starosti 49 god, nakon jakog bola u grudima, a bez EKG promena prevezena do opservacione jedinice na praćenje. Nakon 15min razvija STEMI, vrlo brzo gubi svest, ne diše, a na EKG-u VF. Defibrilirana i vraćeni svi vitalni parametri.

Rezultat: Najvažniji prediktor uspešnog lečenja cardiac aresta je vreme, primene mera KPR, defibrilacija kod pacijenata sa VF i dobro uvežban tim ekipe ZHMP-a.

Zaključak: Ako se zna da je kod 80% bolesnika akutni zastoj srca izazvan VF jasan je značaj rane defibrilacije. Preživljvanje je utoliko veće, ukoliko je interval VF do rane defibrilacije kraći.

24. INFARKT MIOKARDA SA ST ELEVACIJOM KOD BOLESNIKA STAROSNE DOBI PREKO 80 GODINA

T.Popov, I.Ivanov, M.Petrović, I.Srdanović, M.Sladojević, G.Panić

INSTITUT ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI VOJVODINE, SREMSKA KAMENICA

Uvod: Koronarna bolest je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta u starijoj populaciji. Prevalenca i incidenca kao i troškovi lečenja kod starijih bolesnika su u porastu i procenjuje se da će se takav trend nastaviti i narednih 30 godina s obzirom na starenje populacije.

Cilj rada: je da se ispituju osobenosti kliničke slike, terapijskih postupaka, prognoze kod starijih od 80 godina, obolelih od akutnog infarkta miokarda sa elevacijom ST segmenta.

Metode: Istraživanjem su obuhvaćeni bolesnici starosti 80 godina i više, hospitalizovani radi lečenja akutnog infarkta miokarda sa ST elevacijom (STEMI) u periodu od novembra 2008. godine do decembra 2009. godine na Klinici za kardiologiju. Analizirane su kliničke manifestacije STEMI u ovoj starosnoj dobi, faktori rizika za koronarnu bolest, način lečenja, razvoj komplikacija tokom hospitalizacije i prognoza.

Rezultati: U navedenom periodu u Koronarnoj jedinici je hospitalizovano oko 2300 bolesnika, trećina zbog STEMI, a od tog broja 10% su bili starosti ≥ 80 godina i uključeni su u istraživanje. Vodeći simptom je bol u grudima, prisutan kod 63 (96%) bolesnika. Unutar 6h od pojave tegoba na kliniku su primljena 42 bolesnika (64%). ST elevacija je bila prisutna kod 59 (91%) bolesnika. Većinom su pacijenti pri prijemu bili bez kliničkih znakova srčane slabosti 41 (63%). Samo 2 bolesnika su imala anamnezu prebolelog infarkta miokarda, a ni jedan nije ranije podvrgnut kardiohirurškoj ili perkutanoj koronarnoj intervenciji (PCI). Reperfuzija putem PCI je učinjena kod 41 (63%) bolesnika, a fibrinoliza kod 2 (3%) bolesnika. Hospitalni mortalitet je iznosio 35%.

Zaključak: Bolesnici starosti preko 80 godina čine 10% hospitalizovanih zbog STEMI. Klinička slika i načini lečenja ne pokazuju osobenosti, ali visok hospitalni mortalitet ovu grupu čini specifičnom i ukazuje na nužnost daljih ispitivanja.



25. KONTUZIONE POVREDE OKA DECE ŠKOLSKOG UZRASTA NA TERITORIJI OPŠTINE ŽITIŠTE

V.Repac, Z.Vlatković, I.Lukić

PRIVATNA ORDINACIJA "SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN

Uvod: Povrede oka spadaju u urgentna stanja u oftalmologiji. Kontuzione povrede oka dece školskog uzrasta najčešće nastaju slučajno u toku igre, kontaktom ili samopovređivanjem.

Cilj rada: Prikaz učestalosti povrede ovog uzrasta; ukaže na ozbiljnost povrede oka i neophodan multidisciplinarni pristup.

Materijal i metod rada: Korišćeni su protokoli i zdravstveni kartoni dečijeg dispanzera DZ Žitište i specijalističke ambulante za očne bolesti za period od 2000. do 2010. godine.

Rezultati: Analizirano je 126 povreda oka. Najzastupljenije su povrede prednjeg segmenta oka: hematom kapka 29, lacero kontuzne povrede kapka 16, kontuzija bulbarne vežnjače (suffusio), 72, erozija rožnjače 5, traumatska midrijaza 1, traumatska hifema 2, prelom poda orbite (Fractura Blowout) 1. Analizirane su povrede oka bez povrede glave. Od 126 povreda tri su nastale samopovređivanjem (pad), a 123 kontaktom u toku igre – udarac loptom, laktom.

Fractura Blowout je nastala udarcem lopticom za stoni tenis. Manji broj povreda je nastao u toku nastave fizičkog vaspitanja, a veći u pauzi između nastave. Četvoro dece je hospitalizovano, od toga dvoje operativno lečeno. U zbrinjavanju povreda pristup je multidisciplinarni: pedijatar, oftalmolog (vidna oština, IOP, motilitet, kolorni vid, Hess-Lancoster test), neurolog, Rtg i CT orbite.

Zaključak: Povrede oka mogu bitno uticati na vidnu oštrinu. Ponekad dovode do potpunog gubitka vida. Učestalost način i mesto nastanka ukazuju na sve veću potrebu preventivnog rada u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Ključne reči: kontuzione povrede oka, deca, multidisciplinarni pristup zbrinjavanja

26. KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA DETETA U PREHOSPITALNIM USLOVIMA- PRIKAZ SLUČAJA

H. Divanović(1), M. Muratović(2), S. Marić(3)

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ CRNE GORE,(1) JEDINICA BAR, (2) JEDINICA BERANE (3) GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Uvod: Internatioanal Liaison Committe on Resusciation (ILCOR) je međunarodna organizacija koja sagleda međunarodne naučne dokaze i daje smjernice za KPR. ERC (European Resuscitation Council) je prihvatila te stavove i mi ih koristimo. Po ovim smjernicama djeca su podjeljena u grupe po starosnoj dobi. KPR ima dva osnovna postupka. Vještačko disanje i vještačka cirkulacija-masaža srca. Oba ova postupka imaju za cilj da se uspostavi efikasna ventilacija i cirkulacija, a samim tim dođe do regularne srčane aktivnosti i spontanog disanja. Ovi postupci se izvode naizmjenično (kompresija sternuma i vještačka ventilacija 30:2, ako je izvodi jedna osoba i 15:2 ako je izvode dvije osobe).

Cilj rada: je da se prikaže reanimacija odojčeta na nivou jedinice HMP. 20.01.2011. u 21:34h utrčava usplahirena majka i u naručju nosi dijete. "Dijete ne diše", bile su njene riječi i nastavlja "Primila je vakcinu oko 17h".

Prikaz slučaja: Pacijent A.R. star 45 dana, afebrilan, cijanotičnih usana, lividno žute boje i puls na a.femoralis jako slab. Odmah provjerimo vazdušne puteve i radimo KPR 15:2, 15:2, 15:2. Posle ovog dijete malo zaplaka, a mi i dalje nastavljamo KPR. Kako se vraćala boja od lividno žute ka ružičastoj bili smo sigurniji u pozitivan ishod. Priključili smo na monitoring i puls je bio 75/min. Polako smo ga uz O2 terapiju transportovali do bolnice.



Osnovno je da smo PRAVOVREMENO i NA PRAVI NAČIN pristupili KPR, za koju moramo priznati da je raritet u našem radu.

Zaključak: Akutni zastoj srca kod djece može nastati usled cirkulatorne insuficijencije i respiratorne isuficijencije. Smatra se da je incidencija kod akutnog zastoja srca kod djece 1: 50 000 od ukupne populacije.

27. MOŽDANI UDAR U ZAVRŠNOJ FAZI BUBREŽNE INSUFICIJENCIJE

S.Kostić(1), T.Đorđević(2), D.Jovanović(1), V.Cvijanović(1), N.Gligić(3), S. Jevđić(4)

KBC ZVEZDARA (1)KLINIČKO ODELENJE ZA NEUROLOGIJU, (2)INSTITUT ZA BUBREŽNE BOLESTI, (3)SPECIJALNA BOLNICA ZA LEČENJE CEREBROVASKULARNIH BOLESTI "SVETI SAVA"; (4)OPŠTA BOLNICA, PANČEVO

Cilj: prikaz diferencijalno dijagnostičkih teškoća u starijih pacijenata sa demencijom na hemodijalizi i hipertenzivnom krizom

Metod: prikazujemo slučaj pacijentkinje stare 77 godina sa hipertenzivnom krizom, koja je na hemodijalizi u poslednjih pet godina.

Rezultati: Pacijentkinja je lečena od hipertenzije i nefroskleroze više od desetak godina i u poslednjih pet godina je redovno hemodijalizirana a od pre dve godine primećeni znaci demencije. Prisutan je i podatak za sekundarni hiperparatireoidizam. Dan pred prijem pojava povišenog krvnog pritiska od 190/100 mmHg bez drugih neuroloških dodatnih znakova. CT endokrniijuma urađen dva dana potom registruje veliki temporookcipotalni infarkt levo.

Zaključak: Ističe se važnost ranog CT mozga u evaluaciji starijih pacijenata sa hipertenzivnom krizom koji su na hemodijalizi .

28. MIOKARDITIS- BOLEST SA DESET LICA-PRIKAZ SLUČAJA

V.Gajić, J.Milanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

Uvod: Miokarditis je zapaljenje srčanog mišića sa oštećenjem mišićnih ćelija manjeg ili većeg stepena u zavisnosti od osnovnog uzročnog faktora. Simptomi respiratorne infekcije najčešće prethode srčanim: malaksalost, brzo zamaranje, dispea pri naporu, nadražajni kašalj, lupanje srca, bol u grudima, kolapsna stanja i gubitak svesti. Navedeni simptomi mogu biti prisutni u manjem ili većem broju, što zavisi od težine miokarditisa i stepena hemodinamskih poremećaja, ali treba istaći da su oni nespecifični i da se zbog toga miokarditis i naziva "bolest sa 10 lica".

Cilj rada: Analiza slučaja miokarditisa sa početnom slikom akutnog infarkta miokada

Prikaz slučaja: Pacijent LJ.G. star 32 godine iz okoline Kragujevca, javlja se 18.04.2011. godine, u 10,15 časova, sa jakim bolom u sredogruđu, nastalim 1/2h pre pregleda, bledilom, preznogavanjem, malaksalošću, hipotenzivan (TA=85/65), tahikardičan (SF=98/min), EKG sa ST elevacijom u D₂,D₃,aVF. Anamnestički: od polovine februara sa simptomatologijom respiratornih infekcija i čestim febrilnim epizodama, kada je preležao i upalu pluća. Bio na antibiotskoj terapiji Klindamicinom i Hemomicinom. Nekoliko dana pre prijema imao temperaturu, gušobolju, uzimao antibiotsku i antipiretsku terapiju. Upućen na rescue PCI, uz Th: Andol tbl i sol NaCl 0,9%. Koronarografija nije ukazala na okluziju neke od grana koronarnih arterija. Na prijemu svestan, orijentisan, srednje OMG, febrilan, srčana radnja ritmična. Dalje EKG promene idu u smislu neevolutivnih promena elevacije ST spojnice. Prisutni pozitivni su markeri nekroze miokarda i biohumoralni nespecifični zapaljenski sindrom. Dopler echokardiografija rađena 2x, a tokom prvog uočljiva akinezija bazalnog i medijalnog segmenta inferiornog i medijalnog



segmenta posteriornog zida, bez promena u dimenzijama srčanih šupljina. Laboratorijski nalazimo $Le=13 \times 10^9/l$, fibrinogen=3,7, CKmax=802, CKMB max=48,7, SE=4/h, imunološke analize negativne. Pacijent je od drugog dana hospitalizacije bez tegoba.

Zaključak: Miokarditis je najčešće blaga bolest, koja ne ostavlja nikakve posledice na zdravlje niti utiče na srčanu funkciju. Osoba sa miokarditisom najčešće nema nikakvih tegoba (asimptomatski miokarditis), niti traži lekarsku pomoć.

Ključne reči: Miokarditis, Akutni infarkt miokarda

29. PROBLEMI U ZBRINJAVANJU AKUTNIH INTOKSIKACIJA KROZ PRIKAZ SLUČAJA PREDOZIRANJA OPIJATIMA

V.Terzić(1), Lj.Stanimirović(1), Z.Jovanović(2)

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

Uvod: Akutno trovanje je oboljenje koje nastaje odnosom unetog otrova i organizma i odvija se u dva klinička stadijuma: toksikogeni i somatogeni stadijum. Prehospitalna dijagnostika akutnih intoksikacija zasniva se na anamnezi, kliničkoj slici i objektivnom nalazu kao i okolnostima trovanja. To je jedini način da se postavi radna dijagnoza i lečenje započne odmah a sve oslanjajući se na vitalnu potporu, simptomatsku terapiju i nama dostupne antidote.

Cilj rada: je da se kroz prikaz slučaja iz rada službe SHMP i psihijatrije pokaže da treba lečiti bolesnika a ne bolest, da sama intoksikacija i njene posledice zahtevaju sveobuhvatniji prehospitalni i hospitalni tretman od onog koji mogu da im pruže ove dve službe.

Materijal i metod: Podaci su dobijeni iz terenskih protokola SHMP Šabac i dokumentacije Službe psihijatrije OB Šabac.

Prikaz slučaja i diskusija: Prikazan je slučaj mladića starog 27 godina, dugogodišnjeg ovisnika o heroinu, kojeg je majka zatekla bez svesti i skoro bez disanja. Iako bez validnih heteroanamnestičkih podataka, pegled pacijenta (bez svesti, disanja, cijanotičan, svež ubod u kubitalnoj jami, miotične zenice, bez znakova traume) i okoline (upotrebljen špric i igla na podu) ukazao je predoziranje opijatima i omogućio da se odmah krene sa respiratornom potporom i aplikacijom antidota. Nalokson je doveo do oporavka respiratorne funkcije ali bez uticaja na stanje svesti tako da je se javila sumnja na mešovito trovanje ili na produženo trajanje hipoksije. Kako u našim uslovima ne postoji toksikološka jedinica, pacijent je transportovan u hiruršku intenzivnu jedinicu a nakon 12 časova na dalje lečenje u službu psihijatrije, iako je kliničkom slikom dominirala neurološka i kardiološka patologija.

Zaključak: Nepostojanje toksikološke jedinice u našim uslovima otvara pitanje adekvatnosti lečenja svih akutno intoksiciranih pacijenata u Službi psihijatrije. Od osnovnih pitanja **šta, kad, kako i koliko**, počnemo sa pitanjem koje se postavlja tek u rehabilitaciji: **zašto?**

Ključne reči: intoksikacija, opijati, antidot, komplikacije trovanja

30. PRIKAZ SLUČAJA BOLESNICE SA MASIVNOM PLUĆNOM EMBOLIJOM

R.Stamenković(1), B.Stamenković(2), D.Cakić(1)

(1)DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI 2:OPŠTA BOLNICA
LESKOVAC, ODELENJE RADIOLOGIJE, LESKOVAC

Uvod: Plućna embolija je češći uzrok morbiditeta i mortaliteta u različitim patološkim stanjima; 65-70% slučajeva nastaje zbog venske tromboze. Epidemiološke studije u SAD pokazuju da najmanje 10% bolesnika umire tokom prvog sata masivne plućne embolije.



Cilj rada: je da se prikaže masivna plućna embolija nastala kao posledica duboke venske tromboze leve podkolenice.

Prikaz slučaja: Bolesnica stara 52 godine gubi svest u toku večere. Po dolasku ekipe hitne pomoći bolesnica svesna, orjentisana, preznojena, hipotenzivna (KP 40/20mmHg), adinamična, cijanotičnih usana, hladnih ekstremiteta, blede boje kože i vidljivih sluzokoža, šokantna, odaje utisak teškog bolesnika. Bolesnica se žali na glavobolju, nemir u grudima, otežano disanje i malaksalost. Srčani rad ritmičan, na plućima normalan disajni šum. Započinje se nadoknada volumena NaCl 500ml 0,9% i bolesnica transportuje u urgentni blok pod radnom Dg: Kriza svesti (heteroanamnezis). Hypotensio art. Rezultati: Na prijemu u urgentni KP 60/20mmHg, na EKG-u sinusna tahikardija oko 120/min, inkompletni blok desne grane, dubok S zubac u D1, AVL; Q u D3, AVF; negativni T talas u D3 (S1Q3T3) i elevacija ST u V1,V2. Otok leve podkolenice ukazuje na duboku vensku trombozu. IV se dodaje Ringer 500ml, Dopamin 200mg, Aminophyllin 250mg, Lemod Solu 80mg i kiseonik 2l/min. Laboratorijske analize pokazuju povećan nivo šećera u krvi 10,5mmol/l i GOT 58U/L. Ureja, kreatinin, K i Na u granicama normale. Povećane su i vrednosti D-dimera 1,2mg/l. Eho srca pokazuje povećanje desne komore sa prisutnim paradoksalnim pokretima sepuma i trikuspidnom regurgitacijom 2+, što može biti posledica masivne plućne embolije. Daje se Heparin 1000mg IV u bolusu 2X. Angiografija kompjuterizovanom tomografijom (MSCT) pokazuje potpunu okluziju glavnog stabla plućne arterije trombom. Ubzo nastaje srčani arest i smrt unutar jednog sata od prijema u urgentni blok, nakon neuspešne reanimacije.

Zaključak: Blagovremena terapija duboke venske tromboze značajna u prevenciji plućne embolije

31. PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE SUBARAHNOIDALNOG KRVARENJA-PRIKAZ SLUČAJA

G.Nikolić, V.Novićević

DOM ZDRAVLJA "DR MILORAD VLAJKOVIĆ", BARAJEVO

Uvod: Moždani udar je stanje akutnog poremećaja moždane cirkulacije sa prolaznom ili trajnom moždanom disfunkcijom. Akutni hemoragijski moždani udar koji može biti po tipu intracerebralne (ICH) ili subarahnoidalne hemoragije (SAH), javlja se u 20-25% bolesnika sa AMU. Glavni simptomi SAH su jaka glavobolja i povraćanje.

Prikaz bolesnika: 57-godišnja žena pregledana je u Bolnici "Sveti Sava" zbog posrtanja pri hodu i problema sa ravnotežom. Tada je dijagnostikovana gigantska aneurizma desne unutrašnje karotidne arterije i savetovana konsultacija neurohirurga. Posle dva dana, porodica poziva hitnu pomoć u 19:10h zbog novonastale jake glavobolje i povraćanja. Ekipa hitne pomoći u 19:20 stiže na mesto poziva. Bolesnica se žali na jaku glavobolju, povraćala je nekoliko puta. Hipotenzivna je (TA=90/50), somnolentna, sa rapidnim pogoršanjem stanja svesti i disanja. Ubrzo prestaje spontano da diše. Puls se ne pipa, zenice su uske i kružne. Započeta je reanimacija. Odmah je dat 1mg adrenalina subkutano. Prisutan je grč maseterične muskulature, usta se otežano otvaraju pa je plasiran orofaringealni tubus. Uključen kiseonik sa maksimalnim protokom. Pojavljuje se oslabljeno spontano disanje, pipa se slab karotidni puls. Plasirane su dve braunile, uključen 0,9% rastvor NaCl sa ampulom klonetola. Data je još jedna ampula adrenalina a posle nje se meri TA=90/60. U 19:35h započinje transport. Bolesnica predata dežurnom neurologu VMA u 20:05h. Naknadna informacija – Pacijentkinji je posle neurološkog pregleda i neophodne dijagnostike konstatovana ruptura aneurizme A.carotis interna l.dex sa subarahnoidalnom i intraventrikularnom hemoragijom. Lečena je konzervativnom terapijom a posle tri nedelje, po stabilizaciji stanja urađena je embolizacija pomenute aneurizme. Zbog levostrane slabosti i



nemogućnosti samostalnog hoda upućena na rehabilitaciju. Posle pet meseci moguć je samostalni hod, prisutni su slabost leve strane tela lakog stepena i blago oštećenje kognitivnih funkcija.

Diskusija: Jasna klinička slika uz prethodno dijagnostikovanu gigantsku aneurizmu omogućili su jasnu dijagnozu na terenu. Progresivno pogoršanje opšteg stanja bolesnice sa pretećim fatalnim ishodom, uspešno je sanirano brzim dolaskom ekipe hitne pomoći i brзом reanimacijom po ABC protokolu. Sve to je omogućilo kasniji zadovoljavajući rezultat hospitalnog tretmana.

Zaključak: Subarahnoidalna hemoragija se odlikuje naglim nastankom, teškom kliničkom slikom i velikim mortalitetom i invaliditetom. Njegovo što uspešnije zbrinjavanje zahteva dobru saradnju bolesnika i njegove okoline, službe hitne pomoći i jedinice za moždani udar.

Ključne reči: ruptura aneurizme, subarahnoidalna hemoragija, reanimacija

32. PREHOSPITALNA PRIMENA TROMBOLITIČKE REPERFUZIONE TERAPIJE KOD STEMI-JA, PRVA ISKUSTVA ZZHMP KRAGUJEVAC

J. Tanasijević, V. Gajić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

Uvod: STEMI (ST elevation myocardial infarction) predstavlja vitalno ugrožavajuće stanje. Brzom, adekvatnom primenom trombolitičke terapije – tenekteplaze, u prvih 3-6 sati od nastanka infarkta, postiže se reperfuzija u infarktome zahvaćenom području uz minimalno oštećenje miokarda.

Cilj rada: Prikaz prva tri slučaja prehospitalne primene trombolitičke terapije kod akutnog infarkta miokarda u ZZHMP Kragujevac.

Prikaz slučaja: Sva tri pacijenta su pozvala ekipu hitne pomoći zbog bolova u grudima koji su se javili u prethodnih 30-60 min. pacijenti su stari 58,48 i 41 godinu. Prvi pacijent negira hronične bolesti, drugi pacijent je pušač i konzumira alkohol, dok je treći dijabetičar. Prvi pacijent je bol dobio posle fizičkog napora, drugi pacijent je bol dobio tokom lake šetnje ulicom, dok je treći pacijent dobio bol u miru. Nijedan pacijent nije imao srčanih tegoba pre infarkta. Prvi i treći pacijent sa negativnim hereditetom. Pri pregledu, prvi pacijent je hipertenzivan, drugi hipotenzivan, dok je treći normotenzivan. Sva tri pacijenta su imala srčanu frekvenciju oko 60/min, bez poremećaja ritma. Sva tri pacijenta su imala EKG promene koje su ukazivale na dijafragmalni infarkt. Kako PCI sala, KC Kragujevac, radi samo u prepodnevним satima, a zbog postojanja indikacije i nepostojanja apsolutnih i relativnih kontraindikacija za primenu tenekteplaze ekipa se odlučuje na prehospitalnu primenu antitrombolitičke terapije. Posle primene reperfuzione terapije sva tri pacijenta su napravile regresiju EKG promena uz tranzitorni odgovor humoralnog statusa. Sva tri pacijenta su u narednih 24 sata imala kontrolnu koronarografiju, pri čemu su drugom i trećem pacijentu ugrađen po jedan stent. Sva tri pacijenta su otpuštena sa potpunom oporavkom posle 6,9 i 6 dana hospitalizacije.

Zaključak: Budućnost prehospitalne primene reperfuzione terapije leži u slučajevima gde je potrebno više od 90 minuta da se stigne do PCI sale, što je i zvanična preporuka ACC/AHA (American Heart Association) i ESC (European Society of Cardiology).

Ključne reči: STEMI, reperfuziona terapija, prehospitalna primena



33. PRIMENA EKG HOLTERA U SLUŽBI HMP-PRIKAZ SLUČAJA

N.T. Kostić, S. Mirić, D.Milanović, R.Trajković
DOM ZDRAVLJA GRAČANICA

Cilj rada: je prikaz korisnosti upotrebe EKG holtera u cilju otkrivanja postojanja poremećaja srčanog sprovođenja i poremećaja srčanog ritma, koji se javljaju povremeno.

Prikaz slučaja: Pacijent star 62 god marta 2011 javio Službi hitne medicinske pomoći Doma Zdravlja u Gračaci požalivši se na povremene i kratkotrajne gubitke ravnoteže, vrtoglavice, praćene nestabilnošću pri hodu, koje traju kratko i javljaju se retko. Nakon obavljenih pregleda u Službi za hitnu medicinsku pomoć (pregled, laboratorijske pretrage, EKG, ultrazvuk srca) nije pronađen uzrok pomenutih tegoba, te je pacijent upućen neurologu, koji je isključio postojanje oboljenja iz ove oblasti. Odlučili smo da pacijentu postavimo EKG holter, u cilju 24 praćenja srčenog rada, sa pretpostavkom da pacijent ima poremećaj srčanog ritma ili poremećaj sprovođenja. Nakon analize snimka utvrđeno je postojanje 11 pauza dužih od 2 sek. i to četiri pauze **u trajanju** 2,5-3 sek, dve u trajanju od 3-3,5 sek, jedna u trajanju 4,0-4,5 sek, jedna u trajanju od jedna u trajanju od 4,5 sek i tri pauze u trajanju dužem od 5 sek, gde je najduža pauza trajala 7,34 sek. Sve pauze su snimljene u vremenskom intervalu od 00:40 do 3:50 h. Nije bilo VES, dok je broj SVES bio beznačajan. Pacijent je imao prosečno 64 srčanih otkucaja tokom celog snimanja. Analizom EKG monitoringa je utvrđeno da se radi o prolaznom AV bloku drugog stepena tip 1. Pacijent je upućen u Pacemaker centar kliničkog centra Niš, gde mu je istog dana ugrađen trajni pacemaker

Zaključak: Korišćenje EKG holtera nesumnjivo daje korisne informacije u pravovremenoj i pravilnoj dijagnostici različitih srčanih i neuroloških oboljenja

34. PLUĆNA EMBOLIJA I NJENO MEDICINSKO ZBRINJAVANJE NA RANOM HOSPITALNOM NIVOU U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE

S.S.Jovanović, S.Dragutinović, A.Lukić
ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK

Uvod: Plućna embolija, u daljem tekstu PE, predstavlja urgentno stanje izazvano raznovrsnim etiološkim činiocima u čijoj je osnovi parcijalna ili totalna okluzija plućne vaskularne mreže. Najčešći uzrok PE je venska tromboza nastala u dubokim venama donjih ekstremiteta, a posledica je triju faktora: oštećenja krvnog suda, usporene cirkulacije, kao i poremećaja koagulacije krvi. Postoji u tri klinička oblika: akutno plućno srce, plućni infarkt i hronična plućna hipertenzija. Simptomatologija i klinički znakovi su joj dosta nespecifični, te je i dijagnostika veoma delikatna.

Cilj rada: je prikaz medicinskog zbrinjavanja ovog urgentnog stanja u službi urgentne medicine, u daljem tekstu SUM, dakle na ranom hospitalnom nivou, tj. odmah po prispeću pacijenta na bolničko lečenje.

Metod i materijal: Prospektivno je vršeno praćenje medicinskog tretmana pacijenata sa PE u Službi za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja Opšte bolnice u Čačku za vremenski period od 01.01.2010.g. do 31.12.2010.g. Kao materijal su korišćeni podaci iz knjige protokola pacijenata imenovane službe u datom vremenskom periodu i dijagnostičko-terapijski protokol iste.

Rezultati: U navednom vremenu, ukupno je medicinski zbrinuto 17849 pacijenata. Od toga broja, kod dvadeset jednog je dijagnostikovana PE. Što se tiče oblika ove, dominantna je bila forma akutnog plućnog srca, kao najtežeg oblika PE i to kod 10 lica, što čini 47,61%, plućni infarkt dijagnostikovao je kod 4 obolela ili 19,04%, dok se kod 7 pacijenata radilo o hroničnoj



plućnoj hipertenziji, a to je 33,33% ukupno tretirane PE u SUM čačanske bolnice u datom vremenskom intervalu.

Zaključak: Nameće potreba multidisciplinarnog pristupa datom oboljenju, imajući u vidu, gore već pomenutu, diferencijalnodijagnostičku komplikovanost, tim pre što u urgentnoj medicini dijagnostika i terapijski postupci teku naporedo. To podrazumeva uključivanje većeg broja medicinskih specijalnosti, koje bi promptno reagovala kod vitalno ugroženog pacijenta sa PE, pošto kliničko napredovanje iste vodi u stanje kardiorespiratorne nestabilnosti koja bi, bez navedenih postupaka, imala fatalan kraj.

Ključne reči: Plućna embolija; služba urgentne medicine; multidisciplinarni pristup.

35. PERIARESTNE ARITMIJE SU ČESTA POJAVA U SVAKODNEVNOJ PRAKSI LEKARA HMP- PRIKAZ SLUČAJA

A.Belančić, A.Ivošević

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SUBOTICA

Uvod: Periarrestne aritmije su česta pojava u svakodnevnoj praksi lekara HMP.

Cilj rada: je približavanje teme, o kojoj se dosta govori i stavljanje u okvir najčešćih okolnosti, kao i ukazati na značaj ranog prepoznavanja periarrestnih aritmija koje se mogu fatalno završiti.

Metod rada-prikaz slučaja koristeci urgentni protokol SHMP Subotica.

Prikaz slučaja: Dana 12.01. 2011. pacijent S.J. star 74god. javlja se u ambulantu opšte prakse zbog bola iza grudne kosti. EKG snimak je bez značajnih promena te se poziva lekar HMP. Na ponovljenom EKG-u lekar SHMP uočava produžen QT interval. Nakon prijema u bolničku ustanovu pacijent dobija ventrikularnu tahikardiju koja ubrzo prelazi u ventrikularnu fibrilaciju. Postoje situacije na terenu koje odstupaju od preporuka, ali adekvatnim pristupom bolesniku, upotrebom raspoloživih sredstava lekar donosi odluku u skladu sa okolnostima i mogućnostima. U prehospitalnim uslovima zadatak je prepoznati na vreme periarrestnu aritmiju, pacijenta transportovati u urgentni centar uz monitoring i adekvatnu terapiju. Odnosno, napraviti najbolje u datim okolnostima od onoga što nam je dato.

Rađene su mnogobrojne studije koje upoređuju statističke podatke, sumiraju rezultate tokom niza godina, a nekako se uvek nametne isti zaključak.

Zaključak: Najveći broj pacijenata umire zbog iznenadnog srčanog zastoja i poremećaja ritma. Broj se povećava iz godine u godinu. Da li možemo stati na kraj ovoj progresiji?

Ključne reči: aritmija, CMP, QT interval.

36. RETKE MANIFESTACIJE UOBIČAJENIH BOLESTI SU ČEŠĆE NEGO UOBIČAJENE MANIFESTACIJE RETKIH BOLESTI - PRIKAZ BOLESNIKA

S. Mitrović, D.Gostović, A.Dimić, D.Janković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Dijagnostika supfreničnih apscesa bila je teška pre primene ehosonografije, pa je važilo pravilo: "Ako postoje znaci gnojnog procesa koji se ne može tačno lokalizovati, onda je on u supfrenijumu."

Metode i materijal: Ambulantni i ultrazvučni protokol ZZHMP, otpusna lista Hirurgije KC Niš.

Prikaz bolesnika: Žena, stara 63 godine, dolazi zbog bolova u desnoj slabini i pod desnim rebarnim lukom (DRL). Pri pregledu je svesna, afebrilna, gojazna, normalno kolorisane kože i odaje utisak lakšeg bolesnika. Abdomen je palpatorno mek, lako bolno osetljiv pod DRL. Lumbalna sukusija desno pozitivna. Indikujemo ultrasonografski pregled abdomena u ZZHMP



kojim nalazimo parapijelične ciste i kalkulozu desnog bubrega. Žučna kesa je postprandijalno kontrahovana, debljine zida 0,4 cm i u fundusu je prisutna ovalna promena bez akustične senke. Zbog prisustva gasova u crevima predlažemo ponovni pregled i laboratorijske analize. Pacijentkinja se na kontrolni pregled javlja pet dana kasnije sa intenzivnijim bolovima pod DRL. Laboratorijske analize pokazuju leukocitozu sa granulocitozom i visokim markerima inflamacije. Ponovljeni ultrazvučni pregled pokazuje zadebljan zid žučne kese 0,6 cm bez raslojavanja zida i bez periholecistitisa. Ispod desnog režnja jetre nalazi se debelozidna cistična formacija i postavlja se sumnja na supfrenični apsces. Upućujemo je gastroenterologu, koji istog dana ponavlja ultrazvučni pregled i postavlja sumnju na Tu žučne kese i zakazuje hospitalizaciju za tri dana. Bolovi su intenzivniji 24 sata kasnije, a palpacijom abdomena nalazimo lokalni peritonealni nadražaj. Upućujemo je na Hitušku kliniku gde je operisana. Završne dijagnoze: Cholecystitis acc., Peritonitis circumscripta, Abscessus subhepatkus et bursa omentalis et cavi Morisoni.

Diskusija i zaključak: Praćena je evolucija supfreničnog apscesa kao posledica akutnog holecistitisa. Najčešće su posledica gnojnih i zapaljenskih procesa organa koji su u tom području lokalizovani. Češća je zastupljenost kod zapaljenskih obiljenja jetre i bilijarnog trakta, a ređa kod tumorskih procesa. Zato, "kada čuješ topot pomisli na konja a ne na zebra". Na početku ovog veka ultrasonografija je i dalje zauzima važno mesto u dijagnostici ovih apscesa.

37. SUBARAHNOIDALNA HEMORAGIJA–ZNAČAJ PRAVOVREMENO POSTAVLJENE DIJAGNOZE

M. Islamović,(1) E.Lukač-Radončić(1) V.Janošević(2) E.Islamović(1)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR NOVI PAZAR, (2)KLINIČKI CENTAR SRBIJE, BEOGRAD
NEUROHIRUŠKA KLINIKA

Uvod: Subarahnoidalna hemoragija (SAH) je ekcesivno prisustvo krvi u subarahnoidalnom prostoru (SAP), najčešće se javlja nakon neurotraume ili rupture cerebralne aneurizme. Spontano-primarno subarahnoidalno krvarenje nastaje obično posle rupture kongenitalne intrakranijske aneurizme. Uzrok može biti i mikotična ili arteriosklerotska aneurizma, arteriovenska malformacija ili hemoragija, može nastati u svakom uzrastu, ali je najčešća između 40. i 65. godine života.

Cilj rada: Ukazati na značaj rane dijagnostike i terapije u cilju sprečavanja ponovnog krvarenja.

Materijal i metode: Prikazujemo slučaj pacijenta kojeg je mobilna ekipa Hitne službe terapijski zbrinula na terenu i transportovala na Neurologiju ZC Novi Pazar, pod sumnjom na intrakranijalno krvarenje.

Rezultati: Pacijent starosti 49 godina od ranije lečeni hipertoničar i dijabetičar na oralnim hipoglikemicima, žali se na naglo nastalu glavobolju, potiljačno koja se širi niz vrat (nastalu dan ranije nakon fizičkog rada) praćena jakom vrtoglavicom, mukom i povraćanjem. Kliničkim pregledom utvrđujemo da je vrat blago ukočen, zenice jednake, kružne, reaguju na svetlost, TA 230/120mmHg, puls oko 82/min, EKG nalaz uredan, glikemija 7,2 mmol/l. Pacijentu odmah otvoren venski put, ordiniran 20% Manitol 250ml, intravenozno data po jedna ampula Zodola, Lasixa i Klometola, a zbog jake uznemirenosti pacijentu ordinirana i ampula Bensedina i.m. nakon čega je prevezen u ležećem položaju sa uzdignutom glavom na 30 stepeni na odeljenje Neurologije ZC Novi Pazar, pod sumnjom na intrakranijalno krvarenje. Istog dana urađen CT i lumbalna punkcija i postavljena dijagnoza subarahnoidalnog krvarenja, nakon čega je upućen na Neurohirurgiju KC Srbije. Angiografija je ukazala na postojanje aneurizme a.cerebri med. dex. Operacija i postoperativni tok protekli uredno, uvedena terapija antiepileptika u cilju sprečavanja epi napada.



Zaključak: Moždana krvarenja su u velikom procentu slučajeva fatalna. Kod pacijenata koji prežive važno je pravovremeno postaviti dijagnozu u cilju sprečavanja ponovnog krvarenja, smanjenja zone oštećenja i kasnijih sekvela. Vrlo bitno je da se pacijent preveze i hospitalizuje u ležećem položaju sa uzdignutom glavom na 30 stepeni, bez fizičkog napora i da se uključi antiedematozna terapija i analgetici.

Ključne reči: Subarahnoidna hemoragija, dijagnoza, terapija

38. SRČANI ZASTOJ U VANBOLNIČKIM USLOVIMA

B. Roksandić, B. Cvetičanin, N. Aracki

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

Uvod: Srčani zastoj je iznenadni prekid srčane funkcije, koji rezultuje cirkulacijskim slomom, prestankom disanja i gubitkom svesti. U vanhospitalnim uslovima se karakteriše visokom stopom mortaliteta, što ga čini fokusom brojnih istraživanja u cilju poboljšanja procenta preživljavanja.

Cilj: Ukazati na učestalost kardijalnog aresta u radu Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP Novi Sad) i faktore koji utiču na ishod resuscitacije.

Materijal i metode: Sprovedeno je retrospektivno i opservaciono istraživanje. U istraživanje su uključeni pacijenti koji su u periodu od 1.1.2010. do 31.12.2010. reanimirani od strane terenskih ekipa ZZHMP. Podaci su obrađeni upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

Rezultati: U toku 2010 godine terenske ekipe ZZHMP su pregledale 34731 pacijenta. Kod 198(1,75%) pacijenata se dogodio kardijalni arrest. Zastupljenost aresta u radu ZZHMP je bila sezonskog karaktera sa pikovima u martu i januaru. Arrest je imao i cirkadijalnu varijaciju sa pikovima 8-9h i 20-21h. Prosečna životna dob pacijenta iznosila je 64,3 godine. Najveći broj pacijenata bio je muškog pola(66%). Arrest na javnom mestu je doživelo 19,7% pacijenata. Prosečno vreme stizanja ekipa na teren iznosilo je 6,27 minuta. U 14,65% slučajeva ekipe ZZHMP su bile svedoci aresta. Inicijalni ritam aresta najčešće je bila asistolija (45%), a u 33% slučajeva ventrikularna fibrilacija. Povratak spontane cirkulacije (ROSC) postignut je kod 21% pacijenata. Uspostavljanje ROSC-a zavisilo je od: primenjivanja defibrilacije i amiodarona, inicijalnog ritma, primene atropina, adrenalina i da li se arrest desio u prisustvu ekipe.

Zaključak: S obzirom na visoku stopu mortaliteta, vanhospitalni srčani zastoj je ozbiljan zdravstveni problem. Povećati šansu pacijentu da preživi moguće je samo uz saradnju svih činilaca: širenje mreže automatskih eksternih defibrilatora, dobro utrenitani timovi hitne pomoći za pružanje mera više životne potpore, kao i stalna edukacija stanovništva da prepozna potencijalno vitalno ugrožavajuća stanja i uputi rani poziv hitnoj pomoći.

39. SKALA ZA PREPOZNAVANJE AKUTNOG MOŽDANOG UDARA U SLUŽBI OPŠTE MEDICINE DOMA ZDRAVLJA

B. Lazić

DOM ZDRAVLJA STARI GRAD, BEOGRAD

Uvod: Akutni moždani udar (AMU) je treći uzrok smrti i prvi uzrok invaliditeta u našoj zemlji, gde je uloga službe Opšte medicine u Domu zdravlja (DZ) sve značajnija u Lancu preživljavanja AMU. Zato je neophodan pravilan odabir skale za prehospitalno prepoznavanje AMU.

Cilj rada: je utvrđivanje jednostavne i lako primenjive skale za prepoznavanje AMU u radu lekara Opšte medicine DZ.



Metod: U metodologiji je korišćen Nacionalni vodič za akutni ishemijski moždani udar koji je izradila Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi Ministarstva zdravlja Republike Srbije 2004. god.

Rezultati: Lekarima opšte medicine DZ sve češće na pregled dolaze bolesnici sa sumnjom na akutni moždani udar. Prema Nacionalnom vodiču, pri inicijalnom pregledu lekar opšte medicine najpre treba da registruje stanje svesti prema Glazgov koma skali, disanje, arterijski pritisak, telesnu temperaturu i izvrši orijentacioni neurološki pregled. Za orijentacioni neurološki nalaz ovaj vodič savetuje Sinsinati prehospitalnu skalu koja služi za grubu neurološku procenu kod akutnog moždanog udara. Tri znaka koja treba proveriti su: simetrija lica (normalna ili nenormalna), podizanje ruku (normalno ili nenormalno) i govor (normalan ili nenormalan). Laka za pamćenje i jednostavna za praktičnu primenu, ova skala samo na osnovu jednog izmenjenog znaka sugeriše AMU. Kontinuiranom medicinskom edukacijom lekara opšte medicine DZ u usvajanju Sinsinati prehospitalne skale, povećaće se senzitivnost u prepoznavanju AMU. Ovo doprinosi bržem pozivanju Hitne medicinske pomoći i transportu u referentnu bolničku ustanovu uz odgovarajuću inicijalnu terapiju. Lekari opšte medicine bi na ovaj način dali svoj doprinos u jačanju karika u Lancu preživljavanja AMU i povoljnijem neurološkom ishodu i preživljavanju ovakvih bolesnika.

Zaključak: Sinsinati skalu za prehospitalno prepoznavanje AMU treba usvojiti i implementirati u svakodnevnom radu lekara opšte medicine DZ. Saradnjom sa neurolozima Jedinice za moždani udar treba organizovati KME u vidu stručnih sastanaka za lekare opšte medicine na temu: *Prepoznavanja AMU Sinsinati skalom*. Zajedničkom saradnjom DZ, hitne medicinske pomoći i Jedinice za moždani udar, poboljšaće se krajnji ishod obolelih sa AMU.

Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi

Ključne reči: AMU, opšta medicina, Sinsinati skala

40. STRESOM INDUKOVANA KARDIOMIOPATIJA (TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY)

V.Niković(1), A.Laggner(2), D.Krizanac(2), D. Kojić(3), T. Rajković(4), R. Bulajić(5), S. Nenek(6)
(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ CRNE GORE – PODGORICA, (2)MEDICAL UNIVERSITY VIENNA, AKH HOSPITAL – UNIVERSITY CLINIC FOR EMERGENCY MEDICINE, (3)INSTITUT ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI DEDINJE BEOGRAD, (4) ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ, (5)CAPE BRETON REGIONAL HOSPITAL, SYDNEY,CANADA, (6)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, KOVIN

Uvod: Stresom indukovana kardiomiopatija (Takotsubo kardiomiopatija) predstavlja klinički sindrom koji se karakteriše bolom u grudima, elektrokardiografskim promenama u smislu elevacije ST segmenta ili inverzije T talasa, tranzitornom asinergijom medijalnih i/ili apikalnih segmenata leve komore, i povišenim vrednostima biomarkera nekroze miokarda. Ovaj sindrom maskira sliku akutnog koronarnog sindroma ali se karakteriše odsustvom signifikatnih promena na koronarnim krvnim sudovima. Simptomi su najčešće trigerovani jakim emocionalnim ili fizičkim stresom. Zahvaljujući karakterističnoj ehokardiografskoj slici leve komore sindrom je nazvan takotsubo kardiomiopatija zbog sličnosti sa japanskom spravom za hvatanje hobotnica (ćup sa uzanim vratom i širokom bazom)

Cilj rada: je da se prikaže značaj urgentne ultrasonografije u radu Hitne medicine pomoći a sve u cilju sto brže dijagnostike i adekvatnog kako dijagnostičkog tako i terapijskog tretmana pacijenta.

Materijal i metodologija: U ovom radu je prikazan slučaj žene stare 60 godina sa znacima akutnog koronarnog sindroma nakon epileptičnog napada.



Rezultat i diskusija: Nakon poziva hitna pomoć izlazi na teren i zatiče žensku osobu koja je pala, bez svesti i po heteroanamnestičkim podacima ekipa saznaje da se leči od epilepsije. Pacijentkinji je ordiniran Lorazepam iv. Nakon aplikacije leka pacijentkinja dolazi svesti. Ekipa odlučuje da pacijentkinju transportuje do Hitne pomoći radi dalje opservacije. U toku transporta pacijentkinja se žali na jak bol u grudima, urađen je EKG i zapažene su promene ST segmenta koje su upućivale na akutni koronarni sindrom bez ST elevacije. Na prijemu u Hitnu pomoć urađeni laboratorijski nalazi, ponovljen je EKG i urađen EHO srca. Na kraju urađena koronarna angiografija. EKG: Sinusni ritam, fr: 100/min, normogram, minimalna elevacija ST segmenta 0.5-1mm sa inverzijom T talasa u inferiornim odvodima, inverzija T talasa od V2-V6
Laboratorijski nalazi : K 6.6 mmol/l, glikemija 128mg/dl, Lact.1.5 mmol/l, CKMB 118.5...82.9, Troponin 0.15...0.08, proBMP 4273.0 pg/ml, CK 9172 U/l...4139, Mioglobin 9796 ng/ml, CRP 1.70...0.52 ;EHO: Akinezija apikalnog i medialnog segmenata leve komore. Koronarna angiografija: Bez promena u koronarnim krvnim sudovima. U toku hospitalizacije pacijentkinja tretana ACE inhibitorima, Beta blokatorima i diureticima.

Ključne reči: Stres, Epileptični status, Stres indukovana kardiomiopatija

41. TRAUMATOLOGIJA U PEDIJATRIJI

N.Gavrilović, M.Budimski, K.Jakšić Horvat

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SUBOTICA

Uvod: Trauma je neminovno sastavni deo života. Kako u odrasлом dobu, tako i u dečijem su moguće povrede u saobraćajnoj nesreći, sportskim aktivnostima, u kući, na ulici, usled fizičkih obračuna i pod dejstvom alkohola.

Cilj rada: Stavljanje akcenta na pravilan pristup, tretman i imobilizaciju povređenog.

Materijal i Metode: Obrađivani su protokoli lekarskih ekipa Službe za hitnu medicinsku pomoć Subotica u 2010 godini, za populaciju do 18 godina.

Rezultati: Tokom 2010 godine, ukupno je bilo 10509 lekarskih terena od toga je 1214 (11,5%) bilo trauma, među kojima je bilo 90 (7,4%) povređenih do 18 godina starosti. Po polnoj strukturi više je bilo muškaraca 57 (63%), a u starosnoj grupi izdvojilo se 53 (59%) od 15 do 18 godina. Najčešće su bile povrede glave 35(39%) i ekstremiteta 34 (38%), najmanje je bilo izolovanih abdominalnih povreda 2%, dok je politaumatizovanih bilo 14 slučajeva (15,5%). Zadobijene povrede su uglavnom bile u saobraćajnoj nesreći 32 (35%) i pri sportskim aktivnostima 21 (23%), a traume nastale pod dejstvom alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci je bilo 6 (7%). Terapijski se davala analgezija u skladu sa uzrastom, urađena je toaleta rane. Od sredstava za imobilizaciju se koristi: Kramerova šina, pneumatska udlaga i dušek, Šancova kragna, Ferno sklopivo nosilo, KED, trougla marama kao i Spinalna daska – TANGO koja u sebi sadrži dve daske, za odrasle i decu. Najveći pik je bio u maju (15%), oktobru (13%), a najmanji u februaru i septembru 4%.

Zaključak: S`obzirom da je ovo veoma vulnerabilna populacija bitan je pristup, obrada traume i detaljna inspekcija da bi se sprečile posledice koje mogu biti estetske, funkcionalne pa čak i smrtne.

Ključne reči: trauma, pedijatrija, imobilizacija



42. TERAPIJA OSOBA SA SINUSNOM I PAROKSIZMALNOM SUPRAVENTRIKULARNOM TAHIKARDIJOM U SLUŽBI HMP

E. Miletić, D.Mitrović, N.Vasilijić
ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

Cilj rada: je da se pokaže učestalost, zastupljenost u odnosu na pol i starosno doba sinusne tahikardije (ST) i paroksizmalne supraventrikularne tahikardije (PSVT) kod pacijenata u SHMP ZC Knjaževac kao i uspešnost terapijskih metoda koji se koriste kod pacijenata sa ST i PSVT.
Materijal i metode: Za ispitivanje su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda SHMP i protokola kućnih poseta iste službe.

Rezultati: Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u ovoj službi u periodu od 01.05.2010. do 30.04.2011. god. , sa osvrtom na starosno doba, pol i primenjenu medikamentoznu terapiju koj osoba sa ST i PSVT. Učestalost ST kod pacijenata je 6,44%, a PSVT 0,77 %. Polna struktura sa ST je: žene 57,61 %, muškarci 42,39 %. Polna struktura osoba sa PSVT: žene 63,63 %, muškarci 36,36 %. Starosna struktura osoba sa ST: <20god. 1,09 %, 21-40god. 13,04 %, 41-60 god 38,04 %, 61-80 god 39,13 %, >80 god 8,70 %. Starosna struktura osoba sa PSVT : <20 god. 0 %, 21-40 god. 18,18 %, 41-60 god. 63,64 %, 61-80 god. 18,18 %, >80 god. 0 %. Uspešnost terapije ST je 94,57% . Uspešnost PSVT je 81,82%.ST se mnogo češće sreće kod pacijenata u odnosu na PSVT. Osobe sa ST u odnosu na pol su češće žene, kao i osobe sa PSVT. Najviše osoba sa ST je u starosnom dobu između 61-80 god i 41-60 god. Najviše osoba sa PSVT je u starosnom dobu između 41-60 god.ST i PSVT se u velikom procentu uspešno leče, primenom odgovarajućih medikamenata.

43. URGENTNA TERAPIJA SRČANOG ZASTOJA, NAJNOVIJE PREPORUKE IZ 2010 GODINE -PRIKAZ SLUČAJA

R.Zdravković(1), D.Mitrović(2)
(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ-JEDINICA BAR; (2)ZDRAVSTVENI CENTAR
KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA
MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADJE

Uvod: Srčani zastoj podrazumeva odsutnost kontrakcija ili neprikladne kontrakcije srčanih komora koje odmah dovode do prestanka cirkulacije krvi. Iznenadni srčani zastoj je odgovoran u više od 60% smrti od koronarne bolesti srca.

Cilj rada: je da prikaže da je rana primena kardiopulmonalne reanimacije i rane defibrilacije veoma bitna za veći procenat preživljavanja i bolji oporavak posle srčanog zastoja

Materijal i metode: Korišćen je deskriptivni metod i protokol iz Hitne službe Bar.

Prikaz slučaja: U radu je prikazan pacijent Z.M, 62 godine star. Javio se lekaru Hitne pomoći, jedinica Bar sa simptomima:lupanje srca,osećaj nedostatka vazduha. Tenzija arterijalis izmerena u ambulanti je bila 150/80 mmHg. Pacijent je naveo da je srčani bolesnik. U toku pregleda izgubio je svest,puls na karotidnim arterijama se nije pipao. Došlo je do prestanka disanja. Ekipe iz ambulante Hitne pomoći je započela kardio-pulmonalnu reanimaciju, dok se nije napunio defibrilator i pacijent uključen na monitor. Dat je kiseonik, otvorena venska linija. Na monitoru je verifikovana fina ventrikularna fibrilacija. Započeta je kardioverzija sa 120 J i nastavljena kardiopulmonalna reanimacija dok je pacijent unošen nosilima u kola hitne pomoći i pripreman za transport na Interno odeljenje bolnice Bar. Na monitoru je i dalje prikazano da pacijent ima ventrikularnu fibrilaciju. Kontinuirano se radila kardiopulmonalna reanimacija.Odrađena je kardioverzija sa 150 J i nastavljena reanimacija. I dalje je pacijent imao ventrikularnu fibrilaciju. Kardioverzija je odrađena sa 200 J i svo vreme je rađena kardiopulmonalna reanimacija. Na



monitoru se i dalje pokazivala ventrikularna fibrilacija. Odlučeno je da se venski da adrenalin. Na ulazu u bolnicu Bar, posle primenjene medikamentozne terapije, uspostavljen je sinusni ritam. Pacijent je primljen u bolnicu Bar odakle je, posle izvršenog lečenja i medicinskog ispitivanja otpušen kući u dobrom opštem stanju. Kod pacijenta prikazanog u radu, otpočinjanje oživljavanja je započeto odmah po srčanom zastoju. Kontinuirano je primenjivana kardiopulmonalna reanimacija i sinhronizovana kardioverzija. ERC-ove preporuke iz 2010.god. nam naglašavaju da je na prvom mestu održavanje cirkulacije u odnosu na prohodnost disajnog puta i disanje. Dok se puni defibrilator, nastavljaju se mere reanimacije. Ako ni posle treće kardioverzije ne dođe do uspostavljanja sinusnog ritma, potrebno je primeniti i medikamentoznu terapiju.

Zaključak: Veoma je bitno rano otpočinjanje kardiopulmonalne reanimacije i rane defibrilacije. Trebali bi da automatski eksterni defibrilatori budu na svim mestima u gradu gde je veći protok ljudi. Da se pre svega zdravstveni radnici, a zatim i građanstvo obučava za primenu defibrilatora i kardiopulmonalne reanimacije, kako bi se povećala stopa preživljavanja kod pacijenata sa srčanim zastojem.

44. UČESTALOST MOŽDANOG UDARA NA TERITORIJI OPŠTINE NOVI PAZAR

E. Lukač-Radončić(1), V. Janošević(2)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR NOVI PAZAR (2) KLINIČKI CENTAR SRBIJE, BEOGRAD
NEUROHIRUŠKA KLINIKA,

Uvod: Moždani udar (moždana kap, cerebrovaskularni infarkt, CVI, apopleksija) je naglo nastali fokalni neurološki deficit ili globalni gubitak moždanih funkcija uzrokovan cerebrovaskularnom bolešću koji traje duže od 24 sata ili se završava letalno. Moždani udar je treći vodeći uzrok smrti u svetu i jedan od najčešćih uzroka invaliditeta kod nas i u svetu.

Cilj rada: Cilj rada je da se utvrdi učestalost javljanja pacijenata sa moždanim udarom i analizirati pacijente po polu, starosnoj dobi, vremenu javljanja i faktorima rizika.

Materijal i metode: Statističkom obradom podataka i retrospektivnom analizom, prikupljeni su podaci iz protokola SHMP u šestomesečnom periodu od 01.09.2010-28.02.2011. godine pacijenata sa moždanim udarom. U razmatranje smo uzeli dve dijagnoze: I 63 i I 64.

Rezultati: Od ukupno 14538 pregleda 212 (1,45%) je bilo sa moždanim udarom. Muškarci su bili manje zastupljeni (41,98%) u odnosu na žene. Najveći broj pacijenata je starosti od 50-60 godina, potom imamo tendenciju sve češćeg javljanja moždanog udara i u populaciji od 40-45 godina. Najveći broj pacijenata se javio u septembru (24,05%), potom oktobru (19,81%), dok je u novembru bilo najmanje slučajeva moždanog udara (11,79%). Pritisak iznad 180/90mmHg imalo je 180 pacijenata (84,90%), dok je povišene vrednosti glikemije imalo 102 pacijenta (48,11%). Pozivi koji su upućeni hitnoj službi zbog simptoma koji su upućivali da se radi o moždanom udaru, registrovani su najčešće u ranim jutarnjim i kasnim popodnevnim satima.

Zaključak: Moždani udar se najčešće javlja kod osoba starosti 50-60 godina sa neregulisanim krvnim pritiskom i diabetes mellitusom. Zabrinjavajuća je činjenica tendencije sve češćeg javljanja moždanog udara i u mlađoj populaciji od 40-45 godina.

Ključne reči: moždani udar, učestalost javljanja.



45. UVEK PRVO ABC – PRIKAZ SLUČAJA

D.Ševo, D.Janković, M.Milenković, M.Stojanović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Diabetes mellitus je bolest koja se najčešće karakteriše hiper i hipoglikemijom kao i drugim znacima i simptomima. Komplikacije bolesti su akutne i hronične. Akutne komplikacije su često kombinovane poremećajima na nivou kardiovaskularnog sistema dovodeći tako do hemodinamske nestabilnosti pacijenta i posledične neophodnosti za reanimacionim merama.

Prikaz slučaja: Poziv je primljen kao prvi red hitnosti. Pacijentkinja je zatečena bez svesti, u sedećem položaju, sa penom na ustima i spontanom disanjem (RF 12/min), palpabilnim pulsom nad karotidnim arterijama (SF 20/min) i arterijskim pritiskom od 80/0 mmHg. Auskultacijom plućnih polja čuju se inspirijumski pukoti. Saturacija kiseonika merena pulsним oksimetrom pokazuje vrednost 89%. Dobijamo podatak da je insulin zavisni dijabetičar i da su je zatekli u ležećem položaju 10 min pre dolaska naše ekipe. Vrednost glikemije je 1,3 mmol/L. Aspiriran je sadržaj iz usne duplje, dodat kiseonik preko maske protokom od 15 L/min i postavljena dva periferna IV puta. Na monitiru defibrilatora pokazuje se sinusna bradikardija. Dato 40 ml 50 % gukoze, Amp. Atropina i dopaminska infuzija u toku koje se sistolna tenzija popravlja na 110 mmHg. Spray NTG prsnut sublingvalno, data Amp. Lasix 20mg a venepunkcijom je izvađeno 10 ml krvi. Pacijentkinja vraća svest i gornje trećine plućnih polja postaju slobodne. Na elektrokardiogramu sinusni ritam sa SF 60/min. Pacijentkinja monitorirana i na dodatom kiseoniku do prijema u bolnicu. Na prijemu TA 120/70 mmHg, glikemija 7,1 mmol/L i ona potpuno saraduje bez subjektivnih je tegoba.

Diskusija: Prehospitalni pristup kod hemodinamski ugroženog pacijenta zahteva poštovanje protokola za stabilizaciju pacijenta i primenu svih mera neophodnih za obezbeđivanje prohodnosti vazdušnog puta, disanja i cirkulacije. Izlaženje iz okira ovih protokola je rezultat specifičnosti svakog pacijenta ponaosob i veština kojima vladaju članovi ekipe hitne medicinske pomoći.

Zaključak: Pravilan prehospitalni pristup uz dijagnostičke i terapijske mere, imperativ je za sve pacijente, a za vitalno ugrožene od najvećeg mogućeg značaja.

46. ULOGA NACIONALNOG CENTRA ZA KONTROLU TROVANJA U PREVENCIJI I LEČENJU AKUTNIH TROVANJA INDUSTRIJSKIM HEMIKALIJAMA

S.Vučinić(1), M.Jovanović(1), J.Jović-Stošić(1), Ž.Vučinić(2), D.Bokonjić(1), V.Jačević(1), D.Đorđević(1)

VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, BEOGRAD (1):NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA, (2):KARDIOLOŠKA FUNKCIJSKA DIJAGNOSTIKA,

Uvod: Uporedo sa povećanjem broja industrijskih hemikalija raste i opasnost od oštećenja zdravlja ljudi i životne sredine usled ekspozicije ovim materijama. Pored hlora, amonijaka, fosfena, cijanovodonika, koroziva, organskih rastvarača, pesticida, derivata petroleuma i intermedijera u proizvodnji plastike, od značaja su i toksične materije koje mogu nastati kao nusprodukt sagorevanja različitih prirodnih materijala. Nacionalni centar za kontrolu trovanja Vojnomedicinske akademije (NCKT VMA) je referentna institucija u zemlji za lečenje akutnih trovanja, koja pored službe lečenja, ima i službu informisanja zdravstvenih radnika i stanovništva uopšte o toksičnosti hemijskih materija, kliničkoj slici i načinu lečenja. Značajna uloga NCKT VMA je i organizacija zbrinjavanja povređenih u hemijskim akcidentima.



Cilj rada: Retrospektivna analiza akutnih trovanja toksičnim industrijskim hemikalijama, lečenih u NCKT VMA, primenjenih terapijskih mera i drugih aktivnosti NCKT u prevenciji i proceni rizika za hemijske akcidente sa ovim materijama.

Resultati: Tokom dvogodišnjeg perioda u Klinici za urgentnu i kliničku toksikologiju NCKT lečen je 231 pacijent sa trovanjem industrijskim hemikalijama, dominantno sa pesticidima (129), nakon čega slede trovanja hlorom (36) i ugljen monoksidom (31), dok su druge industrijske hemikalije bile znatno ređe urok trovanja. Specifična antidotska terapija je primenjivana u akutnim trovanjima organofosfatima, dok su u ostalih pacijenata bile dovoljne suportivne i simptomatske mere. Aktivnosti CKT su uključivale i konstantno informisanje o toksičnosti hemikalija i načinu lečenja, kao i izradu sigurnosnih listova i toksikoloških mišljenja za pesticidnu i drugu hemijsku industriju.

Zaključak: Nacionalni centar za kontrolu trovanja VMA je institucija tercijarnog nivoa, koja se shodno svojim zadacima i aktivnostima smatra referentnom za procenu rizika, prevenciju i planiranje odgovora na hemijske akcidente, kao i lečenje akutnih trovanja uključujući i trovanja industrijskim hemikalijama.

47. UBICA KOJI DOLAZI NOĆU - BRUGADA SINDROM

S.Andelić(1), M.Milićević(1), M.Tošić(1), S.Milovac(1), B.Lazić(2)

(1)GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD; (1) DOM ZDRAVLJA STARI GRAD, BEOGRAD, SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

Uvod: Sindrom Brugada je potencijalno po život opasan poremećaj koji može dovesti do sinkope i iznenadne srčane smrti uglavnom noću, u snu. Često je opisivan u literaturi a retko prepoznat od strane lekara hitne medicinske pomoći.

Cilj rada je pojašnjenje kliničkih i elektrokardiografskih manifestacija ovog, danas ne retkog sindroma – ubice koji dolazi noću.

Metod rada: U metodologiji su korišćeni radovi o Brugada sindromu iz dostupnih nam baza podataka PubMed i Medline.

Resultati: Braća Brugada (Josef i Pedro) otkrili su ovaj sindrom 1992. god. i opisali kao električnu bolest miokarda odlikovanu karakterističnom elevacijom ST segmenta u desnim prekordijalnim odvodima od V1-V3, visokog rizika od pojave malignih aritmija (ventrikularne tahikardije ili ventrikularne fibrilacije) I iznenadne srčane smrti. Elevacija ST segmenta može imati tri morfološka oblika: major (oblik svoda ili platoa), minor (izgled sedla) ili triangularni (trouglasta forma). Blok desne grane ranije opisivan kao sastavni deo sindroma, ne mora da postoji. Uglavnom oboljevaju mlađi muškarci i u pojedinim slučajevima postoji gensko opterećenje (mutacije na genu SCN5A koji kodira glavni alfa lanac za podjedinice Na kanala u ljudskom srcu). Pojedini autori opisuju korelativni odnos između tonusa parasimpatikusa i stepena elevacije ST segmenta. Kod rizičnih bolesnika (sa porodičnim opterećenjem) može se propafenskim testom u miru indukovati razvoj specifične ST elevacije. Diferencijalno-dijagnostički treba isključiti trovanje triciklicima, hipotermiju, elektrolitne poremećaje i kao najvažniju, aritmogenu displaziju desne komore. Terapija izbora kod bolesnika sa Brugada sindromom je ugradnja automatskog kardioverter defibrilatora. Pitanje koje ostaje za budućnost je genska terapija.

Zaključak: Detekcija Brugada sindroma je jednostavna ako se razmišlja o njemu. Visoko-rizični su mlađi muškarci pozitivnog porodičnog opterećenja i čestih aritmija tokom noći. Trenutna IN terapija je ugradnja ICD-a dok se u budućnosti očekuje otkriće adekvatne genske terapije. Iako se o samoj bolesti jos mnogo toga ne zna, jedno je sigurno, samo jedan napad može biti prvi i poslednji.



Cljučne reči: Brugada sindrom, sinkopa, iznenadna srčana smrt

48. TEŠKO TROVANJE AMITRAZOM/XYLENOM SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM

S.Vučinić(1), M. Zlatković(1), Ž.Vučinić(2), D.Bokonjić(1), V.Kilibarda(1), D.Đorđević (1), V.Jaćević(1), N.Perković-Vukčević(1)

VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA BEOGRAD, (1)NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA, (2)KARDIOLOŠKA FUNKCIJSKA DIJAGNOSTIKA

Uvod: Amitraz je akaricid/insekticid koji se koristi širom sveta za suzbijanje štetočina u veterinarskoj medicini i poljoprivredi. Većina objavljenih slučajeva odnosi se na decu, dok su teška trovanja u odraslih relativno retka. U radu je dat prikaz slučaja akutnog trovanja amitrazom/xylenom u odraslih sa neuobičajenim elektrokardiografskim poremećajem za ovaj toksični agens.

Prikaz slučaja: Pacijent u dobi od 72 godine je zadesno popio oko 40 g preparata Mitac 20, koji sadrži amitraz rastvoren u xylenu. Procenjeno je da je ingestirana doza amitraza oko 10g i xylena oko 35g. Inicijalno se registruje vrtoglavica, mučnina, gađenje, nakon čega u pacijenta vrlo brzo dolazi do razvoja kome, respiratorne insuficijencije, mioze i hiperglikemije. Amitraz kao α_2 -adrenergički agonist, obično izaziva bradikardiju, a u ovom slučaju se registruje atrijalna fibrilacija sa brzim komorskim odgovorom, koja je povoljno reagovala na terapiju digoxinom. Toksikološkim analizama krvi i urina potvrđeno je prisustvo amitraza i metabolita xylena. Nakon primenjene suportivne i detoksikacione terapije tokom 3 dana, pacijent se oporavio u potpunosti i pored značajne ingestirane doze amitraza i xylena.

Zaključak: Uprkos širokoj primeni amitraza, u literaturi je mali je broj prikaza slučajeva trovanja u odraslih. U radu je prikazan neobičan slučaj trovanja amitrazom/xylenom sa atrijalnom fibrilacijom. Trovanje je potvrđeno gasnom hromatografijom-masenom spektrometrijom. Klinička slika i analitički profil koji su prikazani u ovom radu mogu biti od koristi lekarima specijalistima urgentne medicine, kliničke i forenzičke toksikologije.

49. TEST REPETITIVNE STIMULACIJE U DIJAGNOSTICI INTERMEDIJARNOG SINDROMA U TROVANJIMA ORGANOFOSFATIMA

S.Vučinić(1), B.Antonijević(2), T.Ilić(3), J.Jović-Stošić(1), D.Đorđević(1), D.Bokonjić(1), V.Jaćević(1), M.Ćurčić(2)

(1)VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA BEOGRAD, NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA, (2):FARMACEUTSKI FAKULTET BEOGRAD, (3)VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, BEOGRAD, FUNKCIJSKA NEUROLOŠKA DIJAGNOSTIKA

Uvod: Intermedijerni sindrom (IMS) u trovanju organofosforinim insekticidima, zbog raznolike kliničke slike često ostaje neprepoznat. Elektromioneurografija (EMNG) kojom se često registruje značajno smanjenje odgovora pri niskom stepenu stimulacije nerava i porast pri višem stepenu, potvrđuje poremećaj neuromuskularne transmisije impulsa.

Prikaz slučaja. Pacijent u dobi od 54 godine, primljen je u Kliniku za urgentnu i kliničku toksikologiju Centra za kontrolu trovanja (CKT), 5 sati nakon ingestije malationa u suicidalne svrhe. Na prijemu je bio u dubokoj komi (GCS 3), bez reakcije na grube draži, bez spontanog disanja, miotičnih zenica, sa bronhijalnom hipersekrecijom, bradikardijom (F40/min) i kloničko-toničkim grčevima. Registrovana je inhibicija acetilholinesteraze od 80%, a u krvi je dokazano prisustvo malationa. Pacijent je inicijalno stabilizovan, intubiran, stavljen na mehaničku ventilaciju, započeta je atropinizacija, uz kontinuiranu intravensku primenu oksima-



pralidoksim metilsulfata (Contrathion®). Na primenjenu terapiju došlo je do oporavka stanja svesti i kupiranja holinergičke krize. Trećeg dana je pacijent odvojen od mehaničke ventilacije, ali se nakon par sati javlja slabost miškulature gornjih ekstremiteta i vrata, sa znacima respiratorne insuficijencije. Neurološkim pregledom registruje se kvadripareza, pa je zbog sumnje na intermedijerni sindrom urađen test repetitivne stimulacije. Pri stimulaciji od 3 Hz za sistem hypothenar-n.ulnaris registrovan je dekrement od 30%. Mehanička ventilacija je nastavljena do 10. dana, a oksim i atropin do 8. dana hospitalizacije. Kliničko stanje pacijenta se postepeno oporavljalo, te je 21. dana otpušten iz Klinike i upućen na dalje psihijatrijsko lečenje. Na kontrolnom pregledu nakon mesec dana, pacijent se i dalje želio na nelagodnost u donjim ekstremitetima, dok je neurološki pregled bio uredan.

Zaključak: Respiratorna insuficijencija je glavni uzrok mortaliteta u trovanjima organofosfatima. Intermedijerni sindrom se retko prijavljuje zbog raznolike kliničke slike, koja ne mora uvek biti ispoljena u potpunosti. Test repetitivne stimulacije je pouzdan dijagnostički parametar koji olakšava rano prepoznavanje, a samim tim i pravovremenu terapiju intermedijernog sindroma u trovanjima organofosfatima.

50. TERAPIJA AKS KOD STARIJE OSOBE (PREKO 80. GODINA) U KORONARNOJ JEDINICI OB BAR- PRIKAZ SLUČAJA

D. Kastratović

OPŠTA BOLNICA STARI BAR, CRNA GORA

Uvod: Akutni infarkt miokarda je česta i urgentna bolest sa potencijalno lošom prognozom. Kako najviše pogađa ljude u radnom dobu života (između 45-55 god.) sa starošću se komplikuje i smrtni ishodi su mnogo češći. To nameće potrebu brzog reagovanja u smislu terapijskog zbrinjavanja.

Cilj rada: Prikaz liječenja AIM kod 83-ogodišnjaka A.S. da bi se postigla zadovoljavajuća reperfuzija

Metod rada: Korišćene su sve metode i principi kliničkog rada u liječenju AIM te prikazan slučaj pacijenta sa simptomima za AIM, bol u grudima i podlakticama

Rezultati rada: Prikazani su kroz evidenciju poboljšanja opšteg stanja dodatnim metodama i dijagnostičkim postupcima dokazan je nesporn efekat fibrinolitičke terapije i u trećem životnom dobu.

Zaključak: Adekvatna terapija AIM i kod starijih ljudi značajno poboljšava prognozu ovih bolesnika i smanjuje smrtnost. Fibrinolitička terapija, aspirin, klopidogrel, statini i beta blokeri udruženo i po protokolu značajno poboljšavaju prognozu akutnog koronarnog sindroma u starijim godinama.

51. VENTRIKULARNA TAHIKARDIJA – PRIKAZ SLUČAJA

G.Simić

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI KRUŠEVAC

Uvod: Ventrikularna tahikardija–salve 3 i više VES-a po Bernard Lown-ovoj klasifikaciji pripada IVb grupi a zajedno sa ventrikularnom fibrilacijom predstavlja maligne aritmije. Rede se dijagnostikuju jer kratko traju i vrlo brzo prelazi u ventrikularnu fibrilaciju što je u osnovi iznenadne srčane smrti. Ukoliko je pacijent hemodinamski nestabilan iziskuje urgentnu terapiju defibrilacijom dok hemodinamski stabilni pacijent ulazi u sinusni ritam na i.v. primenu Ic ili III grupe antiaritmika.



Cilj rada je da ukaže na značaj ranog prepoznavanja ovog po život opasnog poremećaja srčanog ritma i brze urgentne terapije u borbi za očuvanje života.

Prikaz slučaja: Pacijent star 55god, javlja se iza ponoći zbog prvog pojavljivanja nepravilnog lupanja srca praćenog vrtoglavicom i bez prapratne medicinske dokumentacije. Negira dosadašnja srčana obolenja a 15 dana ranije ultrazvučno otkriveno prisustvo slobodne tečnosti u trbuhu i nešto uvećana jetra zbog čega je bio na diuretskoj terapiji. Kliničkom slikom dominira veliki trbuh a pregledom se nalaz ubrzan nepravilan srčani ritam, oslabljeno disanje pri bazi obostrano, prisustvo tečnosti u trbuhu i obostrano lividni peritibijalni edemi. EKG registruje kraće i duže periode ventrikulatne tahikardije. Na primenu Xilokaina i Amiodarona ulazi u sinusni ritam te nije bilo potrebe za elektrokonverzijom.

Zaključak: Ventrikularnu tahikardiju treba rano prepoznati i što pre prekinuti kako bi bolesnom srcu vratili koliko toliko energične kontrakcije, sprečili prelazak u još brži ritam ventrikularne fibrilacije a samim tim prevenirali i iznenadnu srčanu smrt.

52. ZNAČAJ RANOG MEWS I HIPERGLIKEMIJE KOD OBOLELIH OD AKUTNOG MOŽDANOG UDARA

S. Jevđić(1), S.Kostić(2)

(1) OPŠTA BOLNICA PANČEVO; NEUROPSIHIJATRIJSKO ODELJENJE, (2) KLINIČKO BOLNIČKI CENTAR "ZVEZDARA", BEOGRAD KLINIČKO ODELJENJE ZA NEUROLOGIJU

Uvod: MEWS (modified early warning score) procenjuje vitalne funkcije, sa ciljem brzog i optimalnog lečenja. On ne određuje prognozu pacijenta, ali pacijenti sa visokim skorom (preko 4) češće umiru. Hiperglikemija u početku CVI je nezavisni prediktor lošeg ishoda.

Cilj: Procena povezanosti inicijalnih vrednosti MEWS i hiperglikemije sa neurološkim deficitom i ishodom lečenja pacijenata sa akutnim ishemijskim moždanim udarom.

Materijal i metode: Retrospektivna analiza 100 pacijenata (54 žene) hospitalizovanih na Neuropsihijatrijskom odeljenju Opšte bolnice u Pančevu tokom prošle godine. MEWS nije obuhvatao diurezu (boravak u Prijemnoj ambulanti je kraći do 2 sata), a zatim je modifikovan za skor reaktivnosti pacijenta, glikemiju ili oboje (MEWSr, MEWSg, MEWSrg). Poređeni su pacijenti kod kojih MEWS nije značajan (ukupno 76) sa pacijentima kod kojih jeste značajan.

Rezultati: Prosečna starost pacijenata je 71 godinu i nije bilo razlike između grupa, ali je postojala povezanost starosti i MEWS ($r=0.22$, $p\leq 0.05$), MEWSg ($r=0.29$, $p\leq 0.01$), MEWSrg ($r=0.24$, $p\leq 0.05$), ali ne i za MEWSr. Trajanje hospitalizacije je bilo oko 15 dana i postoji negativna povezanost sa MEWS, MEWSr, MEWSg i MEWSrg ($r=-0.31$, $p\leq 0.01$, $r=-0.3$, $p\leq 0.01$, $r=-0.32$, $p\leq 0.01$, $r=-0.25$, $p\leq 0.05$). Najčešći simptomi su poremećaj hoda i govora koji traju preko 24 sata, pacijenti sa višim MEWS se brže javljaju lekaru, ali ta razlika nije značajna. Postoji pozitivna korelacija između NIHSS i MEWS ($r=0.58$, $p\leq 0.01$), MEWSr ($r=0.31$, $p\leq 0.01$), MEWSg ($r=0.6$, $p\leq 0.01$) i MEWSrg ($r=0.45$, $p\leq 0.01$), kao i vrednosti glikemije i MEWS ($r=0.32$, $p\leq 0.01$), zbog čega i rađena naknadna korekcija. Akutni CVI kortikalnih i perforantnih arterija, komplikacije i komorbiditet su češći u grupi sa značajnim MEWS, ($p>0.1$). Ukupno je umrlo 23 pacijenta, razlika između grupa jeste značajna ($\chi^2=9.3$, $p\leq 0.005$).

Zaključak: Inicijalna procena vitalnih funkcija i glikemije kod akutnog moždanog udara je povezana sa težinom neurološkog deficita i ranim mortalitetom, te treba da odredi agresivnost daljeg lečenja, posebno hiperglikemije i hipertenzije.



53. ZNAČAJ SINDROMA PRODUŽENOG QT INTERVALA

N.Jančev(1), J.Stoisavljević(2), M.Aleksić(2), B.Terzić(3), S.Novaković(4), S.Ilić(5), A.Žorić(5)
(1)MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, (2)GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD,(3)KLINIČKI CENTAR SRBIJE BEOGRAD, (4)DOM ZDRAVLJA ZVEZDARA, BEOGRAD, (5)TEHNIČKI FAKULTET KOSOVSKA MITROVICA

Uvod: QT interval predstavlja električnu sistolu i podrazumeva period od početka depolarizacije komora do kraja repolarizacije komora.

Poremećaji ritma koji nastaju usled primarnog urođenog ili stečenog poremećaja repolarizacije miokarda komora čini QT Sindrom. Utvrđena je molekularna i genska osnova ovog sindroma posebno *torsades des pointes*.

Cilj rada: je rano prepoznavanje poremećaja ritma u vezi sa produženim OT intervalom i primena adekvatne antiaritmiske terapije u zavisnosti od mogućeg uzroka još na prehospitalnom nivou.

Materijal i metode: Ovaj problem je lako rešiv korišćenjem PC- EKG uređaja sa automatskim merenjem QT intervala u sekundama.

PC-EKG uređaj se sastoji iz akvizicionog modula i računarskog softvera (koji ne zahteva dodatno napajanje dovoljno ga je samo priključiti na USB port računara). Prednost ovako dizajniranog dijagnostičkog EKG aparata je u tome što je mobilan konektuje se na postojeći pacijent kabl i razvoj njegovih daljih funkcija moguć kroz razvoj softvera na računaru bez dodatnih troškova. Može se koristiti za *on line* monitoring EKG-a kao i za automatsko merenje QT i drugih intrvala izraženih u sekundama što nam je od ključnog značaja.Ovaj uređaj ima i svoju bazu podataka u kojoj se čuvaju podaci o pacijentu.

Zaključak: Rano otkrivanje poremećaja ritma PC-uređajem u vezi sa produženim OT intervalom i primena rane antiaritmiske terapije u zavisnosti od mogućeg uzroka i karakteristika predstavljaju prevenciju malignih poremećaja ritma i naprasne srčane smrti.

54. ZBRINJAVANJE PAROKSIZMALNIH SUPRAVENTRIKULARNIH TAHIARITMIJA U HITNOJ POMOĆI – ISKUSTVA U RADU SHMP ŠABAC

T.Tomić

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI ŠABAC

Uvod: Jedno od najčešćih stanja koje se viđa u radu lekara hitne pomoći jesu aritmije - mogu biti potpuno bezazlene, kao kada su izazvane visokom temperaturom ili stresom (lako se zbrinjavaju) ili aritmije koje naglo nastaju i dovode do fatalnog ishoda u toku nekoliko sekundi (fibrilacije), koje se ne mogu uvek registrovati na vreme. Između ta dva tipa aritmija postoje supraventrikularne paroksizmalne tahikadije, koje se mogu uspešno zbrinuti, ali često iz straha, takva stanja se šalju direktno na interna odeljenja bez davanja antiaritmika.

Cilj rada: je prikaz zbrinjavanja jednostavnijih aritmija na terenu/ambulanti i smanjanje opterećenja jedinica internog prijema.

Razrada i diskusija: Lakše aritmije tzv. sinus tahikardije izazvane stresom, temperaturom, pogoršanjem opstruktivne bolesti pluća, mogu se jednostavno izlečiti lečenjem osnovne bolesti. Prilikom rada se nailazi na supraventrikularne aritmije - regularan ritam, ubrzana frekvencija. Ti pacijenti imaju dužu istoriju lečenja na koronarnim jedinicama i često bivaju upućeni na interno odeljenje bez prethodne terapije, premerenog pritiska i bez datog antiaritmika! Pravilnim doziranjem antiaritmika moguće je vrlo uspešno konvertovati takvo stanje. U našoj službi dobro se pokazao propafen i dilacor, a dobri rezultati se dobijaju sa amjodaronom. Drugi antiaritmici (presolol, verapamil) se ne upotrebljavaju često zbog nuspojava. Tokom 2010. naša služba je



pregledala 35074 pacijenata od čega 764 pacijenta sa poremećajima ritma. Zbog neadekvatnog vođenja protokola samo je 120 pacijenata moglo da se precizno analizira, a njih 32 je tretirano antiaritmikom - 30 uspešno konvertovano, 2 upućena na interno.

Zaključak: Potrebno je više raditi na vodičima za terapiju aritmija, naročito onih koje se mogu uspešno konvertovati ambulantno. Time bi se uvela uniformnost u radu lekara, znatno uštedelo i rasteretilo interno odeljenje.

55. VRSTE, STRUKTURA I SVRSISHODNOST KRATKIH MEĐUNARODNIH TEČAJEVA IZ REANIMATOLOGIJE I HITNOG ZBRINJAVANJA OZLJEĐENIKA.

F. Zeidler, A. Baranović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE, HRVATSKA

Uvod: Rad je pregledni, prikazat ćemo uobičajene, suvremene, međunarodne tečajeve na temu iz hitne medicine-ALS, ILS, BLS/AED, APLS, ITLS, ETC,

Cilj rada: Prikazati uobičajene, suvremene međunarodne tečajeve iz reanimatologije i hitnog zbrinjavanja ozljeđenika u izvanbolničkim uvjetima i u hitnom bolničkom prijemu:

Diskusija: Tečajevi ERC-a (European Resuscitation Council): ALS-Advanced Life Support-napredno održavanje života; ILS-Immediate Life Support-neposredno održavanje života; BLS/AED-Basic Life Support-osnovno održavanje života/Automated External Defibrillation-automatska vanjska defibrilacija; PALS-Pediatric Advanced Life Support-napredno održavanje života u djece; ETC-European Trauma Course-europski tečaj iz traume-hitno zbrinjavanje ozljeđenika prvenstveno za liječnike u centralnom bolničkom prijemu ITLS-International Trauma Life Support-međunarodni tečaj za zbrinjavanje ozljeđenika-prvenstveno za medicinsko osoblje (liječnici i sestre/tehničari ali i nemedicinsko osoblje (u "basic" verziji -policajci, vatrogasci, gorska služba spašavanja) osnovni , napredni, pedijatrijski i vojni tečaj. PHTLS-Prehospital Trauma Life support-zbrinjavanje ozljeđenika u izvanbolničkim uvjetima ATLS-Advanced trauma Life Support-napredno zbrinjavanje ozljeđenika u hitnom bolničkom prijemu (za liječnike)

Zaključak: U radu ćemo prikazati svrhu, oblik i strukturu navedenih međunarodnih tečajeva sa naročitim osvrtom na didaktiku, izbor instruktora, kontrolu kvalitete i način širenja kao i potrebu da takvi tečajevi postanu sastavni dio osnovne izobrazbe iz hitne medicine za medicinsko osoblje koje radi kako u izvanbolničkoj tako i u bolničkoj hitnoj medicini.

56. PRISUSTVO ČLANOVA PORODICE TOKOM REANIMACIJE

M. Budimski, N. Gavrilović, K. Jakšić Horvat

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, SUBOTICA

Cilj rada: Prikaz stava i iskustva lekara iz SHMP o prisustvu članova porodice tokom reanimacije kao i njihov uticaj na tok reanimacije.

Metode rada: Sprovedeno je anonimno anketno istraživanje lekara zaposlenih u Službi hitne medicinske pomoći širom Vojvodine. Anketa je sačinjena od 15 tvrdnji i sadržala je stavke (ajteme) čiji su odgovori skorovani na Likertovoj petostepenoj skali. Statistička obrada podataka je bila u statističkom programu STA ver. 4.0 gde je $p < 0,05$.

Rezultati: Upitnik je rešavalo 62 lekara iz SHMP, doktora medicine (73%) a specijalista (27%). Analizom je dobijena struktura dimenzija skale koju čine tri latentna varijabla („3 faktora“). Analiza stavova grupe 1,2,3,14,15 iz faktora „Priprema za reanimaciju i adrenalinski efekat“ ukazuju na ustaljen princip započinjanja reanimacije ali i na činjenicu, da iako retke, postoje



situacije koje odlažu sam tok reanimacije. Među lekarima ne postoji potreba za cigaretom ili slatkim nakon reanimacije (ST 15) niti ima treme pred polazak na reanimaciju (ST 14). Negativni komentari nakon nepovoljnog ishoda reanimacije (ST 9) nisu učestali kao ni verbalne pretnje (ST 12) jer članovi porodice imaju sliku o dinamici rada i uigranosti ekipe. U okviru grupe „Teatar-pomaganje ili odlaganje“ pitanje broj 5 ukazuje na poželjno odsustvo članova porodice tokom reanimacije jer se time omogućava komfor, lakši rad članova tima. U okviru iste grupe, prisustvo članova porodice najčešće „nikad“ ne utiče na tok reanimacije što je u korelacije sa činjenicom da su u većini slučajeva i zamoljeni da ne prisustvuju.

Zaključak: Prisustvo članova porodice tokom reanimacije ne utiče na sam tok reanimacije ali je poželjno da se ne nalaze u prostoriji u kojoj se ona vrši. Najčešće nije bilo verbalnih pretnji niti opsenih reči ali su zabeleženi pojedinačni slučajevi u kojima je ekipa bila ugrožena.

57. POVEZANOST KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE I DONORSTVA ORGANA - URGENTNE SLUŽBE KAO PRVA KARIKA U LANCU DONORSKE MREŽE

B.Ilić, L. Kuluglija Memišević

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI TUZLA

Uvod: Presađivanje ili transplantacija organa danas je širom svijeta prihvaćena i uspješna metoda liječenja bolesnika kod kojih je došlo do nepovratnog zatajenja funkcije organa, a za neke organe kao jetra, srce i pluća to je ujedno i jedina metoda liječenja.

Prikaz slučaja: Pacijent: F.M rođ. 1995 Politrauma uzrokovana saobraćajnom nesrećom Naizgled beznadežna reanimacija Uspješna reanimacija Pacijent kandidat za donora organa Analizirajući ovaj slučaj odlučili smo da se malo dublje zabavimo temom donorstava organa i donorske mreže. Podatci do kojih smo došli nisu bili nimalo ohrabrujući: donorska mreža u BiH je osnovana 2003 g; na transplataciju bubrega čeka oko 600 pacijenata; na transplataciju jetre čeka oko 100 pacijenata; na transplataciju korne čeka oko 300 pacijenata; 3 univerzitetska klinička centra koja se bave transplatacijom; broj uspješnih kardiopulmonalnih reanimacija za prošlu godinu oko 250; broj uspješnih transplatacija 0. Ova posljednja dva podatka nam ukratko govore koliko je toga izgubljeno samo za prošlu godinu. Ne ulazeći preduboko u etičke i pravne propise koji su povezani sa ovom temom odlučili smo da započnemo naučno istraživački projekat kojim bi dokazali povezanost CPR (urgentnih službi) i donorstva organa.

Zaključak: Istodobno, stalno napredovanje tehnologije i procedura za napredno održavanje života omogućava nam da skratimo vrijeme hipoksije i tople ishemije kojim je organizam izložen za vrijeme aresta. Kardiopulmonalna reanimacije prvenstveno JESTE procedura kojom se vraća život pacijentu u arestu ali takođe ne smijemo da zaboravimo da je ona i prva karika u lancu donorske mreže. Ivan Pavao II: Sve što može koristiti za života, grijeh je zakopati.

58. MRTVOZORSTVO-KAMEN SPOTICANJA U SLUŽBAMA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

T. Periškić

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SOMBOR

Cilj: Ukazati na ozbiljnost i težinu zadatka stručnog utvrđivanja vremena i uzroka smrti umrlih izvan zdravstvene ustanove u okviru Službe Hitne medicinske pomoći. Upoznati kolege iz drugih Službi hitne medicinske pomoći sa zakonskim regulativama u odnosu na ovaj problem te način na koji se on može razrešiti, po principima kojima se služila i rukovodila Služba hitne medicinske pomoći u Somboru.



Materijal i metode: Za realizaciju ovog rada, koristili smo Zakonske propise i odluke na nivou Republike Srbije i lokalne samouprave u vezi utvrđivanja uzroka i vremena smrti umrlih izvan zdravstvenih ustanova, doktrinarne stavove sudsko medicinske prakse i evaluacioni pregled Matične knjige umrlih, koju su vodili lekari mrtvozornici (prema ugovoru o radu sa lokalnom samoupravom) od 01.03.2010. godine do danas.

Rezultati: Konačno razrešavanje problema utvrđivanja vremena i uzroka smrti umrlih izvan zdravstvene ustanove, a koje, u najvećem broju slučajeva, sprovodi Služba hitne medicinske pomoći na teritoriji cele Srbije, usledilo je nakon argumentovanog predočavanja težine, nesvrshodnosti i nelogičnosti obavljanja napred navedenog u okviru Službe hitne medicinske pomoći, strukturama lokalne samouprave i rukovodstvu Doma zdravlja, a na osnovu zakonskih propisa (Službeni glasnik republike Srbije br 107/2005 ;čl.219, Zakona o zdravstvenoj zaštiti).

Zaključak: S obzirom da su Službe hitnih medicinskih pomoći po samoj svojoj definiciji hitnosti i urgencije, Službe koje u opisu svojih poslova nikako ne mogu imati vršenje poslova mrtvozorstva, uputno bi bilo da se i kolege u čijim Službama se ovi poslovi još uvek vrše, posluže modelom naše hitne pomoći, ili bilo koje Službe hitne medicinske pomoći, koja se uspela osloboditi ovog balasta i rešiti svoj problem na ovaj ili neki drugi način.

59. SVAKI JE POČETAK TEŽAK. "OMNE INITIUM DIFFICILE" (IMPLEMENTACIJA INFORMACIONOG SISTEMA U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE)

M.Vidović, T. Radovanović

DOM ZDRAVLJA TEMERIN, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Elektronski karton u DZ Temerin je u upotrebi već 6 godina. Korenito je izmenio dosadašnji tradicionalni pristup lečenju pacijenta. Medicinsko osoblje ne koristi papir kao medijum, nego se sve informacije o pacijentu i njegovom stanju zapisuje elektronski. Telemedicina je uspešna integracija svih oblasti medicine, kompjutera i telekomunikacionih tehnologija.

Cilj rada: Predstaviti značaj povezivanja i kompatibilnost elektronskih baza zdravstvenih ustanova, u cilju podizanja nivoa zdravstvenih usluga odnosno pružanja prave informacije u pravo vreme na pravom mestu (na terenu), o pravom pacijentu, dostupna pravoj osobi.

Materijal i metod: Retrospektivna analiza rada SHMP u E kartonu u periodu 2006 -2010 godine, poređenje sa zdravstvenim informacionim sistemima implementiranim u SHMP u okruženju.

Rezultati: Opština Temerin ima 28 247 stanovnika. Tokom poslednjih 5 godina formirana je baza podataka koja sadrži 30 000 aktivnih E kartona. Sve službe u Domu zdravlja koriste jedinstvenu bazu podataka. U okviru E dokumenata implementirani su i obrasci za AKS, KPCR, traumu, za opis EKG snimaka. E karton i baza podataka je dostupna lekarima SHMP i na terenu posredstvom interneta mobilne telefonije, čime su postavljene osnove uvođenja telemedicine u okviru postojećeg zdravstvenog informacionog sistema. Informacioni sistemi koji su instalirani u SHMP u okruženju, zbog većeg broja timova više su usmereni ka praćenju trenutnog položaja ekipa, vozila i njihovoj organizaciji, nisu umreženi sa bazama okolnih domova zdravlja .

Zaključak: E-zdravstvo doprinosi razvoju i omogućuje bržu, bolju i racionalniju zdravstvenu zaštitu stanovništva.



60. SLABE KARIKE U LANCU PREŽIVLJAVANJA – DVOGODIŠNJE PRAĆENJE U HMP SOMBOR

B.Nikolić, V.Veljković, M.Jaković

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SOMBOR

Uvod: Uspeh kardiopulmonalne reanimacije (KPR) zahteva da svaka karika u lancu preživljavanja bude jaka. Činioci koji slabe bilo koju fazu i time umanjuju šanse za uspešnu KPR, mogu lako biti otkriveni, analizirani i otklonjeni, praćenjem parametara Utstein registra.

Cilj rada: Otkrivanje i korekcija slabih karika u lancu preživljavanja srčanog zastoja van bolnice.

Materijal i metode: U istraživanju su korišteni podaci protokola i elektronska forma Utstein registra u HMP Sombor. Rezultati su dobijeni izdvajanjem pojedinih faza u lancu preživljavanja i analizom njihovog uticaja na ishod KPR. Obradeni su samo slučajevi kod kojih postoji kompletna dokumentacija prema pravilima Utstein registra.

Rezultati: Ukupan broj pokušaja KPR u HMP Sombor u 2009 i 2010 godini je 120. Kompletne podatke Utstein registra sadrži 94 slučaja. Prisustvo očevidaca kao prvog važnog činioca postoji u 88 od 94 (93.61%) slučajeva. Pokušaj očevidaca da započnu KPR zabeležen je u 26 (27.65%). Vreme započinjanja KPR od strane ekipe HMP iznosi u proseku 7.28 minuta od prijema poziva sa približno polovinom slučajeva unutar 10 minuta. Ventrikularna fibrilacija kao inicijalni ritam zabeležena je kod 28 (29.78%) pacijenata a spontana cirkulacija je uspostavljena u 39 (41.49%) započetih KPR i pacijenti su preveženi u stacionarnu ustanovu. Iz bolnice je otpušteno 14 (14.89%) pacijenata. Detaljna analiza pokazuje značajnu korelaciju ishoda KPR sa pokušajem očevidaca da je odmah započne KPR, vremenom dolaska ekipe HMP, inicijalnim ritmom zabeleženim na monitoru.

Zaključak: U poređnom analizom podataka iz Utstein registra dobijene su smernice za dalje aktivnosti ka uspešnijem ishodu KPR. Hitna medicinska pomoć u Somboru, u cilju povećanja broja pokušaja KPR očevidaca, već primenjuje telefonske savete osobi koja poziva o primeni kompresija grudnog koša do dolaska ekipe. Kao neizbežna činjenica nameće se potreba uvođenja automatskih defibrilatora u udaljenim neseljima. Kontinuirano praćenje funkcionisanja lanca preživljavanja pomoću Utstein registra omogućava da se uoče i otklone bitne slabosti i time poveća efikasnost u spasavanju života žrtava srčanog zastoja van bolnice.

61. URGENTNO ZBRINJAVANJE DECE ŽRTAVA UTOPLJENJA

R.Karadžić, G.Ilić, A. Antović, M.Milić, M. Zdravković, S.Todorović

ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

Uvod: Utopljenje-submerzija predstavlja nasilnu asfikičnu smrt izazvanu zatvaranjem završnih disajnih puteva tečnošću. Preživljavanje žrtve u periodu dužem od 24 h od submerzije definiše se kao izbegnuto utopljenje. Smrtni ishod koji nastaje posle više od 24 h nakon submerzije, usled komplikacija (pneumonija, ARDS i sl.) označava se kao sekundarno utopljenje.

Cilj rada: Forenzička i klinička analiza slučajeva dece žrtava utopljenja u odnosu na brzinu i efikasnost urgentnog tretmanai kliničkog medicinskog zbrinjavanja.

Materijal i metode: Analizom slučajeva utopljenja u pedijatrijskoj populaciji na petogodišnjem autopsijskom materijalu Zavoda za sudsku medicinu u Nišu.

Rezultati: utvrđeno je da je izvršeno 11 obdukcija leševa dece neposrednih žrtava utopljenja (9 slučajeva) ili nastupelih komplikacija, tj. žrtava sekundarnog utopljenja (2 slučaja). U svim slučajevima radilo se o tzv. „vlažnom utopljenju“ usled prepunjenosti pluća vodom, zadesnog karaktera, najčešće u vodnim tokovima i bazenima (10 slučajeva), bez detekcije prisustva alkohola, lekova, opojnih droga ili sli;nih materija u lešnim tkivima (11 slučajeva). Po izvlačenju deteta iz vode obavezno se preduzimaju opšte reanimacione mere (inicijalna procena prema



ABCD sistemu, kardiopulmonalna reanimacija, sprečavanje aspiracije želudačnog sadržaja, zagrevanje pacijenta, a nakon stabilizacije vitalnih funkcija vrši se druga procena, kroz dopunski pregled usmeren ka dijagnostikovanju udruženih povreda). Potom se pristupa transportu deteta od strane stručnog tima osposobljenog da po potrebi sprovede endotrahealnu intubaciju i kardiopulmonalnu reanimaciju. U transportnom sredstvu terapija se sastoji od uspostavljanja parenteralnog puta za nadoknadu tečnosti, aplikacije kiseonika i lekova intravenskim putem, kao i zagrevanjem pacijenta.

Zaključak: Ishod utopljenja zavisi od mnoštva faktora među kojima su: specifične okolnosti slučaja (način stradanja, godišnje doba, karakteristike tečne sredine u koju dete dospeva, lična svojstva deteta i sl.); trajanje submerzije; tip utopljenja („vlažno“ ili „suvo“ utopljenje); postojanje povreda na telu utopljenika; brzina spasavanja i stepen efikasnosti reanimacionih postupaka; kvalitet pružene medicinske pomoći tokom bolničkog lečenja i sl.

62. PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE TRAUMATIZOVANIH PACIJENATA

B.Cvetičanin(1), B. Roksandić(1), R. Jokšić-Mazinjanin(1), I. Lekin(1), M. Jokšić(2)
(1)ZHMP NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA SHMP BEČEJ

Uvod: Trauma je vodeći uzrok smrtnosti u razvijenom svetu, posle kardiovaskularnih i malignih bolesti, a prvi u najvitalnijoj, radno sposobnoj životnoj populaciji.

Cilj: rada je da se prikaže učestalost povređivanja, mehanizmi nastanka povreda, anatomske lokalizacije povreda i načini prehospitalnog zbrinjavanja povređenih.

Materijal i metode: Sprovedeno je retrospektivno, opservaciono istraživanje. U istraživanje su uključeni pacijenti koji su u periodu od 01.01.2010. do 31.12.2010. pregledani u Zavodu za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP Novi Sad) zbog traumatizma. Podaci su obrađeni upotrebom statističkih paketa SPSS 11 i Statistica 7.

Rezultati: U toku 2010. godine terenske ekipe ZZHMP Novi Sad pregledale su 34731 pacijenata. Trauma je bila povod lekarskoj intervenciji u 3451 slučaja (9,94%). Saobraćajne nesreće su bile vodeći uzrok povređivanja (28,2%), a zatim padovi (18,5%). Prosečna starosna dob pacijenata bila je 45,2 godina, muški pol je bio zastupljeniji (62,3%). Najviše traumatizovanih pripada starosnom dobu 20-29 godina (19,5%). Analiza anatomske lokalizacije ukazuje na traumu glave kao najčešću 1194 (34,6%). Višestruke povrede su druge po učestalosti 804 (23,3%). Prehospitalno, terapija bola je primenjena kod 14,1% pacijenata, imobilisano je 12,4%. U trauma centre adekvatnog nivoa upućeno je 1667 pacijenata.

Zaključak: Adekvatno zbrinjavanje traumatizovanih pacijenata, bazirano na savremenim dostignućima urgentne medicine, od velikog je značaja za dalji tok lečenja i sprečavanje nastanka invaliditeta.

63. POKUŠAJ SUICIDA VEŠANJEM – PRIKAZ SLUČAJA

I. Anđić

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: U akcidentalna stanja u medicini pored dejstva visoke i niske temperature na zdravlje čoveka, udara groma ili električne struje, ujeda otrovnih životinja, davljenja i utapanja, ubraja se i pokušaj suicida vešanjem. Pokušaj suicida je realizacija nagomilanih suicidalnih misli koje su preko želje i namere kulminirale ka izvršenju istog.

Cilj rada: je skretanje pažnje na specifičnosti otežanih terenskih uslova u radu ekipa hitne pomoći i na specifičnost same kliničke slike pacijenata koji su preživeli pokušaj vešanja.



Materijal i metode: Korišćeni su terenski protokoli u službi, medicinska dokumentacija konkretnog pacijenta a konsultovani su i lekari Službe urgentnog prijema, anesteziologije i neurologije O.B. Šabac.

Rezultati: Na konkretnom primeru terenske intervencije u selu koje je udaljeno više od 15 km od hitne pomoći, kroz prikaz promena stanja pacijenta u sukcesivnim vremenskim intervalima i terapijskim postupcima, predstavili smo i ispratili slučaj pacijenta S.A. (55) koji je doveo sebe u stadijum životne ugroženosti, ali je i pored toga uspeo da preživi.

Zaključak: Požrtvovanost i profesionalnost ekipe hitne medicinske pomoći su od presudnog značaja, posebno u ekstremno otežanim terenskim uslovima i kod pacijenata čije prethodno stanje, posebno već postojeća teža oboljenja mogu dodatno otežati inicijalni pristup i terapijske postupke, što može bitno uticati na krajnji ishod.

64. PROTOKOL PREHOSPITALNE TERAPIJSKE HIPOTERMIIJE TOKOM VANBOLNIČKE KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE KAO SAVREMENI STANDARD URGENTNE MEDICINE

S.Andelić, N.Ivačević, V.Andrejić, Lj.Šoškić, R.Petković

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Uvod: Značaj rane terapijske hipotermije (TH) u postresuscitativnom periodu naučno je prepoznat apraktično usvojen i implementiran u četvrtu kariku lanca preživljavanja nakon cardiac arresta. I dok se protokol TH u bolničkim uslovima usvojen širom sveta, protokol prehospitalne TH tokom vanbolničke kardiopulmonalne reanimacije (CPR) je još uvek izazov kako za istraživače tako i za savremenu urgentnu medicinu.

Cilj: ovog rada jeste predstavljanje protokola prehospitalne TH tokom vanbolničke kardiopulmonalne reanimacije kao savremenog standarda urgentne medicine.

Metod rada: Pretraživani su orinalni radovi u bazama podataka PubMed, MEDLINE и EMBASE ubacivanjem odgovarajućih ključnih reči o(prehospital OR pre-hospital OR out-of-hospital OR out of hospital OR OOHCA) i (cardiac arrest OR heart arrest OR resuscitation OR CPR OR cardiopulmonary resuscitation) i (therapeutic hypothermia OR mild hypothermia OR induced hypothermia). Izdvojeni su samo radovi koji su se odnosili na terapijsku hipotermiju primenjenu u prehospitalnim uslovima po određenom protokolu.

Rezultati: Izdvojeno je 30-ak aktuelnih radova vezanih za temu. Prema protokolu, na osnovu uključujućih i isključujućih kriterijuma, lekar HMP donosi odluku o primeni prehospitalne TH. Razmatraju se modusi prehospitalnog rashlađivanja i načina transporta uspešno reanimiranog bolesnika. Dato je i objašnjenje zašto savremene HMP treba da usvoje ovaj protokol: jer dovodi do unapređenja kvaliteta rada, ne zahteva poseban trening, ne zahteva skupe aparate, olakšava odabir bolnice u koju će se transportovati bolesnik, redukuje kašnjenje u pripremi bolnice za TH, i najvažnije–POBOLJŠAVA ISHOD BOLESNIKA nakon vanbolničkog kardijalnog aresta

Zaključak: Terapijska hipotermija sprovedena po tačno definisanom protokolu nakon cardiac arresta (još na terenu), kao deo vanbolničke više životne potpore savremeni je standard urgentne medicine. Usvajanjem ove neuroprotektivne strategije u našim hitnim pomoćima, urgentna medicina će dati svoj doprinos u većem preživljavanju vanbolničkog kardijalnog aresta.

Ključne reči: terapijska hipotermija, prehospitalno, standard, urgentna medicina



65. KAKO POSTAVITI DIJAGNOZU TROVANJA KADA NEMATE TOKSIKOLOŠKU LABORATORIJU?

S.Vučinić, M. Jovanović, D. Đorđević, D. Bokonjić, V. Jaćević, G. Vuković-Ercegović, J. Jović-Stošić, G. Babić, O. Potrebić, V. Kilibarda

NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA, VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA
BEOGRAD

Uvod: Enormna ekspanzija hemijske i farmaceutske industrije, ubrzan tehnološki razvoj dovode do porasta ekspozicije toksičnim materijama i akutnih trovanja. Akutna trovanja uvek predstavljaju urgentno stanje bez obzira na stepen inicijalno ispoljene kliničke slike. Stoga je neophodno što pre postaviti dijagnozu i odrediti uzočni agens, što nije lako kada se zna da najčešće nedostaju podaci o otrovanju. Radi bržeg određivanja uzročnika ili modela trovanja služimo se toksidromima ili kliničkim sindromima u toksikologiji.

Cilj rada: Kroz prikaze slučajeva ukazati na način postavljanja dijagnoze na osnovu skupa simptoma i znakova trovanja.

Diskusija: Postoji više toksidroma, a 6 najznačajnijih uključuju: simpatikomimetski, opijatni, holinergički, antiholinergički, sedativno-hipnotički i apstionencijalni. Hipertenzija, tahikardija, povišena temperatura, midrijaza, tremor, delirijum i uznemirenost ukazuju na simpatikomimetski sindrom i trovanje amfetaminima, kokainom, efedrinom, teofilinom, MDMA itd. Kada je pacijent u komi ili izmenjene svesti, sa respiratornom depresijom i miotičnim zenicama, radi se o opijatnom sindromu kao posledici trovanja opijatima. Hipersalivacija, lakrimacija, inkontinencija stolice i mokraće, defekacija, povraćanje, bronhoreja, bronhospazam, bradikardija, čine holinergički sindrom koji se viđa kod trovanja karbamatima, organofosfatima, glijivama, fizostigminom i piridistigminom. Suprotno njemu, suva i crvena koža, tahikardija, midrijaza, povišena temperatura, delirijum čini antiholinergički sindrom koji se javlja kod trovanja nekim glijivama, antiholinergicima, atropinom, tricikličnim antidepressivima itd. U trovanjima sedativima i hipnoticima najčešće se javlja poremećaj svesti, konfuzija, respiratorna depresija, delirijum, halucinacije, parestezije, diplopija, otežan govor, ataksija i nistagmus. Apstinencijalni sindrom se manifestuje tahikardijom, midrijazom, dijarejom, abdominalnim grčevima i piloerekcijom.

Zaključak: Toksidromi predstavljaju skup simptoma i znakova koji su neophodni za uspešno prepoznavanje specifične grupe otrova. Veoma često se u toksikološkoj ambulanti, ili ambulatni urgentne medicine suočavate sa pacijentom za koga ne postoje podaci o uzročniku trovanja, a s obzirom na činjenicu da postoji preko 15 miliona različitih toksičnih materija nije moguće upamtiti kliničku sliku za svaki toksični agens. Stoga se u postavljanju dijagnoze služimo toksidromima.

66. TERAPIJA ONKOLOŠKIH PACIJENATA IZ HITNE SLUŽBE

H.Divanović (1), V.Maslovar(2), V.Divanović (3)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NCRNE GORE, JEDINICA BAR;(2)JZU DOM
ZDRAVLJA KOTOR; (3)JZU DOM ZDRAVLJA PODGORICA

Uvod: WHO – Svjetska zdravstvena organizacija je 1986. dala pregled terapijskih stepenica kod kancerskog bola. I stepenica: Neopoidni analgetici (Diclofenac, Ibuprofen, Metamizol, Acethysalicilna kiselina) uz Adjuvantnu terapiju. II stepenica: (Tramadol, Talidin/Naloxon, Dihidrocodein) + neopoidni analgetici + ajuvantna terapija. II Snažan opioid: (Fenthanyl- flaster, Morphin, Buprenorphin) + neopoidni analgetici + adjuvantna terapija



Cilj rada: je da se dokaže uloga HMP u liječenju onkoloških pacijenata ali istovremeno da se ukaže na problem saradnje izabranog doktora i službe HMP.

Metod: Obradeni su protokoli kućnih posjeta HMP za 2008. 2009. i 2010. godinu i klasifikovane sve posjete onkološkim pacijentima kao i terapija koja im je uključena.

Rezultati: Dobili smo sledeće rezultate: od ukupno obavljenih 1661 posjeta (2008.godine), 183 posjete su sa karcinomi ili 11.2 %; od obavljenih 1706 (2009. godine) posjeta 213 ili 12.4%; od obavljenih 1322 posjeta (2010.godine) ili 7.79%.

Žene su zastupljene sa 43.74%, a muškarci sa 56.25%. Naš najmlađi pacijent je imao 16 godina, a najstariji 80 godina. Po sistemima to bi izgledalo ovako: Karcinomi respiratornog trakta 39.58%, karcinomi digestivnog trakta 18.75% , karcinomi gdje nije primarno nađeno mjesto, a metastazirali su 18.75%, karcinomi dojke 8.33%, karcinomi urinarnog trakta 6.25%, karcinomi CNS-a 6.25% i karcinomi krvnog tkiva 2.08%. U terapiji naši pacijenti su bili već II stepenica, osim karcinom respiratornog trakta od kojih je 14.58% već bilo na morfijumu, a na kraju su svi bili treća stepenica. Svim našim pacijentima davali smo diklofen amp, trodon amp i dodavali, zavisno od stanja morfijum i adjuvantnu th. Osim analgetika, koji su im kupirali bolove davali smo i sledeću th: kortikosteroide, antidepressive -benzedin amp, spasmolitike, antiemetike. Rehidrataciona terapija je bila uključena kod 80% pacijenata koji su bili u finalnoj fazi bolesti.

Zaključak: Smatramo da služba HMP igra važnu ulogu u finalnim fazama naših sugrađana, koji boluju od najtežih bolesti.

67. EPILEPSIJE–PREHOSPITALNI POSTUPAK NA TERENU U SHMP ŠABAC U 2010.GOD.

M.Popović

DOM ZDRAVLJA ŠABAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Pod epileptičkim napadom se podrazumeva intermitentna, paroksizmalna, iznenadna, kratkotrajna i iscrpljujuća izmena motorne aktivnosti, senzibiliteta, sensorijuma, ponašanja, emocija, svesti ili autonomnih funkcija, koja je uzrokovana abnormalnom hipersinhronom elektro-hemijskom hiperaktivnošću grupe neurona. Epileptički napad se karakteriše: (1) načinom javljanja, (2) kliničkim sadržajem (simptomatologijom) i (3) EEG karakteristikama. Tipičan način javljanja podrazumeva napade koji se ispoljavaju povremeno (intermitentno), naglo (paroksizmalno), neočekivano (iznenadno). Pod epilepsijom se podrazumeva stanje posle 2 ili više spontanih epileptičkih napada. Epilepsiju kao hroničnu bolest karakterišu EEG promene koje se registruju ne samo tokom (iktalno), već i van napada (interiktalne epileptiformne promene). EEG kod mnogih bolesnika sa epilepsijom je normalan (15%-50% bolesnika). Zbog toga se prepoznavanje epilepsije zasniva na kliničkim kriterijumima.

Cilj rada: je izvršiti jednogodišnju analizu zbrinjavanja epileptičkih napada na prehospitalnom nivou, uočiti nedostake i dati predloge.

Materijal i metode: su protokoli terena SHMP Šabac u 2010 g, kao i podaci iz elektronske baze podataka DZ Šabac (olakšano šifriranje bolesti po MKB: G40, G41, R56.0-febrilne konvulzije) i retrospektivna analiza istih.

Rezultati: Pacijenti su svrstavani po godištu, polu, dijagnozama (oblik epilepsije), pridruženim dijagnozama, terapiji na licu mesta i daljem postupku (upućeni u bolnicu ili zbrinuti na licu mesta). Analizom obradenih podataka zaključuje se da od 5402 pregleda na terenu na konvulzije i epileptične napade otpada 132 slučaja, od toga se na terenu zbrine 48. Od lekova se najčešće primenjuju Diazepam amp. kao monoterapija ili u kombinaciji sa Phenobarbitonom. Lečenje **statusa epilepticusa**, koji je jako redak(ukupno 6 za celu 2010 g) se započinje midazolamom ili diazepamom.



Zaključak: Zahvaljujući moćnim antiepilepticima broj epileptičnih napada smanjuje kao i broj epi statusa. Najčešći uzroci ponavljanih napada su neredovna terapija, izlaganje provokativnim činiocima kao i neadekvatne doze i kombinacije lekova. Postojanje algoritma za prehospitalno lečenje epilepsija i konvulzija znatno bi olakšalo i poboljšalo zbrinjavanje istih.

Ključne reči: epilepsija, status, prehospitalni nivo, opšte mere, medikamenti, algoritmi.

68. AKUTNA KOMPLIKACIJA DIABETES MELLITUSA, NAJČEŠĆI UZROK I MEDICINSKI TRETMAN HIPOGLIKEMIJE NA TERENU SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI DOBOJ

S.Tomanić(1), R.Duronić(1), M. Tomanić(2)

(1)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI DOBOJ,(2) OPŠTA BOLNICA "SV. APOSTOL LUKA", DOBOJ

Uvod: Hipoglikemija je česta akutna komplikacija DM. To je pad vrijednosti šećera u krvi ispod 2,5 mmol/l ili 3,9mmol/l uz prateće simptome. Spada u prvi red hitnosti zbrinjavanja pacijenata jer produženo vrijeme niskog šećera u krvi može da izazove trajne posljedice na organizam a nerijetko i smrtni ishod.

Cilj rada: prikazati najčešće uzroke koji dovode do hipoglikemije i i tretman pacijenata sa hipoglikemijom na terenu.

Materijal i metode: korišten je protokol intervencija na terenu SHMP- Doboj za period 01.01.2010.-31.12.2010.god. i njihova analiza u nekoliko pravaca.

Rezultati: U posmatranom periodu imali smo 73 intervencije na terenu kod 58 pacijenata, gdje je dijagnostikovana hipoglikemija brзом metodom uzimanjem kapilarne krvi i određivanje nivoa šećera u krvi na priručnom aparatu-Glukometru.

U 11 slučajeva tretman hipoglikemije bio je sa Glukagonom i 10% glukozom u infuziji, većina pacijenata je morala da se hospitalizira. U 62 slučajeva kada smo hipoglikemiju tretirali koncentrovanom 50% glukozom 50ml i nastavljali sa 10% glukozom u infuziji tretman se završavao na licu mjesta ili smo transportovali do SHMP gdje smo nastavili opservaciju.

Zaključak: Možemo zaključiti da je hipoglikemija česta akutna komplikacija DM kod pacijenata na insulinskoj terapiji.

Najčešći uzroci hipoglikemije su: prevelika doza insulina, ponovljeno davanje insulina i nepravilno uzimanje hrane.

Pokazalo se da su bolji rezultati tretmana hipoglikemije bili sa koncentrovanom glukozom nego sa Glukagonom (iskustva SHMP-Doboj).

Ključne riječi: Diabetes Mellitus, Hipoglikemia, Insulin, Glukoza

69. ALGORITAM PREGLEDA TRAUME GORNJEG URINARNOG TRAKTA

B.Marković, H.Maksimović

KLINIČKI CENTAR SRBIJE, CENTAR ZA RADIOLOGIJU I MRI, BEOGRAD

Uvod: Povrede urogenitalnog trakta javljaju se u 8-10% pacijenata sa povredom abdomena. Od toga povrede bubrega predstavljaju 4-5% slučajeva. Pravovremeno postavljanje dijagnoze i gradiranje stepena povrede je imperativ obzirom da se u 30% slučajeva mora hitno hirurški zbrinjavati.

Materijal i metod: Studijom su obuhvaćeni traumatizovani pacijenti sa hematurtijom pregledani u Urgentnom Centru KCS-a Beograd, od oktobra 2009 do oktobra 2010 godine. Dijagnostičkom obradom pacijenti su selektovani u dve grupe: hemodinamski nestabilne



(sistolni pritisak <90 mmHg) i hemodinamski stabilne. Po urađenom ultrazvučnom pregledu abdomena hemodinamski nestabilni i vitalno ugroženi pacijenti –hirurški su urgentno zbrinjavani a hipotenzivni i relativno hemodinamski stabilni pacijenti podvrgavani su MSCT pregledu abdomena. Hemodinamski stabilni pacijenti sa pozitivnim nalazom su hospitalizovani, rađen je MSCTU, kontrolni UZ pregledi kao i selektivno arteriografije sa embolizacijom.

Rezultati: Masivnost hematurije nije u korelaciji sa stepenom povrede organa urogenitalnog trakta. Ultrazvuk se pokazao nedovoljno senzitivnim i specifičnim u dijagnostici povreda retroperitoneuma.

Zaključak: Hemodinamski parametri uslovljavaju dalju dijagnostičku obradu-MSCT, precizno gradiranje kao i selektivan terapijski pristup.

70. ARTERIJSKA HIPERTENZIJA – MORBIDITETNI SIMBOL NAŠEG DOBA

D.Cakić, R. Stamenković

DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Arterijska hipertenzija (AH) predstavlja morbiditetni problem savremene civilizacije. Posledice dejstva AH na ciljne organe čine ovu bolest vodećim faktorom mortaliteta u svetu.

Cilj: Sagledati obim i ozbiljnost komplikacija nastalih loše regulisanom arterijskom hipertenzijom i urgentna stanja koja imaju AH kao komorbiditet, način urgentnog zbrinjavanja i najčešće propisivanu terapiju u terenskom radu SHMP u Leskovcu u 2010-oj godini, sa ciljem, da se naglasi značaj primarne i sekundarne prevencije ove široko rasprostranjene bolesti.

Materijal i metode: Retrospektivna analiza protokola terenskog rada SHMP u Leskovcu i obrazaca poziva za hitnu pomoć za period januar-decembar 2010.god.

Rezultati: Istraživanjem su obuhvaćeni svi pozivi sa dijagnozom I10 (arterijska hipertenzija) i to kao jedina dijagnoza ili kao vodeća dijagnoza. Statistički je obrađena zastupljenost poziva sa dijagnozom I10 i među njima incidenca poziva sa prvim redom hitnosti, starosna i polna struktura pacijenata, procenat samostalno rešenih na terenu, procenat onih kod kojih je rađen EKG, posebne vrednosti krvnog pritiska, kao i zastupljenost lekova u primenjenoj terapiji na terenu. U periodu januar-decembar 2010. godine SHMP u Leskovcu obavila je ukupno 14 086 intervencija na terenu, od toga 1254 (8,90%) sa dijagnozom I10. Poziva prvog reda hitnosti sa dijagnozom I10 je bilo 195 (15,55%). Pacijenti ženskog pola 62,68%, muškog pola 37,32%, prosečna starost pacijenata ženskog pola 69 godina, muškog pola 63 godine. Prosečna vrednost KP kod pacijenata ženskog pola 181,37/101,87mmHg, muškog pola 176,22/101,03mmHg. Kod 996 pacijenata (79,43%) urađena je EKG dijagnostika. Zbog dodatne dijagnostike i lečenja u bolnicu je transportovano 198 pacijenata, a 1056 pacijenata (84,21%) je samostalno rešeno na terenu. Najčešće korišćeni lekovi u terapiji ovih pacijenata su iz grupe diuretika, AC inhibitora, sedativa, beta blokatora

Zaključak: Paradoksalno očekivanju, zbog AH pacijenti ženskog pola češće pozivaju SHMP i to skoro dva puta više nego muškarci, da li zato što su žene u proseku starije 6 godina, da li zato što je njihov prag tolerancije na AH niži ili je možda njihova briga za sopstveno zdravlje veća, ostavlja otvoreno pitanje autorima. Oboljevanje ciljnih organa (krvni sudovi, srce, CNS, bubrezi) pogođenih hipertenzijom, kao i brojni komorbiditeti čine da AH bude vodeći zdravstveni, socijalni, ekonomski problem svakog društva, a za svakog lekara profesionalni izazov, pogotovu onima koji rade u službama urgentnog zbrinjavanja pacijenata. AH je simbol morbiditeta savremene civilizacije.



71. BIOMETEOROLOŠKI UTICAJ NA HIPERTENZIJU

D.Milojević(1), V.Gajić(1), J. Smailagić(2)

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

Uvod: Hipertenzija predstavlja masovno, nezarazno oboljenje kardiovaskularnog sistema koje dovodi do čitavog niza bolesti. Hipertenzija je multifaktorska bolest a jedan od dokazanih faktora je i klimatski uticaj. Po broju pacijenata znatno premašuje ostale bolesti, pa predstavlja značajan socioekonomski problem.

Cilj rada: Ispitivanje biometeorološkog uticaja na pacijente sa hipertenzijom.

Metodologija: Komparativna analiza podataka o pacijenatima sa hipertenzijom dobijenih iz terenskih i ambulantnih protokola ZZHP u Kragujevcu i svakodnevnih biometeoroloških faza determinisanih u Republičkom hidrometeorološkom zavodu Srbije, za dvogodišnji period 2008-2009.

Rezultati: U posmatranom periodu analizirano je 11444 slučajeva. Od 4120 muškaraca(36,0%) najviše (531) ih je starosti 51-60 godina, dok je kod 7234 (64%) žena najviše starosti 71-80 godina (976). Najviše slučajeva je tokom januara (1269), a najmanje u avgustu (765). Najviše slučajeva je registrovano u fazi 9 (3019) ili 26,38% svih slučajeva, a najmanje u fazi 10 (54) ili 0,47%. U proseku je najviše intervencija bilo tokom faze 8 (22,75/dan), a najmanje tokom faze 10 (13,5/dan). Najviše intervencija po danu se dešava tokom faze 8 koju karakteriše hladno i vlažno vreme uz pad temperature i atmosferskog pritiska, bez vetra, sa čestom pojavom magle, dok je najmanje u fazi 10 koju karakteriše toplo i vlažno vreme uz stagnaciju atmosferskog pritiska, sa učestalim pljuskovima.

Zaključak: Biometeorološki uslovi imaju značajan uticaj na broj intervencija ekipa hitne pomoći. U danima kada postoji veći uticaj vremena na pacijente sa hipertenzijom, potrebno je više obratiti pažnju na pacijente sa hipertenzijom, planirati veći broj terenskih ekipa i veće kapacitete u ambulanti. Biometeorološki uticaj je moguće predvideti na osnovu sinoptičke situacije, pa se rizične grupe pacijenata mogu na vreme upozoriti na mogućnost egzacerbacije bolesti.

Ključne reči: biometeorološki uticaj, hipertenzija, terenske intervencije

72. DIJABETESNA KETOACIDOZA, KOMPLIKACIJA DIJABETESA KOD PACIJENATA ŠKOLSKOG UZRASTA- PRIKAZ SLUČAJA

D.Mitrović(1), J.Đorđević(1), R.Zdravković(2), E.Miletić(3), A.Živulović(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-JEDINICA BAR; 3:ZDRAVSTVENI CENTAR
KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Dijabetesna ketoacidoza predstavlja najučestaliju i najtežu akutnu komplikaciju dijabetesa, sa visokom stopom morbiditeta i mortaliteta. Ovo stanje je praćeno hiperketonemijom, hiperglikemijom i metaboličkom acidozom. Izazvana je deficitom insulina.

Cilj rada: je da prikaže pacijenta sa kliničkom slikom dijabetesne ketoacidoze koji je zbog neredovne terapije doveden u, po život opasno zdravstveno stanje i da nam ukaže na značaj redovne primene propisane terapije kod pacijenata sa dijabetes melitusom kako bi se izbegle komplikacije.

Prikaz slučaja: U radu je prikazan pacijent D.R., 11 godina sa dijagnostikovanim Dijabetes melitusom tip 1, na insulinskoj terapiji. Pacijent se javio lekaru Dečijeg dispanzera u Knjaževcu aprila 2011.god. sa bolom u stomaku, mučninom, pojačanom potrebom za vodom, znojenjem,



slabošću u mišićima, otežanim disanjem. Majka navodi da su izmerili vrednost glikemije 32,3mmol/l. Zbog visoke vrednosti glukoze aparat u ambulanti nije mogao da je izmeri. Laboratorijski rezultat nivoa glikemije u krvi bio je 42,9mmol/l. Posle detaljnog fizikalnog pregleda, zapaženo je da je koža bila slabog turgora, pacijent je bio tahikardičan i tahipnoičan, pospan, zadah na aceton. Abdomen je bio palpatorno mek i bolno osetljiv. Majka je navela da tog dana nije redovno uzimao insulinsku terapiju: kratkododelujući insulin 10 internacionalne jedinice+8 internacionalne jedinice+10 internacionalne jedinice, srednjedelujući insulin 14 internacionalne jedinice. Pacijentu je u terapiji uključen kratkododelujući insulin 4 internacionalne jedinice, rastvoren u 500 ml 0,9% NaCl u vidu kontinuirane venske infuzije i 2 internacionalne jedinice kratkododeljućeg isulina su date subkutano. Dok je primao terapiju, uz pratnju lekara hitno je poslat u ustanovu tercijalnog tipa, Kliniku za dečije interne bolesti u Nišu, na odeljenje Endrokrinologije. Po prijemu, smešten je u jedinicu intenzivne nege. Tada je vrednost glikemije bila 30mmol/l i arterijski ph krvi je bio 7,00. Posle stabilizacije pacijentovog stanja na klinici u Nišu i detaljnog ispitivanja pacijent otpušten na dalje kućno lečenje. Sada redovno uzima terapiju i nivo glikemije se uz odgovarajuću terapiju i zdrav način života održava u nivou referentnih vrednosti.

Zaključak: Veoma je važno da se pacijent pridržava propisane medikamentozne terapije i živi zdravim stilom života. Samo tako će, zajedničkim snagama, biti smanjena incidenca komplikacija ove hronične bolesti.

Ključne reči: Ketoacidoza, komplikacija, glikemija

73. HIFEMA - PRIKAZ SLUČAJA

V.Repac, Z.Vlatković, I.Lukić

PRIVATNA ORDINACIJA "SPORTREHAMEDICA", ZRENJANIN.

Uvod: Hifema–izlivena krv iz krvnih sudova dužice pod dejstvom sile zemljine teže pada na dno prednje očne komore. Većina kontuzija oka, bez obzira na intenzitet dovodi do vaskularnih promena na uvealnim krvnim sudovima.

Cilj rada: Da se ukaže na potrebu hitne hospitalizacije kod pacijenta sa najmanjim prisustvom krvi u prednjoj očnoj komori.

Materijal i metod rada: Prikaz slučaja - dečak star 8 godina. Kontuziona povreda levog oka nastala udarcem vijačom u toku igre od strane drugog deteta.

Rezultati: Na prvom pregledu vidna oštrina levog oka je 0,7, a IOP je 14 mm Hg. Na biomikroskopu nema Tindalovog fenomena, a visina hifeme u prednjoj očnoj komori je oko 2 mm. Dečak je hospitalizovan uz imobilizaciju oka i strogo mirovanje. Urađena je ciklo plegija kao prevencija iridociklitisu uz svakodnevnu kontrolu papile i IOP. Od drugog dana dolazi do povlačenja hifeme, da bi deveti dan prednja očna komora bila bez patološkog sadržaja. U narednih godinu dana kontrolisane su vrednosti IOP i vidne oštrine (nalaz uredan).

Zaključak: Hifeme dečjeg uzrasta su češće primarne. Ređe su praćene komplikacijama: sekundarnim glaukomom, sekluzijom papile. Ukoliko se pravovremeno leče konzervativna terapija daje zadovoljavajuće rezultate, u suprotnom pristupa se operativnom lečenju.

Ključne reči: trauma (kontuzija oka) hifema, urgentna stanja.



74. HIPOTERMIJA – PRIKAZ SLUČAJA

G. Simić

ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Poslednjih nekoliko godina, širom planete, karakterišu duži vremenski periodi izrazito niskih temperatura okoline koji udružene sa posledicama ekonomske krize (nezaposlenost, besparica, stres, glad, poroci, otuđenost) bitno su uticale kako na broj obolelih od hipotermije tako i na broj izgubljenih života. Hipotermija je posledično stanje poremećaja termoregulacije sa telesnom temperaturom ispod 35°C a koja može simulirati i druga obolenja te na nju treba uvek misliti posebno kod starih, zapuštenih, izgladnelih pacijenata ili skitnica.

Cilj rada: je da na našim primerima ukaže na značaj ranog prepoznavanja i urgentnog lečenja ovog po život pogubnog akcidentalnog stanja.

Rezultati: U prva tri meseca ove godine, imali smo dva poziva za naše sugrađane, nažalost napušteni od svojih najbližih, zbog njihove životne ugroženosti usled neadekvatnih uslova života. Zatečeni izgladneli u hladnim prostorijama, sa poremećajem svesti, usporenim srčanim radom, jedva merljivom tenzijom i ukočenim, otečenim izrazito hladnim telima samo je potvrdilo našu sumnju na hipotermiju i opravdanost prijema poziva. Zbrinuti su nefarmakološkim procedurama (utopljavani tokom transporta vunanim prekrivačima i toplom vodom) i tretirani zagrejanim infuzionim rastvorima. Uprkos svog znanja, dosetljivosti i truda konačan uspeh je bio polovičan što je umanjilo zadovoljstvo uspešnosti u rešavanju urgentnih stanja.

Zaključak: Pобољшanje uslova dostojnih življenja - smanjenje nezaposlenosti, eliminacija stresa i poroka, kao i vraćanje porodičnim tradicionalnim odnosima je primarno u prevenciji morbiditeta i mortaliteta usled hipotermije.

75. INCIDENCA EDEMA PLUĆA U RADU LEKARA HMP KRAGUJEVAC

M.Mišić, V.Gajić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

Uvod: Edem pluća može biti vitalno ugrožavajuće stanje ukoliko se ne primene adekvatne terapijske mere u kratkom vremenskom intervalu. Ekipe hitne pomoći brzim intervencijama pomažu spašavanju života ovih bolesnika.

Cilj rada: Prikaz učestalosti javljanja edema pluća u radu lekara hitne pomoći Kragujevac.

Metodologija: Izvršen je uvid u terenske protokole ekipa ZHMP, u 2010. godini, a zatim je izvršena statistička i grafička obrada i analiza podataka.

Rezultati: U posmatranom jednogodišnjem periodu ekipe su intervenisale u 261 slučaju, što je 1,06% svih izlazaka (24522). Najviše izlazaka je bilo u martu (35) i tokom večernjih sati od 18 do 22h (68), što je jedna četvrtina izlazaka. Najmanje intervencija je u novembru (15) i rano ujutru, od 6-7h (6). Od 133 muškarca (50,96%), najviše njih (64) je starosti 71-80 godina (48,12%). Od 128 žena (49,04%), najviše njih (56) je starosti preko 80 godina (43,75%). 82% intervencija je bilo u gradskoj sredini. Kao propratnu dijagnozu 101 (38,7%) pacijent je imao hipertenziju, 48 (18,39%) hipotenziju, 62 (23,75%) srčanu dekompenzaciju, 38 (14,56%) aritmiju, a 39 (14,94%) HOBP. 153 (58,62%) pacijenta je bilo u respiratornij insuficijenciji, a 35 (13,41%) u hiposkiji, dok za 33 (12,64%) pacijenata nije bilo podataka. Kao terapijska mera kod 200 pacijenata je primenjen kiseonik, 197 amp. Lasiksa, 169 amp. Aminofilina, 84 amp. kortikopreparata i u 81 slučaj Nitroglicerina. Hitan transport je urađen u 188 slučajeva (72,03%). Zabeležena su 4 smrtna ishoda (1,53%) i pored svih mera reanimacije koje su preduzete.



Statistički značajna razlika u broju slučajeva edema postoji u mesečnoj i dobnj distribuciji, dok je nema u polnoj i satnoj raspodeli. Ostali parametri nisu statistički uporedivi.

Zaključak: Pravovremenom intervencijom ekipa hitne pomoći uz primenu adekvatnih terapijskih mera, može znatno promeniti tok kliničke slike i dovesti do značajnog poboljšanja subjektivnih i objektivnih simptoma pacijenta.

Ključne reči: Edem pluća, incidenca, terenske intervencije

76. JEDNA USPEŠNO SPROVEDENA REANIMACIJA

D.Husović, M.Islamović-Aličković, A.Husović, F.Pašović

ZDRAVSTVENI CENTAR NOVI PAZAR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Cilj rada. Cilj rada je bio da se prikažu reanimacione mere prehospitalno, sa akcentom na neophodnost započinjanja kardiopulmonalne reanimacije (KPR) u optimalnom roku, a pre nego nastupe ireverzibilna moždana oštećenja, kao i aktivno učešće cele ekipe hitne pomoći u sprovođenju KPR-a (lekar, med. sestra i vozač saniteta).

Materijal i metode. Ovde su prikazane mere KPR-a pacijentkinje kod koje je akutni infarkt miokarda doveo do srčanog zastoja. Kako se sve to dešavalo u stanu pacijentkinje samim tim i to bila otežavajuća okolnost.

Rezultati: Po prijemu telefonskog poziva da je jednoj osobi iznenada pozlilo i da je izgubila svest, ekipa odmah kreće na datu adresu, gde je nakon 3 minuta od prijema poziva zatekla ženu bez svesti, bez disanja, ne palpabilnog pulsa nad karotidama, cijanotičnu, proširenih zenica. Kako je pacijentkinja bila u krevetu, odmah je položena na pod i započete su mere KPR-a. Lekar je započeo insuflaciju vazduha, samoventilirajućim balonom a vozač saniteta je vršio kompresiju na sternum, tako da je odnos kompresija/insuflacija bio 30/2. Nakon 4 reanimaciona ciklusa na monitoru defibrilatora (DEF) je konstatovana ravna linija-asistolija i KPR je nastavljena. Data je jedna ampula adrenalina u bolusu, venski i nakon još 4 reanimaciona ciklusa na monitoru DEF-a je verifikovana ventrikularna fibrilacija (VF). Odmah je pacijentkinja defibrilirana sa 180 J (bifazni defibrilator), a KPR je nastavljena. Proverom na DEF-u, VF je i dalje bila prisutna, te je pacijentkinji data još jedna ampula adrenalina intra venski, u bolusu, a zatim je izvršena defibrilacija sa 180 J. Nekoliko sekundi zatim, pacijentkinja je napravila jednu insuflaciju vazduha spontano, a na DEF-u je prikazan sinusni ritam. Ubrzo se i disanje normalizovalo te je pacijentkinja ne dolazeći svesti transportovana u koronarnu jedinicu internog odeljenja gde je konstatovan anteroseptalni infarkt.

Rezultati: Uspešnost KPR-a zavisi prevashodno od vremena koje protekne otkako nastupi kardiorespiratorni arrest do započinjanja KPR-a, koju uvežbani timovi hitne pomoći sprovode.

Ključne reči. Reanimacija, KPR, ventrikularna fibrilacija

77. KADA HIPERTENZIJA ZAHTEVA URGENTNU TERAPIJU

B.Nikolić, V.Veljković, M.Jaković

HITNA MEDICINSKA POMOĆ SOMBOR

Uvod: Pacijenti sa hipertenzijom zastupljeni su u oko četvrtinu slučajeva ambulantnih intervencija hitne medicinske pomoći u Somboru. Da li i kada hipertenzija predstavlja urgentno stanje? Koga, kada i kako lečiti? Da li upotreba intravenske terapije i snižavanje krvnog pritiska snažnim lekovima uvek predstavlja pravi izbor?

Cilj rada: Uporediti savremene stavove u terapiji hipertenzije sa aktuelnim stanjem u pristupu hipertenziji u HMP i usklađivanje primene urgentne terapije sa savremenim preporukama.



Materijal i metode: Analiza visine krvnog pritiska, simptomatologije i primenjene terapije kod pacijenata zavedenih u protokole HMP Sombor u jednogodišnjem periodu.

Rezultati: U periodu od 31. 05. 2010 do 31. 05. 2011 u ambulantu HMP Sombor javilo se 2122 pacijenta sa hipertenzijom. Glavna „tegoba kod“ blizu polovine (47%) je bio izmeren visok krvni pritisak, bez značajne simptomatologije. Blaga simptomatologija u vidu glavobolje, vrtoglavice i uznemirenosti bila je zastupljena u 23% pacijenata a 30% je navelo bol u grudima, gušenje, povraćanje i druge simptome koji ukazuju na ozbiljnije ugrožavanje stanja kardiovaskularnog, nervnog ili renalnog porekla. Fizikalni pregled pokazao je postojanje neuroloških ispada, znake srčane insuficijencije, poremećaje ritma, samo kod trećine pacijenata sa navedenim ozbiljnijim tegobama. I pored ovako blage simptomatologije kod većine pacijenata primenjena je terapija furosemidom, intravenskim beta blokatorima ili kombinovana sa per os – grickanjem tablete nifedipina ili kaptoprila u 66% slučajeva. Pacijenata sa sistolnim krvnim pritiskom 200 mmHg i više i dijastolnim 100 mmHg i više, bilo je 29%, što je u korelaciji sa navedenim ozbiljnijim simptomima.

Zaključak: Veliki broj pacijenata sa hipertenzijom koji se obraća službi HMP bez jasnih simptoma urgentnog stanja nije u korelaciji sa primenjenom agresivnom terapijom. Pravilna evaluacija pacijenata sa rizikom i odmerena terapijska reakcija, značajno smanjuju rizik od prebrzog snižavanja krvnog pritiska i eventualnih posledica ovakve intervencije. Pacijenti koji su na ovaj način lečeni u HMP ne posećuju izabranog lekara, neredovno uzimaju prepisanu terapiju, a u protokolima HMP nalaze se i po više puta nedeljno.

78. KLINIČKI PREGLED HRONIČNO OBOLELOG PACIJENTA KAO KLJUČ ZA OTKRIVANJE AKUTNOG, PO ŽIVOT UGROŽAVAJUĆEG STANJA U PREHOSPITALNIM USLOVIMA

M.Milenkovic(1), D.Petković(1), D.Janković(1), D.Ševo(1)
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Ulkus predstavlja defekt u gastrointestinalnoj sluzokoži kao rezultat nemogućnosti epitelijalnih ćelija da se odupru kaustičnom dejstvu HCl i pepsina prisutnom u lumenu organa. Komplikacije ulkusne bolesti mogu biti perforacija, krvarenje, penetracija i piloroduodenalna stenoza.

Cilj rada: Prikaz slučaja u kome je pažljiv klinički pregled pacijenata sa hroničnim oboljenjem bio ključan za otkrivanje akutnog, po život ugrožavajućeg stanja.

Materijal i metode: Deskriptivni prikaz podataka (izvor podataka: knjiga poziva Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš; knjiga protokola Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš).

Prikaz slučaja: Pacijentkinja 56. godište kao glavne tegobe navodi bol u stomaku 2-3 dana unazad. Sistolni TA oko 80 mmHg, dijastolni nemerljiv, jedva palpabilan puls nad radialnim arterijama, SF-110/min, SpO2-98%, hladni ekstremiteti, bleđa, preznjena hladnim lepljivim znojem, cor: akcija srca ritmična, tonovi jasni, bez šumova. Ekg: sinus tahikardija, pulmo: vezikularno disanje nad oba plućna krila, abdomen: palpatorno bolno osetljiv difuzno, sa slikom mišićnog defansa. Evidentiraju se desnostrana hemiplegija i disartrija kao posledica CVI, nema podataka o ranijim gastrointestinalnim oboljenjima. Stavljena iv kanila i administriran Sol. NaCl 0,9% 500ml iv. Pacijentkinja transportovana do hirurške klinike pod dijagnozom Abdomen acuta. Iz prijemne ambulante prebačena na odeljenje hirurškog šoka, zbog hemodinamske nestabilnosti. Sutradan operisana, dijagnoza ulcus bulbi duodeni perforatum, perforatio tecta, peritonitis circumscripta. Urađena sutura ulkusne perforacije, lavaža i drenaža.



Diskusija: U mnogim studijama dokazano je da postoje tri osnovna faktora rizika nastanka smrti kod perforiranog ulkusa: preoperativni šok, perforacija koja perzistira duže od 24h i prisustvo još neke bolesti. Kod prisustva sva tri faktora rizika smrtnost je skoro 100%.

Zaključak: Poseban dijagnostički problem predstavljaju hronični bolesnici bez ranije istorije gastrointestinalnog oboljenja sa razvijenom slikom šoka i nedostatak dijagnostičkih metoda prehospitalno koje mogu potvrditi postojanje perforacije ulkusa. U konkretnom slučaju, postavljanje dijagnoze zavisilo je isključivo od pažljivog kliničkog pregleda pacijenta.

Ključne reči: Klinički pregled, perforacija duodenalnog ulkusa, peritonitis, šok.

79. LUKSACIJA KUKA UDRUŽENA SA IPSILATERALNIM PRELOM GLAVE I VRATA BUTNE KOSTI (PIPKIN III) - PRIKAZ SLUČAJA

B.Starčević(1,2), A. Lešić(1,2), S.Zagorac(1), I. Milošević(1,2), G.Damnjanović(1), T.Palibrk(1), M.Ilić(1), M.Bumbaširević(1,2)

(1) URGENTNI CENTAR KCS, ODELJENJE TRAUMATOLOGIJE, (2) MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

Cilj rada: da prikaže način ranog operativnog lečenja ove povrede, i da ukaže na urgentnost hirurške intervencije u cilju smanjenja mogućih komplikacija.

Materijal i metode: Deskriptivni prikaz podataka.

Prikaz slučaja: Pacijent muškoga pola, starosti 46 godina sa luksacijom desnog kuka i ipsilateralnim udruženim prelomom glave i vrata butne kosti. Povreda nastala prilikom pada na ravnom, tokom skakanja u vreći. Po dolasku u UC obrađen je klinički, laboratorijski, radiografski (RTG) i kompjuterizovanom tomografijom (CT). Prelom je klasifikovan na osnovu Pipkin-ove klasifikacije u treću kategoriju. Analiza RTG i CT snimaka neposredno posle operacije i nakon godinu dana. S obzirom na težinu povrede i na godine života pacijenta, odlučeno je da se izvrši hitna ortopedska operativna intervencija. Pacijent je operisan u lateralnom dekubitalnom položaju, zadnjim pristupom (Kocher-Langenbeck). Prelom glave je fiksiran sa dva slobodna spongiozna šrafa, a potom je prelom vrata butne kosti fiksiran sa Kirschner iglama i dva spongiozna šrafa. Cilj je bio da se postigne anatomska repozicija koštanih ulomaka, stabilna fiksacija, stabilnost i kongruencija zgloba kuka, odstranjenje manjih koštanih i hrskavičavih fragmenta. Pacijent je drugog postoperativnog dana vertikalizovan, započet je rani fizikalni tretman bez oslonca na nogu. Otpušten je na kućnu negu desetog postoperativnog dana. Kontrolna RTG snimanja su rađena na 3, 6 i 12 meseci. Postignuta je koštana konsolidacija u zadovoljavajućoj anatomske poziciji bez znakova avaskularne nekroze glave butne kosti.

Zaključak: Ova povreda predstavlja najređi entitet Pipkin preloma ne samo u našim, već i u svetskim okvirima, spada u veoma teške povrede. Istakli bi značaj hitnog hirurškog načina lečenja ove povrede u cilju smanjenja mogućih komplikacija.

80. LEČENJE KOŠTANO ZGLOBNIH POVREDA ŠAKE

T.Palibrk(1), S.Anđelković(1), S.Milutinović(1), B.Starčević(1), D. Sovtić(2), M.Bumbaširević(1)
KCS BEOGRAD (1)KLINIKA ZA ORTOPEDSKU HIRURGIJU I TRAUMATOLOGIJU; (2):CENTAR ZA ANESTEZIOLOGIJU I REANIMATOLOGIJU

Uvod: U poslednje tri godine preko Urgentnog centra KCS primljeno je na Odeljenje za rekonstruktivnu mikrohirurgiju i hirurgiju šake 549 pacijenata sa prelomima kostiju šake koji su zahtevali operativno lečenje. U ambulantnim uslovima je zbrinuto još 1837 pacijenata koji su



lečeni konzervativno. Primećeno je da je broj povreda šake iz godine u godinu u stalnom porastu.

Cilj: Cilj rada je da se prezentuju epidemiološko-demografske karakteristike koštano-zglobnih povreda šake, kao i način njihovog zbrinjavanja, inicijalno na hitnoj službi i definitivno, konzervativno ili operativno.

Materijal i metode: Pacijenti sa povredom šake koji su se javili na pregled u ortopedsku ambulantu su nakon anamneze i kliničkog pregleda upućivani na radiološku dijagnostiku bez imobilizacije. Rađene su radiografije šake u dva pravca a potom je donošena odluka o daljem načinu lečenja. Lečenje je zavisilo od mehanizma povrede, stanja mekih tkiva, postojanja udruženih povreda tetivnih i neurovaskularnih elemenata, kao i inicijalne radiografije. Pacijenti su lečeni konzervativno gipsanom imobilizacijom ili operativno fiksacijom osteosintetskim materijalom.

Rezultati: Od 1837 konzervativno lečenih pacijenata, a nakon nošenja imobilizacije između 3 i 5 nedelja, kod 1749 (95%) je došlo da sanacije preloma. 58 (3%) pacijenata nije došlo na kontrolu. Naknadno je operisano 30 (2%) pacijenata zbog loše sraslog preloma ili nemogućnosti održavanja pozicije nakon repozicije i imobilizacije. Od ukupno 549 hospitalizovanih pacijenata, njih 164 je imalo izolovanu povredu koštanih tkiva. Svi ostali su imali i povrede tetivnih i/ili neurovaskularnih elemenata. Ukupno je bilo 418 (76%) pacijenata muškog i 131 (24%) pacijent ženskog pola. Pacijenti su bili starosti između 16 i 73 godine sa prosekom starosti od 32 godine.

Zaključak: Adekvatno konzervativno lečenje preloma kostiju šake zahteva korektnu repoziciju preloma i redovne kontrolne radiografije. Hirurško lečenje je potrebno kod osoba kod kojih nije moguće reponirati prelom i kod kojih postoji udružena povreda koštanih i mekotkivnih struktura, kao i u slučajevima otvorenih preloma.

81. NAJČEŠĆA URGENTNA STANJA PREMA REDU HITNOSTI U RADU TERENSKIH EKIPA ZHMP CRNE GORE

S.Stefanović(1,2), M.Bajagić(1,2), J.Šćekić(2)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ PODGORICA,CRNA GORA, (2)MEDICINSKI FAKULTET U PODGORICI, CRNA GORA

Cilj: Najvažnija stanja u urgentnoj medicini čine urgentna kardiološka stanja. To su sva kardiološka stanja u kojima je pacijent vitalno ugrožen. Cilj rada je uporediti retrospektivnom analizom urgentna kardiološka stanja i stepena hitnosti u radu terenskih medicinskih ekipa Zavoda za hitnu medicinsku pomoć (ZHMP) Crne Gore u Podgorici tokom dva meseca između 2005 i 2010. godine.

Materijal i metode: Retrospektivnom studijom su praćeni podaci o kardiološkoj patologiji dobijeni iz terenskih lekarskih izvještaja službe ZHMP za mesece april i maj u toku 2005. i 2010. godine na teritoriji opštine Podgorica. Terenski izvještaj sadrži radnu dijagnozu i određeni red hitnosti odgovarajuće patologije. Statistička značajnost dobijenih učestalosti upoređena je pomoću χ^2 testa. Podaci su statistički obrađeni pomoću kompjuterskog programa GraphPad Prism verzija 5.0.

Rezultati: U dvomesečnom periodu 2005. god. ukupan broj terenskih izvještaja iznosio je 1308, a 2010.god. 2244. Rezultati pokazuju da je učestalost kardiološke patologije od 23.85% (312 od 1308 slučajeva) u 2005. god. statistički značajno veća od učestalosti u 2010. god. od 9.9% (222 od 2244) ($\chi^2 < 0.05$). Prema redu hitnosti u 2010. god. značajno je veća učestalost prvog reda hitnosti (45%; 0%) ($\chi^2 < 0.05$), i smanjena učestalost trećeg reda hitnosti (10.82%; 82.05%) ($\chi^2 < 0.05$), a učestalost drugog reda hitnosti je ostala nepromijenjena (18.5%; 14.1%) u odnosu



na 2005. god ($\chi^2 \geq 0.05$). Pružanje neodložne pomoći je značajno poraslo u 2010. god. (25.68%; 3.85%) ($\chi^2 < 0.05$).

Zaključak: Broj kardioloških pacijenata se značajno smanjio u odnosu na 2005. god, a učestalost prvog reda hitnosti u 2010. god. je porasla, što upućuje na bolju organizaciju rada dispečerskog centra koji vrši trijažu kućnih posjeta. Nema promjena u učestalosti drugog reda hitnosti. Treći red hitnosti se značajno smanjio u odnosu na 2005. god, vjerovatno jer je istovremeno povećan broj terenskih medicinskih ekipa, pa je vrijeme čekanja za kućnu posjetu smanjeno. Pružanje neodložne pomoći je značajno poraslo, najvjerovatnije zbog ukidanja kućne njege.

82. NAPRASNE SMRTI I BIOMETEOROLOŠKI UTICAJ

V.Gajić(1), S.Gajić(2), D.Milojević(1), J.Petković(1), M.Spasić(3), J. Smailagić(4)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC; (2)DOM ZDRAVLJA KRAGUJEVAC;
(3)KLINIČKI CENTAR KRAGUJEVAC, (4)REPUBLIČKI HIDROMETEOROLOŠKI ZAVOD SRBIJE

Uvod: Naprasna smrt predstavlja iznenadan i neočekivan prestanak rada srca i disanja. Naprasne smrti predstavljaju svakodnevni i najvažniji deo rada terenskih ekipa hitne pomoći. Biometeorološke faze mogu imati važan uticaj na naprasno umiranje.

Cilj rada: je utvrđivanje incidence i prevalencije naprasnih smrti na području Kragujevca i biometeorološki uticaj na njih.

Metodologija: Uporedna analiza svakodnevnih biometeoroloških faza za grad Kragujevac određenih kod RHMZ Srbije i naprasnih smrti, konstatovanih uvidom u terenske protokole ekipa hitne pomoći Kragujevac u periodu 01.01.2008.- 31.12.2010. godine.

Rezultati istraživanja: Istraživanjem nalazimo 897 naprasnih smrti, što čini 1,23% od ukupnog broja terena. Muškarci čine 57,19%, a 73,88% je preko 60 godina starosti. Žene čine 42,81%, od čega je 86,98% preko 60 godina starosti. Na javnom mestu je bilo 152 naprasnih smrti (16,95%). Najviše naprasnih smrti (78) je bilo u januaru, a najmanje (38) u septembru. Najčešće se umiralo u sredu (135), a najmanje u subotu (115). Najzastupljeniji interval je 14-15 časova kada je zabeleženo 56 smrti, dok je najmanje bilo između 3-4 časa (13). Naprasna smrt je zabeležena na svakih 29,32 sati. Od svih slučajeva 349 (38,91%) pacijenata je reanimirano. Svi reanimirani pacijenti su oživljavani metodama ALS-a. Kod 96,56% pacijenata (337) je dat adrenalin, a 47,28% pacijenata (165) je zbog asistolije primilo atropin. Samo 78 pacijenata (8,69% od ukupnog broja i 22,34% od reanimiranih pacijenata) je razvilo šokabilni ritam i tretirano defibrilatorom. Ostale mere reanimacije su primenjivane kod 6,75% reanimiranih pacijenata. Jedna četvrtina pacijenata (159) je preminula u biometeorološkoj fazi 9, koja predstavlja stabilno sunčano vreme, a 22,0% pacijenata u fazi 4, koja označava naglu promenu vremena sa suvog-toplog na hladno-vlažno vreme.

Zaključak: Učestalost i težina stanja zatečenih pacijenata nalažu timski rad, obučenosť i opremljenost ekipa. Biometeorološke faze predstavljaju važan prediktorski faktor za nastanak naprasne smrti, pa bi u ovim vremenskim prilikama trebalo podići pripravnost ekipa na viši nivo.

Ključne reči: naprasne smrti, biometeorološke faze



83. ORGANIZACIJA REANIMACIONOG TIMA PRILIKOM IZVOĐENJA CPR

G. Perge

DOM ZDRAVLJA SREMSKA MITROVICA

Uvod: Da bi se pravilno izvela kardiopulmonalna reanimacija potrebno je da je izvodi dovoljan broj adekvatno obučanih ljudi, obezbediti odgovarajuću opremu i ispoštovati određeni redosled radnji.

Cilj: Prikaz procedure

Metod: Osnovni podaci i korekcije vršene u simuliranim idealnim uslovima

Rezultati: Prilikom izvođenja kardiopulmonalne reanimacije obavezno je ispoštovati neke principe: za izvođenje je potrebno tri člana tima, opremu koje je potrebna čini defibrilator, respirator, aspirator i set za intubaciju. Da bi procedura bila adekvatno izvedena u prvih dva minuta je potrebno da se izvede više radnji: provera stanja pacijenta, kontinuirana ventilacija i kompresije grudnog koša, obezbeđenje disajnog puta, obezbeđenje venske linije i monitorisanje pacijenta (EKG, NIBP i SpO₂). Da bi sve moglo da se izvede tim mora da postupa po tačno utvrđenoj proceduri. U našoj službi članovi tima imaju pojedine zadatke. Lekar donosi defibrilator i set za intubaciju, tehničar torbu i respirator, a vozač ili drugi tehničar aspirator i lekarsku torbu. Pozicija lekara je čelo glave pacijenta, tehničara sa desne a vozača sa leve strane. Intubacioni set se nalazi između lekara i tehničara, kao i respirator, a defibrilator se nalazi između lekara i vozača. U prvom minutu je potrebno da se obezbedi disajni put, tj. učini endotrahealna intubacija, a u drugom minutu obezbeđenje venske linije i monitoring pacijenta. Kada je sve ispoštovano po isteku drugog minuta krv pacijenta je dovoljno saturisana kiseonikom i moguće je isporučiti prvi šok ili dati potrebne lekove uz kompletan monitoring pacijenta.

Zaključak: Uz uigranu ekipu potrebna je i proverena procedura kako bi pacijent u optimalnom roku dobio potrebnu negu, a isto tako da ne dođe do preplitanja ruku, preskakanja pacijenta ili povređivanja članova ekipe prilikom pružanja pomoći. Zato svaka služba treba da ima uniformnu proceduru koja odgovara mogućnostima i da je se svi pridržavaju bez obzira ko čini reanimacioni tim.

84. ODNOS LEKARA I PACIJENTA U SVETLU NJIHOVIH PRAVA I OBAVEZA

A.Antović, R.Karadžić, M.Milić, M.Zdravković, J. Stojanović

ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

Uvod: Sve češća izloženost lekara krivičnim prijavama, građanskim tužbama i disciplinskim postupcima zbog eventualnih propusta i grešaka u radu, uslovljava nužnost za elementarnim poznavanjem pravne problematike vezane za odnos lekara i pacijenta. To je veoma kompleksan "partnerski" odnos u kome se putem modela uzajamnog poštovanja, razmene informacija i dogovora donose zajedničke odluke u vezi konkretnih medicinskih/zdravstvenih potreba i ciljeva.

Diskusija: Pacijent je svaka osoba, bez obzira na vrstu i stepen zdravstvenih potreba, životnu dob, pol, rasu, versku i drugu pripadnost i imovno stanje, koja u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi zatraži određenu uslugu ili nastoji da zadovolji svoju zdravstvenu potrebu. Kada pacijent od lekara zatraži medicinsku uslugu i lekar pristane na pružanje te usluge, „zaključuje“ se ugovor o medicinskom tretmanu između pacijenta i lekara, odnosno zdravstvene ustanove za koju lekar radi, koji ima obvezno-pravni karakter. Jedna od osnovnih ugovornih obaveza lekara je da, osim pružanja medicinskog tretmana, pacijentu pruži stručno i pravovremeno obaveštenje o činjenicama koje se odnose na njegovo zdravstveno stanje, na način koji mu je razumljiv s



obzirom na životnu dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti, kao i da od njega dobije pristanak na odgovarajući medicinski tretman.

Sa pravnog aspekta, pacijentu su zagantovana prava na: samoodlučivanje, obaveštenost, prihvatanje ili odbijanje dijagnostičkog/terapijskog postupka, pristup medicinskoj dokumentaciji, poverljivost, održavanje ličnih kontakata, samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove, privatnost i na naknadu štete. Pacijent ima pravo na potpunu obaveštenost o: svom zdravstvenom stanju/dijagnozi; medicinskoj proceni rezultata i ishoda određenog dijagnostičkog/terapijskog postupka; preporučenim pregledima/zahvatima i planiranim datumima za njihovo obavljanje; mogućim prednostima i rizicima obavljanja/neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata, kao i o svom pravu na odlučivanje o istima; mogućim zamenama za preporučene postupke; toku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite; daljem toku pružanja zdravstvene zaštite; preporučenom načinu života; pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje istih.

Zaključak: Uprkos svakodnevnom savesnom i požrtvovanom obavljanju zdravstvene delatnosti, savremeni društveni tokovi nalažu potrebu za kontinuiranom edukacijom lekara u sferi medicinskog prava, obzirom da pitanje profesionalne odgovornosti danas predstavlja "*sine qua non*" za zdravstvene poslenike.

85. PRIMJENA MASAŽE KAROTIDNOG SINUSA U TERAPIJI SUPRAVENTRIKULARNIH TAHIKARDIJA U SHMP DZ FOČA

I.Kapetanov, R.Kapetanov
DOM ZDRAVLJA FOČA

Cilj: Cilj rada je da se ponovo ukaže na jednu jednostavnu i prilično uspješnu metodu liječenja supraventrikularnih poremećaja ritma koja je neopravdano zapostavljena u praktičnom radu.

Materijal i metode: Pri izradi rada korišteni su protokoli SHMP iz 2010. godine, te podaci iz kartona pacijenata koji su registrovani u našem Domu zdravlja. Rezultati su upoređivani sa podacima iz literature.

Rezultati: U 2010. godini deset puta je primjenjena metoda liječenja supraventrikularne tahikardije masažom karotidnog sinusa. Od toga je jedna pacijentica dolazila dva puta. Do konverzije ritma došlo se u pet slučajeva dok se u preostalih pet primjenilo i medikamentozno liječenje, najčešće verapamilom. Svi pacijenti su cijelo vrijeme terapije praćeni na monitoru dvanaestokanalnog EKG aparata, a terapiju je vodio specijalista urgentne medicine. Jedan od ovih pacijenata je tražio da se uputi u bolnicu te mu je i udovoljeno. Ostali su poslije konverzije ritma i perioda opservacije vraćeni kući.

Zaključak: Procenat pacijenata kod kojih je došlo do konverzije ritma ovom metodom odgovara podacima iz literature. Iako u SHMP DZ Foča postoje svi tehnički uslovi za kvalitetno liječenje poremećaja ritma, ukupan broj pacijenata obuhvaćenim radom je mali. Razlog tome je i to što se doktori iz porodične medicine rijetko upuštaju u ovu vrstu terapije, pa zbog blizine bolnice, pacijenta poslije urađenog EKG-a upućuju u drugu ustanovu.



86. PROBLEM NEMEDICINSKOG TRANSPORTA POVRIJEĐENIH U SAOBRAĆAJU 1998–2010. U KANTONU SARAJEVO

J.Hanjalić, J.Kovačević, E.Sarač

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, SARAJEVO, BIH

Cilj rada : je analiza kretanja nemedicinskog transporta povrijeđenih u saobraćaju u periodu od dvanaest godina.

Materijal i metode: U radu su retrospektivno analizirani i upoređeni slučajevi povrijeđenih u saobraćaju tokom kalendarske 1998. i 2010. god. koje su zbrinjavale ekipe Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Sarajevo (ZHMPS). Korišteni su protokoli ambulantnih kola.

Rezultati: Za ovaj period srednje vrijeme dolaska ekipa na lice mjesta na području grada je ostalo isto (5 min), a za cijeli kanton smanjeno (6,8 min). Najveći problem koji je uočen u 1998. god. bio je nedopustivo veliki procenat nemedicinskog transporta povrijeđenih (45 %). Nakon dvanest godina on je smanjen na 2%.

Zaključak: Problem nemedicinskog transporta povrijeđenih u saobraćaju u Kantonu Sarajevo za dvanaest godina je gotovo riješen: edukacijom stanovništva kroz razne kurseve za laike, preko svih dostupnih javnih medija, te naraslim ugledom i povjerenjem stanovništva u rad hitne pomoći.

87. PRIMENA OVERDRIVE PRIVREMENOG PACEMAKERA U KARDIOPULMONALNOJ REANIMACIJI

G. Perge

DOM ZDRAVLJA, SREMSKA MITROVICA

Uvod: Overdrive privremeni pacing se koristi u slučaju kompletnog AV bloka ili idioventrikularnog ritma kada se osim QRS kompleksa koji su inicirani strujom pacemaker-a javljaju i široki QRS kompleksi iz ektopičnog žarišta.

Prikaz slučaja: Pacijent star 67 godina dovežen u pratnji lekara i medicinske sestre na Urgentni prijem OB Sremska Mitrovica bez svesti, disanja i srčane radnje, intubiran i ventiliran preko samoširećeg balona, otvorena jedna venska linija. Iz dokumentacije se saznaje da se prethodnog dana žalio na bol u grudima, ali je iz ambulante vraćen kući kao stabilan, bez EKG znakova AKS. Inicijalno započeta CPR, srčana radnja po tipu VF te je isporučen DC šok 120J posle kojeg prelazi u asistoliju. Aplikovan adrenalin i nastavljena CPR. Nakon naredne provere srčane radnje konstatuje se ponovo VF i nakon isporučenog šoka uspostavlja se spor idioventrikularni ritam brzine oko 30/min te se aplikuje atropin amp I, ali ubrzo nastaje asistolija. Još dva puta se dešavao isti scenario te je pacijent u roku 30 minuta ukupno primio amp adrenalin III, amp atropin IV i amp amiodaron III iz DC šok 120J, 150J, 200J X 3. Uspostavlja se stabilan idioventrikularni ritam, HR 35/min bez perifernog pulsa, odlučujemo se za aplikaciju transtorakalnog pacemaker-a. Inicijalno su parametri bili HR 50/min, jačine struje 60 mA, ali je uočeno da se između kompleksa pacemaker-a ubacuju široki autonomni kompleksi te je odlučeno da se primeni overdrive metoda. Zadovoljavajući rezultat je dobijen pri parametrima HR 70/min i struje 90 mA.

Zaključak: Poremećaj srčane radnje kod ovog pacijenta je nastao najverovatnije usled AKS. U tom slučaju moguće je korigovati srčanu radnju arteficialno čime se postiže cirkulatorna stabilnost. U slučaju da ne dođe do spontanog oporavka, postoji mogućnost aplikovanja stalnog pacemaker-a.



88. PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE PACIJENATA SA AKUTNIM PLUĆNIM EDEMOM U USLOVIMA UDALJENOSTI OD SEKUNDARNE I TERCIJALNE ZDRAVSTVENE USTANOVE

M.Jokšić(1), L.Andrić (1), D.Nikolić(1), E.Agoč-Benarik(1), R. Jokšić-Mazinjanin(2), B.Cvetičanin(2)

(1)DOM ZDRAVLJA SHMP, BEČEJ, (2) ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

Cilj rada: prikaz prehospitalnog zbrinjavanja pacijenata u kardiogenom akutnom plućnom edemu (APE), prikaz daljeg tretmana pacijenata u APE u slučaju neuspeha primenjene terapije, jednomesečno preživljavanje pacijenata nakon APE.

Materijal i metode: U radu je korišćeno retrospektivno, opservaciono istraživanje koje je sprovedeno u Službi hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Bečej (SHMP DZ Bečej). Ciljna grupa su bili pacijenti koji su u periodu od 01.01.2010. do 31.12.2010. godine lečeni zbog APE kardiogene etiologije. Podaci su prikupljeni iz ambulantnih protokola i protokola terenskih ekipa o: polu, starosti, inicijalnim vrednostima vitalnih parametara, primenjenoj terapiji prehospitalno, odgovoru na terapiju i daljem tretmanu pacijenata sa APE. Podaci su obrađeni upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

Rezultati: Tokom 2010. godine u SHMP DZ Bečej pregledano je 8974 pacijenata. Pod dijagnozom kardiogenog APE lečeno je 48(0,54%) pacijenata, 23(47,92%) muškarca i 25 (52,08%) žena. Prosečna životna dob tretiranih pacijenata bila je 71,14±7,91 godina. Kod 3 (6,25%) pacijenta merene su vrednosti sistolnog krvnog pritiska ispod 100 mmHg, kod 35 (72,92%) saturacija kiseonika u perifernoj krvi je bila ispod 90, a 12 (25,00%) pacijenata je imalo frekvencu komorskog odgovora iznad 120 otkucaja u minuti. Nitroglicerina je primenjen prehospitalno kod 30(62,50%) pacijenata, diuretici kod 47(97,92%), morfin kod 15(31,25%), antiaritmici i Dilacor kod 20(41,67%), a kiseonik kod 39(81,25%) pacijenata. Opservirana su 43 (89,58%) pacijenta. Prosečno vreme opservacije je iznosilo 83,78±50,73 minuta. Nakon primene terapije 15 (31,25%) pacijenata je transportovano u bolnicu, 5(10,42%) je upućeno internisti u DZ Bečej, a preostalih 28(58,33%) izabranom lekaru. Mesec dana nakon lečenja preživela su 33 (68,75%) pacijenta, od toga 25 (52,08%) lečenih samo prehospitalno.

Zaključak: U SHMP koja je udaljena od bolnice, pacijenti sa APE se opserviraju nakon primene terapije. U slučaju dobrog odgovora na prehospitalnu terapiju, pacijenti se ostavljaju kod kuće i upućuju izabranom lekaru ili internisti. Ovakav tretman ne smanjuje jednomesečno preživljavanje pacijenata u APE.

89. PRELOM VRATA BUTNE KOSTI -URGENTAN ORTOPEDSKO HIRURŠKI PROBLEM ANALIZA OPERISANIH PRELOMA ZA PERIOD 2008-2010. GOD.

S.Đurić, I.Ivanović, L.Turi, T.Kuđija
OPŠTA BOLNICA, VRŠAC

Uvod: Lečenje preloma vrata butne kosti danas je isključivo u domenu hirurgije. Prelom vrata butne kosti se dešava na patološkom supstratu/osteoporoza/ i dešava se starijim osobama. Nemogućnost hoda, dugo ležanje kod povređenih dovodi brzo do pojave komplikacija/kardiorespiratornih, urinarnih, dekubitalnih promena/, što najčešće rezultira smrtnim ishodom. Samo ranom mobilizacijom povređenih, a to se najlakše i najbrže postiže operativnom ugradnjom parcijalne proteze po AM-u, značajno se izbegava fatalni ishod

Cilj rada: je da ukaže na učestalost preloma vrata butne kosti u starijoj populaciji i neophodnost što ranijeg operativnog zbrinjavanja parcijalnom protezom po Austin Moore-u.



Rezultati: U OB Vršac je u periodu 2008-2010. god. operisano 90 povređenih/20 muškaraca i 70 žena/. Prosečna starost operisanih je za žene 76,5 god., a za muškarce 76,8 god.

Kod 72 pacijenta operacija je urađena u prvih 48 sati nakon povređivanja. Kod 15 povređenih operacija je, zbog korekcije postojećih hroničnih bolesti, urađena u prva tri dana a kod troje petog dana od povređivanja.

Postoperativni smrtni ishod, unutar dva meseca, je bio kod 5 pacijenata.

Zaključak: Samo ranom mobilizacijom starijih osoba sa prelomom vrata butne kosti /rana ugradnja parcijalne proteze po AM-u/ može se značajno smanjiti fatalni ishod kod povređenih.

90. PREHOSPITALNI TRETMAN PACIJENATA SA POVREDAMA OD VATRENOG ORUŽJA

T. Mičić, T. Rajković, S. Ignjatijević, D. Stefanović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Prilikom prehospitalnog zbrinjavanja povređenog pacijenta potrebno je misliti o bezbednosti ekipe hitne medicinske pomoći (HMP), suprotstaviti se pritisku okoline i pružiti adekvatan tretman na licu mesta i tokom transporta.

Prikaz slučaja: Nakon poziva da je napadnuta žena koja sada krvari, bez dodatnih podataka, ekipe na licu mesta dočekuje policija koja daje informaciju da se dogodila pucnjava. Pacijentkinja je zatečena kako sedi, bleđa, sa jakim bolovima u desnoj natkolenici iz koje krvari. Porodica insistira na transportu. Nakon osiguravanja bezbednosti, uočene su 2 ustrelne rane na desnoj natkolenici koje krvare i jedna ustrelna i jedna prostrelna rana na levoj natkolenici kod kojih je krvarenje prestalo. TA je bila 80/50 mmHg, SF 85/min, RF 16/min, koža bleđa i hladna, pulsevi simetrični. Pacijentkinja je postavljena u ležeći položaj, otvoren je venski put, uključen sol. NaCl 0,9% 500 ml, a istovremeno je vršena digitalna kompresija. Povređeni ekstremiteti su previjeni i imobilisani. Pacijentkinja je prebačena do ambulantnih kola, dobila amp. Metamizol-a 2,5 mg u inf, kiseonik 5 L/min, utopljena je i transportovana do bolnice. U toku transporta izvršen je sekundarni pregled. Do prijema stanje pacijentkinje je bilo nepromenjeno.

Diskusija: Prilikom zbrinjavanja svih, a naročito pacijenata povređenih u okolnostima koje potencijalno mogu da se ponove, na prvom mestu je bezbednost. Adekvatan tretman naše pacijentkinje podrazumevao je zaustavljanje krvarenja, previjanje, imobilizaciju, uspostavljanje i.v. linije, nadoknadu volumena, analgeziju, oksigenaciju i utopljanje, jer je samo transport prethodno stabilizovanog pacijenta bezbedan. Potrebno je dodatno razmotriti izbor analgetika.

Zaključak: Za uspešno prehospitalno zbrinjavanje povređenog pacijenta, neophodno poznavati i poštovati preporuke za prehospitalno zbrinjavanje traume. Pri tome je od ključnog značaja opremljenost i uvežbanost ekipa HMP.

Ključne reči: prehospitalno zbrinjavanje, trauma, vatreno oružje.

91. PREHOSPITALNI TRETMAN AKUTNOG TROVANJA OPIJATIMA

N. Vasilijić, E. Miletić, D. Veljković
ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Najčešće korišćena opijatna supstanca je heroin. Heroin je klasifikovan u štetne supstance I klase i njegovo posedovanje, distribucija i korišćenje podleže zakonskim merama.

Cilj rada: je prikaz akutnog trovanja heroinom na terenu, sa slikom vitalne ugroženosti u dvadesetsedmogodišnjeg M.R.iz Knjaževca, usled intravenskog predoziranja heroinom.



Prikaz slučaja: Akcident se dogodio nakon dva sata po izlasku iz Okružnog zatvora Zaječar gde je izdržavao kaznu zbog upotrebe narkotika. Kada je majka ugledala sina na podu kupatila bez svesti, otežanog disanja i sašpicem u ruci, putem telefona poziva Službu hitne pomoći. Pravovremeni izlazak ekipe SHMP, brza dijagnostika na terenu uz pomoć fizikalnog pregleda i heteroanamnestičkih podataka majke kao i adekvatne terapije (uspostavljen venski put i primenjena infuziona terapija, otvaranje disajnih puteva plasiranjem airway-a i postavljanjem pacijenta u koma položaj) a bez specifičnog antidota u torbi, doktoru SHMP ostaje samo da takvog bolesnika transportuje u Hitnu službu, gde nastavlja dalju terapiju. Broj respiracija pada ispod 10/min, plasiramo endotrahealni tubus, primenjujemo asistiranu ventilaciju i aplikujemo specifični antidot Naloxon paranteralno. Zahvaljujući ranom pristupu KPCR, specifičnoj terapiji, pacijentu su vraćene životne funkcije. Pacijent radi lečenja zavisnosti upućen u adekvatnu ustanovu, uz predhodni pregled psihijatra zbog pokušaja suicida.

Zaključak: Predoziranje opijatima jeste ozbiljan medicinski problem koji se na terenu često sreće i budući da je po život ugrožavajuće stanje, iziskuje urgentnu i stručnu dijagnostiku i terapiju. Lekarske torbe doktora Hitne službe na terenu trebalo bi da sadrže specifične antidote, koji bi, edukacijom svih doktora bio primenjivan na terenu samo u indikovanim stanjima.

92. POSTUPANJE SA INFEKTIVNIM MEDICINSKIM OTPADOM U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE

A. Antović, R. Karadžić, M. Milić, M. Zdravković, J. Stojanović
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

Uvod: Priroda posla medicinskog osoblja u službama urgentne medicinske pomoći nosi visoki rizik od akcidentalnog povređivanja pri radu sa infektivnim medicinskim otpadom, prevashodno zbog nužnosti za neodložnim i brzim reagovanjem preduzimanjem brojnih invazivnih medicinskih procedura i specifičnih metoda pri zbrinjavanju pacijenata o čijem se opštem zdravstvenom statusu u vreme ukazivanja urgentne pomoći često nedovoljno zna.

Diskusija: Infektivni medicinski otpad predstavlja otpad nastao pri pružanju zdravstvene zaštite koji sadrži dovoljan broj virulentnih patogenih mikroorganizama da se nakon kontakta sa njim može javiti infektivno oboljenje. Isti podrazumeva otpad koji je rezultat medicinskih intervencija i autopsija na pacijentima sa infektivnim bolestima (tkiva, krv i druge telesne tečnosti, ekskreti i sekreti, kao i materijali ili medicinska oprema koja je bila u kontaktu sa istima); otpad iz kontakta sa pacijentima podvrgnutih hemodijalizi (oprema za dijalizu i dr.); otpad od zaraženih pacijenata iz karantina; otpad zaraženih eksperimentalnih životinja; kulture i rastvori infektivnih agenasa nastalih u laboratoriji; bilo koji drugi materijali i instrumenti koji dolaze u kontakt sa zaraženim osobama ili životinjama (tupferi, gaze, zavoji, igle, skalpeli i drugi oštri instrumenti); otpad iz proizvodnje vakcina i seruma. Neadekvatno postupanje sa infektivnim medicinskim otpadom predstavlja opasnu pretnju po zdravlje zaposlenih u službama urgentne medicine.

Zaključak: Svaka zdravstvena ustanova je u zakonskoj obavezi da obezbedi osnovne preduslove za bezbedno postupanje sa medicinskim otpadom, pri čemu bi donošenje protokola (u smislu obavezne edukacije i upoznavanja osoblja sa opasnostima od manipulacije otpadom; obučavanja osoblja za propisani postupak u akcidentima sa medicinskim otpadom; sprovođenja post ekspozične profilakse u slučaju povređivanja i periodičnih pregleda krvi povređenog na HIV, HBV i HCV; obavezne upotrebe lične zaštitne opreme; upoznavanja sa načinima privremenog i trajnog odlaganja otpada; kontrolu postupanja u skladu sa propisanom procedurom i sl.) predupredilo neželjene posledice na tom polju.



93. PREVENCIJA CRUSH SINDROMA – PREHOSPITALNI I HOSPITALNI TRETMAN- PRIKAZ SLUČAJA

M. Spasić(1), M. Gajić(2), N. Popadić(3), S. Jakovljević(1)

(1)KLINIKA ZA HIRURGIJU, KLINIČKI CENTAR KRAGUJEVAC; (2)ZAVOD ZA HITNU POMOĆ KRAGUJEVAC, (3)KLINIKA ZA ORTOPEDIJU I TRAUMATOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR KRAGUJEVAC

Uvod: Kraš(crush) povreda je kompresija ekstremiteta ili drugih delova tela koja dovodi do oštećenja mišića i traumatske rabdomiolize. Sistemske posledice su: rabdomioliza, elektrolitni i acido bazni disbalans, hipovolemija i akutna bubrežna insuficijencija. Intravenska infuzija neposredno nakon kraš povrede može znatno da umanjiti težinu kraš sindroma.

Cilj rada: Prikaz prevencije crush sindroma pravovremenim prehospitalnim i hospitalnim tretmanom

Prikaz slučaja: Dana 23. 07. 2010. god, u 09,50h, dispečeru je upućen poziv da je pacijent G.S., star 55 godina, zatrpan obrušavanjem zemlje na dubini od oko 3 metra. Ekipa na terenu 4 minuta nakon poziva, zatiče još uvek zatrpanog pacijenta. Nakon iskopavanja, pristupa se ekstrakciji uz pomoć spinalne daske. Pacijent se imobilize za transposrt, otvara venska linija sa Sol NaCl 0,9% uz amp Zodol. U momentu hospitalnog pregleda tim opšteg, grudnog, neurohirurga, anesteziologa i ortopeda konstatuje da je povređeni je bio svestan, orijentisan, hemodinamski stabilan TA-140/100mmHg, tahikardičan SF-115/min, nešto niže saturacije SpO₂-90%, heteroanamnestički gubio je svest, od povreda pregledom se uočava periorbitalno levo krvni podliv, nagnječenje levog hemitoraksa, skraćena i rotirana desna noga. Urađena je MSCD dijagnostika glave i vrata, grudnog koša, abdomena i male karlice, kao i rentgen dijagnostika ekstremiteta i verifikovane su sledeće povrede: minimalne kontuzione zone oba plućna krila, fraktura četvrtog torakalnog pršljena, fraktura vrata desnog femura, fraktura desne pubične kosti, fraktura levog acetabuluma. Kod povređenog nisu zabeležene kliničke manifestacije rabdomiolize, koncentracija kreatin kinaze i mioglobina u plazmi je bila u referentnim vrednostima, nije zabeležen poremećaj bubrežne funkcije. Povređeni je operisan i urađena je osteosinteza desnog femura – DHS. Povređeni je otpušten na kućno lečenje mesec dana nakon povređivanja.

Zaključak: Kraš povrede mogu ozbiljno da ugroze život povređenog. U zbrinjavanju i lečenju povređenih neophodna je saradnja lekarskih timova na prehospitalnom i hospitalnom nivou kako bi se adekvatnim i brzim tretmanom posledice svele na minimum.

Ključne reči: Kraš sindrom, prehospitalni tretman, hospitalni tretman

94. PRELOMI KOSTIJU U RADU SHMP

E.Miletić, D.Mitrović, N.Vasilijić

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

Cilj rada: je da pokaže učestalost prelomakostiju skeleta kodpacijenta SHMP ZC Knjaževac, akoi njihovu zastupljenost u odnosu na pojedine kosti skeleta, pol i starosno doba.

Materijal i metode: Za ispitivanja su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda službe. Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u periodu od 01. 05. 2010.god. do 30. 04. 2011.god., sa osvrtom na osobe sa prelomima kostiju skeleta, njihovo starosno doba, pol i lokaciju preloma.

Rezultati: Učestalost preloma kostiju skeleta kod pacijenata je 2,73 %. Zastupljenost preloma u odnosu na kosti skeleta je sledeća: prelomi radijusa 20,51%, femura 15,38%, kostiju šake 10,26%, klavikule 7,69%, ulne 7,69%, tibije 7,69%, kostiju stopala 7,69%, kostiju lica 5,13%,



rebara 5,13%, humerusa 5,13%, kičmenog pršljena 2,56%, skapule 2,56%, fibule 2,56%. Zastupljenost preloma u odnosu na pol je 56,41% kod žena, a 43,59% kod muškaraca. Starosna struktura osoba sa prelomima kostiju je sledeća: 7,69% je staro do 20 god., 20,51% je između 21-40god, 23,08% je između 41-60god, 43,59% je između 61-80god, 5,13% je preko 80god.

Kod ispitivanih pacijenata najčešćisu prelomiradiusa i femura. Prelomi kostiju u odnosu na pol su nešto češćikod žena.

Zaključak: Prelomi kostiju su najviše zastupljeni u starosnom dobu od 61 do 80god, a njihova učestalost se smanjuje kod mlađih osoba.

95. PRIPRAVNOST U SEKTORSKOJ AMBULANTI

J.Jović(1), K.Ristović(1),R.Krstić(2)

(1)DOM ZDRAVLJA UŽICE, (2) ZAVOD ZA HITNU POMOĆ NIŠ

Cilj: Cilj rada je ukazivanje na značaj postojanja pripravnog lekara u sektorskim ambulantomama i na specifičnost zbrinjavanja urgentnih stanja u ovim uslovima. Pripravnost podrazumeva samostalno ukazivanje prve pomoći od strane lekara van radnog vremena (popodnevnih sati i dani vikenda). Kontakt pacijenata je olakšan činjenicom da se stan lekara nalazi u sklopu ambulante.

Materijal i metode: Analiziran je protokol pacijenata sektorske ambulante Ravnih, teritorija Užice u periodu od maja 2009. god do maja 2011.

Rezultati: U ovom periodu zbrinuto je 39 pacijenata od toga 18 žena i 21 muškaraca. Prosek godina je 51,44, najmlađi pacijent je imao 11, a najstariji 85 god. U četiri slućaja pacijenti su odvećeni kolima HMP. Pacijenata koji su u stabilnom stanju nakon ukazivanja prve pomoći, upućeni su na konsultativne specijalističke preglede bilo je 20. HMP u kućnim uslovima ukazana je 8 puta. Sa pretećno kardiovaskularnim tegobama bilo je 9 (od toga 1 sa AIM i 2 sa anginom pectoris), traumatizovanih pacijenata bilo je 11 (3 iz udesa, 1 sa otvorenim prelomom nadlaktice i 1 sa amputacijom prsta šake), 3 pacijenta sa neurološkim simptomima, jedan sa alergijom. Akcidentalnih stanja je bilo 11(2 ujeda zmije i 9 uboda insekata). Po jedan pacijent se javio zbog respiratornih, gastrointestinalnih, hiperglikemije i krvarenja iz vene.

Ukupno je dato: 10 antitetanusnih zašćita, 11 antibiotika, 2 antiviperina, 10 terapija kiseonikom, 2 analgetika, 5 antihipertenzivnih terapija, 10 kortikosteroida, 10 antihistaminika. Hemostaze 3, obrade rane 9, a imobilizacije dve.

Zaključak: Znaćaj postojanja pripravnog lekara u sektorskoj ambulanti je višestruk: ukazivanje prve pomoći, opservacija, rasterećenje SHMP. Dobra opremljenost ambulante, standardizacija dostupnih lekova su preduslovi adekvatnog zbrinjavanja pacijenata. Broj pacijenata zbrinutih na terenu bio bi veći da lekar na raspolaganju ima vozilo za kućne posete. Obzirom na razmolikost patologije postoji potreba za stalnom edukacijom, posebno iz oblasti urgentnih procedura.

Ključne reći: pripravnost, prva pomoć

96. SKLOPETARNE POVREDE ŠAKE

T.Palibrk(1), S.Anđelković(1), S.Milutinović(1), B.Starćević(1), M. Bumbaširević(1),

J.Mihajlović(2)

KLINIĆKI CENTAR SRBIJE, BEOGRAD, (1) KLINIKA ZA ORTOPEDSKU HIRURGIJU I TRAUMATOLOGIJU, (2) CENTAR ZA ANESTEZIOLOGIJU I REANIMATOLOGIJU

Uvod: Sklopetarne povrede šake, iako retke, zbog sile koja deluje na mekotkivne i koštane strukture ostavljaju znaćajan stepen invalidnosti. Adekvatno inicijalno zbrinjavanje, kao i



primarna rekonstrukcija krvnih sudova, nerava, tetivno-mišićnog i koštanog tkiva mogu smanjiti posledični invaliditet i povećati mogućnost uspostavljanja normalne funkcije šake.

Cilj: rada je da se prikaže značaj inicijalnog zbrinjavanja sklopetaarnih povreda šake kao i da se naglasi značaj primarne rekonstrukcije povređenog tkiva.

Materijal i metode: Na odeljenju Mikrohirurgije UC u poslednje tri godine zbrinuto je 17 pacijenata sa sklopetaarnim povredama šake. Svi pacijenti su nakon adekvatne obrade rane i hemostaze u okviru hitne službe operisani u roku od 8 sati od povređivanja. Primarno su rekonstruisana sva povređena tkiva. Pacijenti su lečeni su trojnom antibiotskom terapijom. Prošli su tretman u hiperbaričnoj komori. Nakon sanacije rana i preloma sprovedena je fizikalna terapija.

Rezultati: Rekonstrukcija koštanog tkiva je rađena kod 15 pacijenata. Kod 9 pacijenata je rađena rekonstrukcija tetiva. Kod 8 pacijenata je rađena rekonstrukcija digitalnih nerava i n.medijanusa. Revaskularizacija je rađena kod 4 pacijenta. Kod 2 pacijenta došlo je do postoperativne infekcije koja je naknadno sanirana antibioticima a prema antibiogramu. Kod svih pacijenata došlo je do sanacije preloma. Kod jednog pacijenta urađena je amputacija kažipsta kao posledica teškog oštećenja vaskularnih struktura.

Zaključak: Inicijalna obrada rane, koja uključuje mekotkivni i koštani debridman, toaletu rane i hemostazu kao i hirurško zbrinjavanje u prvih 8 sati od povrede značajno smanjuju mogućnost nastanka postoperativne infekcije. Primarna rekonstrukcija svih povređenih struktura smanjuje postoperativne komplikacije, dužinu hospitalizacije i posledični invaliditet.

97. TRAUMA KOD DECE- DA LI SU DECA ODRASLI U MALOM?

I.Ilić, D. Gostović, A. Stojilković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Deca nisu odrasli u malom. Razlikuju se od odraslih u sledećem: teže se uspostavlja kontakt sa njima, vitalni anatomsko-fiziološki parametri su drugačiji, pojedini mehanizmi povreda su učestaliji, imaju različit odgovor na istovetan mehanizam povrede.

Cilj rada: Ukazati na razlike dece i odraslih koje imaju značaja prilikom zbrinjavanja povređenog deteta.

Materijal i metod: Analiza dostupne literature preko Konzorcijuma biblioteka Srbije za objedinjenu nabavku (KoBSON), kroz odrednice: deca, trauma, specifičnosti.

Diskusija: Komunikacija i utvrđivanje nivoa svesti je otežano naročito kod male dece zbog nerazvijenog smislenog govora, a kod veće dece zbog straha. Najčešći uzroci povreda su: padovi, saobraćajne nesreće, opekotine i zlostavljanje.

Vitalni znaci se razlikuju po dobnim grupama i u odnosu na odrasle. Najčešće su povrede glave, zbog disproporcije veličine i težine glave u odnosu na telo. Disajni putevi su podložni opstrukciji zbog relativno velikog i flacidnog jezika ili zbog knikovanja hiperfleksijom ili hiperekstenzijom vrata, zbog izraženog potiljačnog dela glave. Deca imaju elastičan torakalni zid, tako da su prelomi ređi, ali je zato pulmonalna kontuzija česta, kao i povrede unutrašnjih organa. Abdomen: Jetra i slezina su proporcionalno uvećane i spuštene, tako da su tupe povrede ovih organa češće. Ekstremiteti: deca imaju savitljive kosti, te je za frakturu je potrebna veća sila. Gubitak krvi: deca imaju relativno mali volumen krvi, pa i manji gubitak krvi dovodi do šoka. Termoregulacija: nezreli termoregulacioni mehanizam i nepovoljan odnos površine i mase tela čine hipotermiju verovatnijom. Emocionalna trauma je važan faktor. Najčešće je uzrokovana strahom od povrede i odvajanjem od roditelja.

Zaključak: Doktori u hitnoj pomoći osećaju nelagodnost i zabrinutost prilikom zbrinjavanja povređenog deteta. Razlog su navedene razlike i nedovoljno iskustvo u zbrinjavanju istih.



98. TUPA TRAUMA ABDOMENA-KADA JE SPOLJA NIŠTA A UNUTRA IPAK NEŠTO

D. Janković; S. Mitrović; M. Milenković; D. Ševo
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Pacijenti koji su pretrpeli tupu povredu abdominalne regije i dalje predstavljaju dijagnostički i terapijski izazov kako prehospitalno tako i u bolničkim uslovima. Cilj je pravovremeno reagovanje uz korišćenje svih raspoloživih resursa kako bi se sprečili neželjeni smrtni ishodi.

Izvori podataka: Kompjuterizovane baze podataka, knjige sažetaka, zbornici radova, članci, knjige.

Izbor podataka: Uvid i analiza 28 revijalnih članaka, 5 retrospektivnih i 3 prospektivne studije kao i većeg broja članaka objavljenih u stručnim časopisima. Kriterijum za klasifikaciju je relevantnost na tupe povrede abdomena sa osvrtom na dijagnostičke procedure, terapiju (konzervativnu i hiruršku) i prediktore ishoda pacijenta.

Sinteza pregleda: Morbiditet i mortalitet u mnogome zavise od blagovremeno pravilno postavljene dijagnoze, primene adekvatnog lečenja kao i od obima i težine povređivanja. Pristup traumatizovanom pacijentu mora biti usmeren kroz poštovanje algoritama dijagnostičke procene i reanimacije, kado bi se utvrdila potreba za ranom hirurškom intervencijom kod hemodinamski nestabilnih pacijenata kao i procenom specifične povrede organa kod stabilnih pacijenata. Prednosti konzervativnog lečenja je moguće iskoristiti samo u uslovima kada su isključene povrede za koje je neophodno hirurško zbrinjavanje. Zakasnela primena terapije nosi rizike komplikovanog toka bolesti i lošeg ishoda.

Zaključci: Prehospitalni fizikalni pregled pacijenta sa sumnjom na tupu povredu abdomena je u mnogome ograničen okolnostima i specifičnostima terenskog rada. Fizikalni znaci povreda su često slabo izraženi, nejasni a nekada i potpuno odsutni. Postavljanje sumnje na postojanje povrede intraabdominalnih organa i struktura, a zatim i pravilan dijagnostički i terapijski pristup imperativ su za pravilno zbrinjavanje pacijenta.

99. UZROCI GLAVOBOLJA U OPŠTOJ PRAKSI

B.Joković, S.Novaković
DOM ZDRAVLJA ZVEZDARA, BEOGRAD

Uvod: Glavobolja je jedno od najčešćih bolnih stanja, koje se češće se javlja kod žena. Dokazano je da je glavobolja u 90% slučajeva rezultat blagog poremećaja prouzrokovanog emocionalnom napetošću ili stezanjem mišića glave i vrata prouzrokovanog nepravilnim položajem vratnog dela kičmenog stuba.

Takođe, mogu je uzrokovati povišena temperatura, grip ili stres, apstinencija od kafe i alkohola, upale uha, ždrela i sinusa, bolesti zubi i desni, kao i neki lekovi.

Cilj rada: Ustanoviti najčešće uzroke glavobolja na opštoj praksi.

Metod rada: retrospektivna analiza osoba sa glavoboljama starosti od 45 do 65, oba pola u periodu januar – maj 2011 u DZ Zvezdara.

Rezultat: Ispitano je 154 osobe sa simptomima glavobolje, 102 ženskog i 52 muškog pola i nađeno je da je statistički značajnije učestalija glavobolja kod žena (66,4%). Najčešći uzroci glavobolja su bili: psihogeni uzroci po tipu tenziona glavobolje (36,4%) i to 4 puta češće kod žena, cervikalni sindrom (23,2%), hipertenzija (15,6%), oboljenja respiratornog trakta i uha (11,6%), migrene (8,2%), dok su ostali uzroci (neurološki, lekovi, bolesti zuba) zastupljeni sa 5%. Žene generalno imaju statistički značajno više uzroke glavobolje zbog migrene i cervikalnog sindroma.



Zaključak: Glavobolje su česte u ordinaciji lekara opšte prakse i učestalost pojedinih uzroka upućuje da se mere prevencije mogu usmeriti ka promociji zdravog načina života u smislu borbe protiv stresa, edukacijom pravilnog držanja kičme i smanjenje drugih faktora rizika.

100. UTICAJ ŽIVOTNOG STANDARDA NA REGULISANOST ASTME

B.Obradović, M. Ilić, B.Lazić, O.Đorić Knežević, O.Milović
DOM ZDRAVLJA STARI GRAD, BEOGRAD

Uvod: Poslednjih godina je zapažen veliki porast oboljevanja od bronhijalne astme, kako u razvijenim zemljama, tako i u našoj sredini. Prema proceni svetste zdravstvene organizacije preko 150 miliona ljudi u svetu (4 do 12% populacije) ima astmu i ovaj broj se konstantno povećava.

Cilj rada: Razotkrivanje uticaja životnog standarda na regulisanost astme kod 126 pacijenata obolelih od bronhijalne astme u Domu Zdravlja Stari grad.

Materijal i metode: Podaci o bolesnicima su dobijeni analizom medicinske dokumentacije (zdravstvenog kartona). Za period od 01.02.2010.god. do 31.01.2011.god. Obuhvaćeno je 126 bolesnika i svi su dali saglasnost za ispitivanje, bolesnici su podeljeni u 3 kategorije:

I Dobro regulisana bolest, gde bolesnik troši do 2 brzodelujuća bronhodilatatora.

II Optimalno regulisane, gde bolesnik troši 2 do 6 brzodelujućih bronhodilatatora.

III Neregulisane astme, gde bolesnik troši od 6 do 16 brzodelujućih bronhodilatatora.

Svi ispitanici su odgovarali na pitanje, da li pad životnog standarda povećava količinu trošenja brzodelujućih bronhodilatatora.

Rezultati: Grupa sa dobro regulisanom astmom broji 20 bolesnika (15,87%), i 100% je dala negativan odgovor da pad životnog standarda ima uticaj na količinu trošenja brzodelujućih bronhodilatatora. Grupa sa optimalno regulisanom astmom broji 24 bolesnika (19,04%) i 13 bolesnika (54,17%) je dala pozitivan odgovor. Grupa sa neregulisanom astmom broji 82 bolesnika (65,07%) i 75 bolesnika (91,46%) je kao uzrok povećanom korišćenju brzodelujućih bronhodilatatora navelo pad životnog standarda. Brzodelujući bronhodilatatori se dobijaju na lekarski recept, bez participacije.

Zaključak: Rezultati ukazuju da pad životnog standarda značajno utiče na regulisanost astme, jer se najviše koriste brzodelujući bronhodilatatori, kod kojih se ne plaća učešće.

Ključne reči: Bronhijalna astma, regulisanost, životni standard

101. URGENTNA TRAHEOTOMIJA KOD POLITRAUMATIZOVANOG PACIJENTA

A.Dimić(1), J.Jović(2), B.Radisavljević(1), S.Mitrović(1)

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

Uvod: Akutno nastala kompletna opstrukcija disajnih puteva je jedno od najurgentnijih stanja u medicini. Traheotomija je urgentna procedura kojom se obezbeđuje prohodnost disajnih puteva otvorom na traheji.

Cilj rada: Prikazom slučaja ukazati na značaj obučenosti kadrova za izvođenje urgentne traheotomije.

Prikaz slučaja: Prezentovan je pacijent, star 35 godina, povređen u saobraćajnom udesu kao vozač motocikla. Po dolasku ekipe pacijent u sedećem položaju, svestan, u inspiratornom stridoru, cijanotične boje kože i vidljivih sluzokoža, sa potkožnim emfizemom u gornjoj trećini grudnog koša i u vratnoj regiji, orošen znojem. Srčana frekvenca 110/min., respiratorna 20/min. Urađena je stabilizacija vratne kičme Šancovom kragom, pacijent postavljen u sedeći položaj,



uključen kiseonik sa protokom 15l/minuti, otvorena periferna intravenska linija i uključena infuzija kristaloida. Pri protoku kiseonika 15 L/min. saturacija je 96-97%. Tokom transporta pacijent agitiran. Sediran sa 5 mg midazolama intravenski.

U prijemnoj ambulanti Klinike za hirurgiju saturacija pada na 64%, pacijent prestaje spontano da diše. Urađena je urgentna traheotomija i rekonstrukcija larinksa od strane specijaliste otorinolaringologije. Iza toga pacijent je priključen na mehaničku ventilaciju do potpune stabilizacije vitalnih parametara.

Pacijent je hospitalizovan na Klinici za opštu hirurgiju, gde je urađena kompletna rendgen i MSCT dijagnostika. Dijagnostikovani prelom grudne kosti i obostrani pneumotoraks, urađena bilateralna drenaža toraksa. Konsultovani su otorinolaringolog i neurohirurg, zbog kontuzije vrata. Iza toga pacijent se prevodi na Kliniku za otorinolaringologiju, gde se indirektnom laringoskopijom evidentira otok levog hemilarinksa, koji je mobilan, a prostor za disanje insuficijentan. Načinjen dekanilman, a traheostoma zarasta per secundam.

Zaključak: Kod pacijenata povređenih u saobraćajnim nesrećama je neophodna kompletna procena vitalnih parametara. Kod povrede larinksa primarno se vrši procena prohodnosti vazdušnih puteva. Cijanoza i stridor su indikatori za momentalnu intervenciju. Intubacija akutno traumatizovanog vazdušnog puta može biti opasna i dovesti do totalne opstrukcije vazdušnih puteva. Stoga treba urgentno izvesti traheotomiju ili u nekim slučajevima konikotomiju.

102. UJED ZMIJE

J.Jović(1,2), A. Dimić(2) K.Krasić(3), S.Curić(4) I.Curić(5)

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

(3)MEDICINSKI FAKULTET KRAGUJEVAC, (4)DOM ZDRAVLJA MOSTAR, (5)KLINIČKA BOLNICA MOSTAR, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

Uvod: Ujed zmiije je kao zanemarenu tropsku bolest dodala SZO u aprilu 2009. U Srbiji postoje dve vrste otrovnica: šarka (*Vipera berus*) i poskok (*Vipera ammodytes*). Poskok ima jak otrov. Ne treba zanemariti mogućnost ujeda egzotičnih zmiija koji se čuvaju kao kućni ljubimci. Simptomi idu od lokalnog otoka, bola, mučnine, povraćanja, hipotenzije do anafilakse. Perzistentan cirkulatorni šok, produženi gastrointestinalni i teški neurološki simptomi, brza progresija edema su životno ugrožavajuće komplikacije.

Izvor podataka: Prenzel F et al. Adder bites--clinical picture, diagnosis and management, *Dtsch Med Wochenschr.* 2008;133(20):1075-80; <http://www.aafp.org/afp>; David A Warrell, Snake bite *Lancet* 2010;375:77-88; David Williams et al. The Global Snake Bite Initiative: an antidote for snake bite *Lancet* 2010;375:89-91; Zajkowska J et al. *Vipera berus* bite-epidemiology, clinical symptoms and review of treatment methods; *Przegl Epidemiol.* 2010;64(3):387-93.; Persson H. Envenoming by European vipers antivenom treatment--influence on morbidity. *Przegl Lek.* 2001;58(4):223-5; Osobitosti ugriza zmiija u mostarskom gravitacionom području, Bosna i Hercegovina, 1983-2006, Ivo Curić i sar.

Sinteza pregleda: Iako postoji nesklad (zbog različitih vrsta zmiija i efekta otrova) preporuke se slažu u sledećem: skinuti odeću i nekit sa povređenog mesta, obezbediti venski put i što brži transport do bolnice. Postoji kontraverza oko kompresije i imobilizacije kod prve pomoći (pritisak između 40 i 70 mmHg na gornjim, 55 i 70 mmHg na donjim extremitetima je optimalan). Opasno je ako se nestručno izvede a gubi se dragoceno vreme. Metoda se opravdava time da su molekuli otrova veliki i treba više vremena da uđu u krv. Kontraindikovano je zasecanje, isisavanje i hlađenje rane, davanje NSAIL, alkohola. Zavisno od mesta i vremena prošlog od ujeda, stanja pacijenta, terapijska doza je 5-10 ml antiviperinuma. Način aplikacije i dozu utvrđuje lekar u zavisnosti od preporuka proizvođača seruma.



Zaključak: Potrebno je sticanje pouzdanih informacija o učestalosti i smrtnosti od ujeda zmija, jedinstveni terapijski pristup, dovoljna količina antiviperinuma. Značajna je obuka iz prve pomoći i mere prevencije (rukavice, prikladna odeća, obuća pri određenim delatnostima).

Ključne reči: ujed zmije terapija ujeda zmije

103. VERTIGINOZNI SINDROM U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

M.Vučurević, B. Joković

DOM ZDRAVLJA ZVEZDARA, BEOGRAD

Uvod: Vrtoglavica je poremećaj orijentacije u prostoru koji se manifestuje snažnom iluzijom kretanja u prostoru. Vertiginozni sindrom se javlja najčešće usled cerebro-vaskularnih promena, vratne spondiloze, hipertenzije, oboljenja uha.

Cilj rada: Utvrditi učestalost vertiginoznog sindroma u opštoj praksi.

Metod rada: Istraživanje je vršeno retrospektivnom analizom iz zdravstvenih kartona u DZ Zvezdara ogranak Mirjevo periodu oktobar 2010 - mart 2011. Obuhvaćena je populacija od 122 pacijenata oba pola, starosti od 45 do 65 godina.

Rezultati: Retrospektivnom analizom ispitano je 78 osoba ženskog pola i 44 muškog pola sa simptomima vrtoglavice. Pacijenti su prošli kliničku dijagnostičku obradu i nađeno je da 65,2% ima hipertenziju, a od toga 78,1% koristi redovnu antihipertenzivnu terapiju. Hipertenzija je podjednako zastupljena u oba pola.

Vertigo se kod 35,6% ispitanih javlja posle uzimanja antihipertenzivne terapije zbog ortostatske hipotenzije i statistički značajno više kod žena. Otogeni uzroci (hronični medijalni otitis, Menijer, toksična oštećenja i dr.) su prisutni kod 45,6% ispitanika. Anemija kao uzrok se pojavljuje u 24,4% ispitanika i statistički značajno više kod žena. Aritmije srca se pojavljuju kao uzrok u 17,8% ispitanika i to pretežno paroksizmalna supraventrikularna aritmija. Neurološke bolesti (psihogeni, TIA, VBI migrena, tumori, hipoglikemija) su ustanovljene kod 51,5% ispitanika kao uzrok vertiga. Statistički najčešći neurološki uzrok je VBI uz prisustvo spondiloze vratne kičme. Ostali uzroci (virusne infekcije, srčane mane i oboljenja i dr) su prisutne u samo 5,6% ispitanika.

Zaključak: Postavljanje tačne dijagnoze omogućuje niz dijagnostičkih postupaka: od ORL pregleda, preko neurološkog i očnog pregleda, nalaza fizijatra ili ortopeda, pretraga srca i krvnih sudova, pa sve do psihijatrijskog ispitivanja. Nakon toga određuje se način lečenja. Prevencija vertiga podrazumeva borbu protiv loših stilova života.

Ključne reči: vrtoglavica, hipertenzija, paroksizmalna supraventrikularna tahikardija

104. ZBRINJAVANJE VENTRIKULARNE FIBRILACIJE U TERENSKIM USLOVIMA HITNE MEDICINSKE POMOĆI U NOVOM PAZARU

F.Pašović, A.Husović, D.Husović

ZDRAVSTVENI CENTAR NOVI PAZAR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Cilj rada: da se prikažu mere kardiopulmonalno cerebralne reanimacije (KPCR) prehospitalno i neophodnost blagovremenog i adekvatnog započinjanja mera KPCR u terenskim uslovima, na mestu gde se incident desio, kao i tokom transporta do koronarne jedinice internog odeljenja.

Prikaz slučaja: KPCR je rađena muškarcu starom 65 godina, kod koga je akutni infarkt prednjeg srčanog zida komplikovan ventrikularnom fibrilacijom doveo do prestanka cirkulacije, disanja i gubitka svesti. Ekipa hitne pomoći je primila poziv da je muškarcu starosti oko 65 godina pozlilo na ulici, da je izgubio svest i prestao da diše. Po prijemu poziva ekipa hitne pomoći je krenula na teren, i nakon četiri minuta stigla na mesto događaja, gde je zatekla starijeg muškarca bez svesti,



disanja i pulsa. Odmah su započete mere KPCR, masaža srca i ventilacija ambu-balonom 30:2 i otvorena je venska linija. Nakon toga na monitoru defibrilatora (DEF) je verifikovana ventrikularna fibrilacija (VF) te je pacijent defibriliran sa 180 J (bifazni defibrilator) i nastavljena KPCR masažom srca i ventilacijom. Data je jedna ampula Adrenalina i.v. Ponovo je na monitoru DEF-a bila prisutna VF, te je pacijent defibriliran sa 180J. Nakon toga pacijent je napravio jednu spontanu insuflaciju vazduha i na monitoru defibrilatora konstatovana je tahiaritmija frekvence 130-150/min. Pacijent je prebačen u terensko vozilo gde mu je data ampula Amiodarona 300mg i.v. i kiseonik preko maske 7 L/min. U toku transporta pacijent je sponatno disao, palpira se karotidni puls ali je i dalje bio bez svesti. Transportovan je u koronarnu jedinicu internog odeljenja u Novom Pazaru gde je elektrokardiografski verifikovan akutni infarkt prednjeg srčanog zida. Nakon dva sata dobili smo informaciju da je pacijent stabilnih vitalnih funkcija i da je došao svesti.

Zaključak: Za uspešnost KCPR neophodno je u što kraćem vremenskom intervalu od nastupanja cardiac arresta započeti reanimacione mere

Ključne reči: KCPR, ventrikularna fibrilacija, defibrilacija.

105. ZNAČAJ MONITORINGA KOD TRANSPORTA KOPNENIM-VAZDUHOPLOVNIM PUTEVMA VITALNO UGROŽENIH PACIJENATA SA POLITRAUMOM

S.Ivanović, A.Ivanović, D.Đorđević, Z.Ilinčić, L. Ivanović
POLIKLINIKA "ANLAVE", BEOGRAD

Cilj rada: Politrauma se definiše kao povreda dva ili više organa ili organskih sistema od kojih bar jedna, posredno ili neposredno ugrožava život povređenog. Danas se češće koristi termin TEŠKA TRAUMA na osnovu primene određenih scoring sistema (Injury severity score-ISS, Glasgow coma scale-GCS) kojima se može proceniti mortalitet povređenih. Kontinuirano praćenje vitalnih parametara tokom transporta je od izuzetne važnosti i može uticati na konačni ishod lečenja ovih pacijenata.

Materijal i metode: U dvadesetogodisnjem periodu (1991-2011) interventni tim Klinike „ANLAVE“ je transportovao 135 pacijenata sa teškom traumom između bolesničkih ustanova. Transport je vršen kopnenim (sanitetski automobil) ili vazdušnim putem (helikopter, avion). Kod svih bolesnika su kontinuirano praćeni i zapisivani vitalni parametri uz primenu savremenog monitoringa (EKG, krvni pritisak, pulsna oksimetrija, kapnometrija). Posebno su evidentirane medicinske komplikacije tokom transporta.

Rezultati: U toku transporta ovih bolesnika nije bilo smrtnih ishoda. Od komplikacija najčešći problemi su vezani za održavanje disajnog puta (35 pacijenata) i mehaničku ventilaciju (20 pacijenta). Kardiovaskularna nestabilnost je zabeležena kod 30 pacijenata. Sve ove komplikacije su rešene tokom transporta. Prema podacima iz zdravstvenih ustanova u daljem toku lečenja umrlo je 45 pacijenta.

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



106. ZNAČAJ KONTINUIRANOG MONITORINGA TOKOM TRANSPORTA BOLESNIKA SA TEŠKOM KRANIOCEREBRALNOM POVREDOM- NAŠE DVADESETOGODIŠNJE ISKUSTVO

S.Ivanović, A.Ivanović, D.Đorđević, Z.Ilinčić, L. Ivanović
POLIKLINIKA "ANLAVE", BEOGRAD

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

U toku transporta je neophodna primena lekova iz grupe sedativa, analgetika i mišićnih relaksanata.

Cilj: da se ukaže da kontinuirano praćenje vitalnih parametara tokom transporta je od izuzetne važnosti i može uticati na konačni ishod lečenja ovih bolesnika. Pored osnovnog monitoringa (EKG, krvni pritisak, diureza) sve više je u upotrebi i prošireni monitoring (pulsna oksimetrija, kapnometrija, parametri mehaničke ventilacije, intrakranijalni pritisak, praćenje moždane aktivnosti).

Materijal i metode: U dvadesetogodišnjem periodu (1991-2011) interventni tim Klinike "Anlave" je transportovao 70 bolesnika sa teškom kraniocerebralnom povredom između bolesničkih ustanova. Transport je vršen kopnenim (sanitetski automobil) ili vazdušnim putem (helikopter, avion). Kod svih bolesnika su kontinuirano praćeni i zapisivani vitalni parametri uz primenu savremenog monitoringa (EKG, krvni pritisak, pulsna oksimetrija, kapnometrija). Posebno su evidentirane medicinske komplikacije tokom transporta.

Rezultati: U toku transporta ovih bolesnika je bilo 2 smrtna ishoda. Od komplikacija najčešći problemi su vezani za održavanje disajnih puteva

(12 bolesnika), mehaničku ventilaciju (9 bolesnika), dok je kardiovaskularna nestabilnost zabeležena kod 10 bolesnika. Sve ove komplikacije su rešene tokom transporta. Prema podacima iz zdravstvenih ustanova u daljem toku lečenja umrlo je 15 bolesnika.

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

107. ZNAČAJ OPSERVACIJE U PREHOSPITALNOM LEČENJU

D.Petković, I.Jovanović, M.Milenković
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Uvod: Lekari hitne pomoći se svakodnevno sreću sa pacijentima obolelim od hroničnih bolesti. S obzirom na starosnu strukturu stanovništva i povećanu prevalencu hroničnih masovnih nezaraznih bolesti kod populacije, javlja se problem preplitanja akutnih i hroničnih stanja. Mogućnost opserviranja pacijenata u prehospitalnim uslovima olakšava ovaj problem.

Cilj rada: Naš cilj je bio da pokažemo značaj opservacije u prehospitalnom lečenju.

Metod: Prikazan je slučaj lečenja pacijenta lečenog u opservacionoj jedinici.

Prikaz slučaja: Ekipa HMP Niš odlazi na poziv koji je prijavljen kao HOBP. Zatiče pacijentkinju staru 86 god koja boluje od hronične obstruktivne bolesti pluća i koja je 5 dana febrilna. Lečena je od strane lekara opšte prakse i pulmologa svakodnevnim infuzijama sa Amp Aminofillinum i Amp Dexason na 12h. Bez obzira što poboljšanja nije bilo, pacijentkinji nije urađena dodatna



dijagnostika (laboratorija i Rtg pluća) ordinirana je terapija bronhodilatatorima i kortikosteroidima. Pri pregledu pacijentkinja je svesna, orjentisana, febrilna, slabo uhranjena, tahipnoična i dispnoična sa učestalim i iscrpljujućim kašljem. Vitalni parametri: TA110/70mmHg, SF 100/min, RF 26, SaO₂ 95%, Šuk 5,2 mmol/l Temp 38,3C, urađen EKG, p pulmonale, desna osovina, bez promena na QRS i ST segmentu. Nalaz na plućima: visokotonski tonovi i oslabljen disajni šum nad desnim plućnim krilom. Nad tom površinom perkutorna tmulost. S obzirom da postoji mogućnost laboratorije u opservaciji ZHMP, lekar odlučuje da se pacijentkinja transportuje do opservacije na dalju dijagnostiku i lečenje.

Pacijentkinji po prijemu u opservaciji urađena Lab koja je pokazala WBC 45,4 ×10⁹. Od terapije je dobila Sol NaCl 0,9 % 500 ml, Amp. Aminophillinum No1 i Amp. Dexason No1 u infuziji. Upućena pulmologu pod Dg. Bronchopneumonia lat dex.

Zaključak: Opservacija omogućuje praćenje bolesnika i izvođenje osnovnih dijagnostičkih procedura i na taj način olakšava diferencijalnu dijagnostiku. U našem slučaju pomogla je da otkrijemo pozadinu febrilnosti kod pacijentkinje sa HOBP.

Ključne reči: opservacija, lab, hobbp

108. ZNAČAJ RANOG OPERATIVNOG LEČENJA MALEOLARNIH PRELOMA ANALIZA OPERISANIH PRELOMA OPERISANIH PRELOMA ZA PERIOD 2008-2010.GOD.

S.Đurić, I.Ivanović, L.Turi, T.Kuđija

OPŠTA BOLNICA VRŠAC

Uvod: Oni maleolarni prelomi koji se konzervativnom terapijom-ortopedskom repozicijom ne mogu zadovoljavajuće rešiti zahtevaju rano operativno zbrinjavanje unutar 6-8 sati.

Brza pojava otoka, krvnog podliva i buloznih promena kože, razlog su ranog operativnog tretmana. Weber-ova podela maleolarnih preloma /A,B,C,/ je najznačajnija podela za ortopedičare.

Cilj rada: je da ukaže na neophodnost ranog operativnog lečenja maleolarnih preloma zbog izvesnih komplikacija koje kompromituju uspeh lečenja.

Rezultati: U periodu 2008-2010. god. na ortopedskom odeljenu OB Vršac je operisano 38 pacijenata sa jednim od tri tipa maleolarnih preloma-21 žena i 17 muškaraca. Desni skočni zglobovi je operisan kod 22 pacijenta, levi kod 16 pacijenata. Maleolarni prelom TIP A nije operisan/konzervativno dobijena dobra repozicija/, TIP B 31 operisan a TIP C -7 hirurških zahvata.Prelom lateralnog maleolusa je, nakon repozicije stabilizovan olučastom pločom sa šrafovim-66%, Rush klinom-29%, kortikalnim šrafom-5%. Medijalni maleolus se nakon repozicije stabilizovao maleolarnim šrafom i Zuggurtung metodom. Kod TIP-a C u 5 slučajeva se radila transfiksacija tibiofibularne sindesmoze kortikalnim šrafom.

Zaključak: Operativnim lečenjem dislociranih maleolarnih preloma, u optimalnom roku, dobija se stabilna repzicija i izbegavaju se komplikacije-otok, krvni podliv, bule-koje bi kompromitovale lečenje.



109. ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEM U SHMP OD KARTONA DO ELEKTRONSKOG DOSIJEJA

T. Radovanović, M. Vidović

DOM ZDRAVLJA TEMERIN, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Uvod: Zdravstveni informacioni sistem (ZIS) je deo opšteg informacionog sistema i podrazumeva mehanizam za prikupljanje, obradu i analizu informacija potrebnih za organizaciju i sprovođenje zdravstvene zaštite.

Cilj rada: Prikazati naše iskustvo, organizaciju i funkcionisanje ZIS i E- kartona

Materijal i metode: Retrospektivna analiza rada ZIS i E- kartona u SHMP.

Rezultati rada: ZIS i E- karton u Domu zdravlja Temerin uveden je januara 2006 godine. Komponente ZIS čine: **E-karton, sistem zdravstvene statistike i menadžmenta, finansijski sistem, baze podataka, telemedicina.**

Tokom 5 godina postojanja ZIS formirana je baza podataka koja sadrži 30 000 aktivnih kartona. Sve službe u našoj ustanovi međusobno su povezane i poseduju jedinstvenu bazu podataka. E-karton omogućava lekaru jednostavan i funkcionalan rad. Kompletna kartoteka pacijenata u zdravstvenoj ustanovi je u elektronskom obliku. E- karton omogućava lekaru brz uvid u: istoriju medicinskih dokumenata, dijagnoza, terapija, snimaka i kliničkih informacija. U slučaju kada pacijent poseti više različitih ambulanti oktopod obezbeđuje usaglašenost podataka u E-kartonu. Prednost korišćenja ZIS posebno dolazi do izražaja pri kreiranju statističkih izveštaja. e-K Faktura predstavlja aplikaciju namenjenu fakturisanju usluga fondu RZZO. K-Administrator je aplikacija namanjena kompletnoj administraciji ZIS i pruža administratorima potpunu kontrolu nad sistemom. Telemedicina predstavlja način da se, uz korišćenje savremenih informatičkih i komunikacionih tehnologija, omogući prenos medicinskih podataka sa jednog na drugo mesto.

Zaključak: Vrednost ZIS može se izraziti u formuli 5 P **prava** informacija o **pravom** pacijentu dostupna **pravoj** osobi na **pravom** mestu u **pravo** vreme. ZIS nam omogućava da se: unapredi kvalitet, bezbednost, dostupnost i ažurnost pružene zdravstvene zaštite, podrže informisanije zdravstvene odluke, redukuju troškovi a rad medicinskog osoblja čini transparentnim.

110. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA DVADESET PRVOG VEKA U SVETLU NOVIH PROPISA: ZAŠTITNIK PRAVA PACIJENATA U HMP

B.Pavlović

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

Ljudska prava i vrednosti u zdravstvenoj zaštiti i prava i dužnosti pacijenata - Narodna skupština Republike Srbije na zasedanju 28.11.2005. godine donela je tri važna zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o komorama zdravstvenih radnika, koji su objavljeni u "Sl. glasniku RS", br. 107/2005 od 2.12.2005. godine, a stupili na snagu 10.12.2005. godine. Donošenje ovih propisa od posebnog je značaja, budući da se na osnovu njih uređuju najvažniji segmenti ljudskog postojanja - život i zdravlje. U ostvarivanju zdravstvene zaštite posebno su formulisana sledeća načela: pristupačnost, pravičnost, sveobuhvatnost, kontinuiranost i efiksanost zdravstvene zaštite; stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite.

Poštovanje najvišeg standarda i ljudskih prava i vrednosti.

Početkom 21.og veka težnja zakonodavca je bila da napravi moderan evropski zakon i da ugradi evropske standarde iz međunarodnih dokumenata u domaći pravni sistem. Predviđeno je da svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrednosti.



SEDMI KONGRES URGENTNE MEDICINE SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM
Zrenjanin, 15 - 18. septembar 2011. godine



Prava pacijenata

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti utvrđena je čitava lepeza pacijentovih prava i to: pravo na dostupnost zdravstvene zaštite; pravo na informacije; pravo na obaveštenje; pravo na slobodan izbor; pravo na privatnost i poverljivost informacija; pravo na samoodlučivanje i pristanak; pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju; pravo na tajnost podataka; pravo pacijenata nad kojim se vrši medicinski ogled; pravo na prigovor; pravo na naknadu štete.

Lekari GZZHMP Beograd, moraju da ukažu hitnu medicinsku pomoć u bilo koje doba dana i na bilo kojem mestu. Zaštitnik pacijentovih prava, pokreće i sprovodi postupak zaštite prava pacijenata po prigovoru pacijenta, odnosno njegovog zakonskog zastupnika. O tome obaveštava zdravstvenog radnika na koga se pritužba odnosi, kao i direktora ustanove i daje predlog za preduzimanje mera u cilju otklanjanja uočenih nepravilnosti. Međutim, nisu samo lekari odgovorni za živote i zdravlje ljudi. Zakon je obavezao svakog građanina da, u granicama svojih znanja i mogućnosti, povređenom ili bolesnom u hitnom slučaju pruži prvu pomoć, da pozove HMP ili da ga prebaci do zdravstvene ustanove. Pošto je nekada jako teško rekonstruisati događaj ili problem zahteva stručnu (medicinsku) analizu, zaštitnik prava pacijenata može da traži i mišljenje Stručnog saveta Zavoda. Danas, kada su aktivni Sudovi časti, lekari Zavoda moraju da poštuju Kodeks časti, adekvatno pregledaju i leče pacijente, i detaljno popune naloge za lekarsku intervenciju jer je to ono što ima pravnu i zakonsku konotaciju.

Ključne reči: hitna pomoć, prava pacijenata, zaštitnik