

OSMI KONGRES URGENTNE MEDICINE SRBIJE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM,
JAGODINA 2013

**SRPSKO LEKARSKO DRUŠTVO
SEKCIJA URGENTNE MEDICINE**



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

Jagodina,
25-28. maj 2013.godine

GENERALNI SPONZOR



OSMI KONGRES URGENTNE MEDICINE SRBIJE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM,
JAGODINA 2013

ABC – ČASOPIS URGENTNE MEDICINE
Volumen XIII, Supplement I
ISBN 978-86-6061-035-7

Glavni i odgovorni urednik
Prim. dr sc. med Vladimir Gajić

Pomoćnik glavnog i odgovornog urednika
dr Saša Ignjatijević

Uređivački odbor

Prim. mr sc. med. dr Siniša Saravolac
Mr sc. med. Dragan Milojević
Acc. spec. dr Tatjana Rajković
Prim. dr Bogdan Nikolić
Prim. dr Snežana Petrović
Dr Dejan Veličković
Dr Mihaela Budimski

Međunarodni naučni odbor

Prof. dr Leon Drobnik, Poljska
Prof. dr Zoka Milan, UK
Prof. dr Viktor Švigelj, Slovenija
Doc. dr Nada Banjac, BiH
Doc. dr Milan Novaković, BiH
Asist. dr Azra Bureković, BiH
Dr Jana Šeblove, Češka Republika

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

Lektor za srpski jezik

Prof. Ljubiša Rajković

Vlasnik i izdavač

Sekcija urgentne medicine
Srpskog lekarskog društva
Džordža Vašingtona 19, Beograd

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
Prim. dr sc. med. Vladimir Gajić
Mr sc. med. Dragan Milojević
Acc. spec. dr Tatjana Rajković

Lektor za engleski jezik

Prof. Nataša Aranđelović

Prelom teksta

Prim. dr sc. med Vladimir Gajić

Štampa

ZOOM PHOTO, Subotica

Tiraž

350 primeraka

SPONZORI KONGRESA



PRIJATELJI KONGRESA



Reč urednika

- 4.32. *I Jelisije uđe u kuću i gle dete mrtvo leži na njegovoj postelji.*
- 4.33. *I ušav zatvori se s detetom i pomoli se Gospodu.*
- 4.34. *Potom stade na postelju i leže na dete,
metnuvši usta svoja na usta detetu,
i oči svoje na oči njegove, i dlanove svoje na njegove dlanove,
i pruži se nad njim, te se zagreja telo detetu.*
- 4.35. *Potom usta, i pređe po kući jednom tamo, i jednom amo,
potom otide opet i pruži se nad detetom.
I kihnu dete sedam puta i otvori dete oči svoje.*

***Sveto pismo, Stari zavet,
Druga knjiga o carevima***

Ljudi su se bavili urgentnom medicinom od kako je sveta i veka. Samo je nisu tako zvali. Hitnih stanja je bilo od uvek. I uvek su se ljudi trudili da pomognu kako mogu, znaju i umeju. Nekada su ta pregnuća bila štetna po zdravlje ljudi, a nekada su bila veliki proboj u savremenoj medicini. Svakako su napretku doprineli i jedni i drugi. I danas na početku trećeg milenijuma lekari predstavljaju svetlu iskru čovečanstva i civilizacije u celini. Biće potrebno još mnogo truda i rada da bi se izlečile mnoge za sada, neizlečive bolesti. No, hitna stanja su nepredvidiva i zahtevaju svo znanje i umeće ljudi medicinske struke u kratkom vremenskom intervalu. Zato je potrebno više vremena, truda i znanja u ovoj oblasti kako bi se pomoglo unesrećenim pacijentima i zbog toga se urgentaši Srbije ponovo sastaju na ovom osmom kongresu.

HITNO JE!!!
DA LI SI SPREMAN!!!

Glavni i odgovorni urednik
Prim. dr sc. med Vladimir Gajić

OSMI KONGRES URGENTNE MEDICINE SRBIJE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM,
JAGODINA 2013

ZBORNIK SAŽETAKA

OSMI KONGRES URGENTNE MEDICINE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM JAGODINA 2013.

SRPSKO LEKARSKO DRUŠTVO
SEKCIJA URGENTNE MEDICINE



1.

NAPRASNA SRČANA SMRT I NOVE SMERNICE U REANIMACIJI U SHMP SOMBOR

Ana Kasap, Branka Ilić David
SHMP SOMBOR

UVOD: U decembru 2010. objavljene su nove smernice za kardiopulmonalnu reanimaciju (CPR) koje smo implementirali u rad naše službe.

CILJ: Prikaz epidemioloških karakteristika pacijenata sa naprasnom srčanom smrću i rezultata reanimacija po novim smernicama ERC-a iz 2010, u periodu od 01.01.2011.do31.12.2012.

METOD RADA: Retrospektivna studija na osnovu podataka iz protokola SHMP Sombor u periodu od 01.01.2011. do 31.12.2012. i statistička obrada dobijenih podataka.

REZULTATI: Ukupan broj rađenih vanbolničkih CPR u 2011.godini je 64, od čega je 55(86%) primarnog kardijalnog uzroka. U 2011.godini 64% su bile muškarci, a u 2012. udeo muškaraca je bio 71%. U 2012.godini je urađeno 40 vanbolničkih CPR, od toga 28(70%) primarnog kardijalnog uzroka. Od ukupnog broja rađenih CPR u 2011.godini ROSC smo postigli kod 44% muškaraca i 38% žena, a u 2012. kod 55% muškaraca i 25% žena. Nešokabilni ritam smo u 2011.godini zatekli kod 60%muškaraca i 57% žena. Uspešno smo preveli u šokabilni ritam 24% muškaraca. 2012.godine nešokabilni ritam je zatečen kod 63%muškaraca od čega je 35 % prevedeno u šokabilni; u žena je u 66% slučajeva inicijalni ritam bio nešokabilni. U 2011.godini kod 16 osoba muškog pola je isporučeno 1-6 defibrilacija, a od toga je u 56% uspostavljen ROSC. Kod jedne žene je isporučeno više od 7 defibrilacija i postignut je ROSC. U 2012.godini kod 50% muškaraca postignut je ROSC sa isporučenim 1-6 defibrilacija. U 4 pacijenta isporučeno je više od 7 defibrilacija i u svim slučajevima uspostavljen je ROSC.

ZAKLJUČAK: Na našem uzorku nemamo promena u ishodu u odnosu na ishode reanimacija prethodnih godina koje su rađene po starim protokolima. Reakciono vreme nam je u proseku 4,7 minuta, te je broj inicijalnih nešokabilnih ritmova očekivan. Jedini način da se skрати vreme trajanja srčanog zastoja do susreta sa lekarom jeste edukacija laika za BLS/AED.

KLJUČNE REČI: Kardiopulmonalna reanimacija, nove smernice, ROSC, defibrilacija

e-mail: anakasap@gmail.com

2.

DESETOGODIŠNJA ANALIZA REZULTATA RADA I NAČIN ORGANIZACIJE SLUŽBE URGENTNE MEDICINE OPŠTE BOLNICE LESKOVAC

Irena Ignjatović

OPŠTA BOLNICA LESKOVAC, SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA

UVOD: Urgentno medicinska bolnička zdravstvena zaštita, kritično obolelih i akutno traumatizovanih pacijenata, na području Jablaničkog okruga, pruža se u Službi za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja Opšte bolnice Leskovac, neprekidno u toku 24 sata svih dana u godini. Na osnovu medicinske doktrine i u cilju ostvarenja jednog od osnovnih ciljeva urgentne medicine "Pravi pacijent u pravo vreme na pravom mestu", od početka rada u službi se primenjuje protokol o radu u urgentnoj medicini jer odluke o dijagnostici i terapiji često moraju biti donete u kritično kratkom vremenu koje se izražava u minutima, a redosled dijagnostičko-terapijskih postupaka može biti izmenjen. Da bi se omogućilo adekvatno zbrinjavanje i lečenje teško povređenih i kritično obolelih s jedne strane, a sa druge sprečilo multipliciranje kadrovsko-materijalnih resursa bolnice, u službi rade specijalisti urgentne medicine koji preduzimaju odgovarajuće dijagnostičke i terapijske procedure u cilju lečenja pacijenta i stabilizacije osnovnih vitalnih parametara. U zbrinjavanju urgentnih stanja učestvuje tim lekara različitih specijalnosti, pa se u zavisnosti od stanja pacijenta pozivaju lekari odgovarajuće specijalnosti koji timskim radom učestvuju u lečenju pacijenta. U okviru službe postoje odseci za prijem, trijažu i reanimaciju kritično obolelih i traumatizovanih pacijenata, sa neophodnom opremom za održavanje života i kao i stacionar za opservaciju i lečenje urgentnih stanja i postreanimacionu negu.

CILJ RADA: Cilj rada je da prikaže način i organizaciju urgentno medicinskog zbrinjavanja pacijenata u bolnici. Namera autora je da analizom rezultata rada u desetogodišnjem periodu, istakne mesto i ulogu lekara specijaliste urgentne medicine.

METODA RADA: Istraživanje je izvršeno po tipu retrospektivne, opservacione, desetogodišnje studije analiziranjem podataka iz protokola prijemno-trijažne ambulante i stacionarnog dela službe, u periodu od

početka 2002. do kraja 2012. godine. Za ovaj rad korišćen je metod kvantitativne analize ukupnog broja primljenih i broja stacionarno lečenih pacijenata, sa grafičkim, procentualnim i tabelarnim prikazom.

REZULTATI RADA: U periodu od početka 2002. godine do kraja 2012. godine u Službi urgentne medicine bolnice Leskovac pregledano je 375725 pacijenata, od tog broja 67011 (17,83 %) je stacionarno lečeno u službi. Većina pregleda je obavljena u prijemno trijažnoj ambulanti, a 25-30% pacijenata se pregleda u traumatološkoj ambulanti. 22-25% je broj konsultativnih pregleda. 8-10% pacijenata je primljeno na duže stacionarno lečenje na odeljenju bolnice. Procenat uspešnih reanimacija u službi je više od 80%. Broj pacijenata sa smrtnim ishodom je 0,43-0,46%.

ZAKLJUČAK: Služba za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja predstavlja deo lanca urgentnog lečenja gde se obavlja definitivni medicinski tretman i sve procedure u cilju stabilizacije vitalnih parametara kritično obolelih i akutno traumatizovanih pacijenata u okviru tzv. "Prvog zlatnog sata". Svaki segment rada u službi je opisan procedurama ili protokolima za različita stanja. Primena protokola i procedura su pokazatelj kvalitetnog, kontinuiranog rada svih zaposlenih u službi.

KLJUČNE REČI: organizacija službe, analiza rada

e-mail: ignjatle@yahoo.com

3.

UTICAJ SMANJENE EJEKCIONE FRAKCIJE NA FIZIČKU SPOSOBNOST PACIJENATA POSLE AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

Aleksandar Dikić

OPŠTA BOLNICA „DR RADIVOJ SIMONVIĆ“ SOMBOR

CILJ ISTRAŽIVANJA. Cilj našeg istraživanja bio je da povežemo dva entiteta uzročno-posledičnom vezom. Srčana insuficijencija je definisana kroz smanjenu ejectionu frakciju uzrokovana akutnim infarktom miokarda, a fizička sposobnost takvih pacijenata posle tromesečnog rehabilitacionog perioda može se uporediti sa stanjem pacijenata kod kojih posle infarkta miokarda nema srčanog popuštanja. Osnovni cilj istraživanja je bio da utvrdi uticaj umereno snižene ejectione frakcije na fizičku sposobnost pacijenata u postinfarktnoj fazi. Ciljna grupa bili su pacijenti sa dijagnostikovanim akutnim infarktom miokarda i umereno sniženom ejectionom frakcijom.

RADNA HIPOTEZA. Smanjenje ejectione frakcije ispod vrednosti od 50%, a iznad 35% značajno utiče na fizičku sposobnost pacijenata posle akutnog infarkta miokarda.

METODOLOGIJA RADA. Podaci koji su korišćeni za dokazivanje ili opovrgavanje hipoteze su sakupljeni u periodu od godinu dana i to od 1.9.2005. do 1.9.2006.godine u Kliničko Bolničkom Centru Zvezdara-Centar za Kardiovaskularne bolesti.

Inkluzioni uslovi su bili dokazani akutni infarkt miokarda kao i umereno smanjena ejectiona frakcija ($35\% < EF < 50\%$).

Dijagnostičke procedure za dokazivanje akutnog infarkta miokarda su bili: pozitivni znaci na elektrokardiogramu, povišene vrednosti Troponina i pozitivni nalaz na ehokardiografiji.

Kontrolnu grupu čine pacijenti koji posle akutnog infarkta miokarda nisu imali smanjenu EF.

Ekskluzioni uslovi su bili: starost preko 75 godina, HOBP, akutna infekcija, maligni tumori, psihički poremećaji, oboljenja lokomotornog sistema, AV blok svih stepena.

Fizička sposobnost pacijenta utvrđivana je posle tromesečnog rehabilitacionog perioda od uspostavljanja odgovarajućih dijagnoza i ocenjivana je obavljanjem ergo-testa i popunjavanjem SF-36 upitnika tri meseca posle akutnog infarkta miokarda.

Ergo-test rađen je pacijentima iz kontrolne grupe i pacijentima sa umereno smanjenom EF.

Test opterećenja trajao je 6 minuta, u dve faze; prva faza traje 3 minuta pod nagibom od 10% i brzinom od 2,74km/h i druga faza takođe od 3 min pod nagibom od 12% i brzinom od 4,02km/h.

Ejectiona frakcija je bila jedan od glavnih kriterijuma za uključivanje pacijenata u istraživanje.

Posle stabilizacije pacijenta od akutnog infarkta miokarda, odnosno u periodu od 24 do 48h od prijema u bolnicu, radi se ehokardiografski pregled.

Vrednost EF dobijana je upotrebom parametara veličine end-dijastolnog i end-sistolnog volumena i to iz dva preseka: dugi parasternalni i presek četiri šupljine.

SF-36 upitnik pacijenti obe grupe popunjavali su tri meseca posle ustanovljene dijagnoze akutnog infarkta miokarda. Pacijenti su upitnik popunjavali sami, bez pomoći ispitivača, što povećava njegovu psihometrijsku vrednost i to zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora.

REZULTATI. SF-36 upitnik

1. Prosečne vrednosti za ocenu Fizičkog stanja:

Prva grupa 21.000 ± 5.33712 bodova

Kontrolna grupa 20.2000 ± 5.47078 bodova

Ne postoji uticaj grupe i nema statistički značajne razlike kod dobijenih rezultata što je dokazano hi-kvadrat testom (F=0.193, Sig.0.825)

2. Prosečne vrednosti za ocenu Uticaja fizičkog zdravlja:

Prva grupa 5.5294 ± 1.61874 bodova

Kontrolna grupa 5.4857 ± 1.56000 bodova

Ne postoji uticaj grupe i nema statistički značajne razlike kod dobijenih rezultata što je dokazano hi-kvadrat testom. (F=0.762, Sig.0.470)

3. Prosečne vrednosti za ocenu Subjektivnog osećaja bola:

Prva grupa 7.6765 ± 2.43361 bodova

Kontrolna grupa 7.9143 ± 2.11954 bodova

Ne postoji uticaj grupe i nema statistički značajne razlike kod dobijenih rezultata što je dokazano hi-kvadrat testom. (F=0.157, Sig.0.855)

4. Prosečne vrednosti za Ocenu opšteg zdravlja:

Prva grupa 17.5294 ± 4.76881

Kontrolna grupa 16.6857 ± 3.17871

Ne postoji uticaj grupe i nema statistički značajne razlike kod dobijenih rezultata što je dokazano hi-kvadrat testom. (F=0.384, Sig.0.682)

Ergo-test

Rezultati iz prve i kontrolne grupe dobijene ergo-testom su sledeći:

Prva grupa 244.3824 ± 155.79591 sekundi

Kontrolna grupa 250.7143 ± 156.25273 sekundi

Ne postoji uticaj grupe i nema statistički značajne razlike kod dobijenih rezultata što je dokazano T-testom (F=0.028, Sig.0.887).

STATISTIČKE METODE

Za dobijanje relevantnih podataka korišćene su sledeće metode:

1.Generalni linearni model

2.Hi kvadrat test

3.T-test

DISKUSIJA. Iz dobijenih rezultata može se videti da umereno smanjenje ejekcione frakcije posle akutnog infarkta miokarda ne utiče ni na subjektivnu ni na objektivnu ocenu fizičkog stanja pacijenta posle tromesečnog perioda rehabilitacije.

Što se ergo-testa tiče rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u postignutoj dužini trajanja testa opterećenja između prve i kontrolne grupe.

Što se SF-36 testa tice, ni u jednom segmentu subjektivne procene fizičke sposobnosti ne postoji statistički značajna razlika između pacijenta sa normalnom i pacijenta sa umereno smanjenom ejekcionom frakcijom.

Prognoza, gledajući ovaj segment kvaliteta života, je podjednako dobra i za pacijente sa očuvanom i sa umereno smanjenom ejekcionom frakcijom posle akutnog infarkta miokarda.

ZAKLJUČAK. Smanjenje ejekcione frakcije ispod vrednosti 50%, a iznad 35% ne smanjuje fizičku sposobnost pacijenta posle tromesečnog rehabilitacionog perioda od dijagnostikovanog akutnog infarkta miokarda.

KLJUČNE REČI: Akutni infarkt miokarda, ejekciona frakcija, fizička sposobnost

e-mail: aca10srb@yahoo.com

4.

NOVI PRISTUP, PROTOKOLI I SAZNAJNA U PRIMENI TERAPIJSKE HIPOTERMIJE

Džihan Abazović(1), Sanela Abazović(1), Faruk Pašović(2)

(1)ZAVOD ZA HMP CRNE GORE, (2)ZC NOVI PAZAR, SLUŽBA HMP

CILJ RADA: Da se prikažu najnoviji: protokoli, rezultati istraživanja i tehonoška dostignuća, u primeni terapijske hipotermije koja kao krajnji cilj ima sprečavanje propadanja moždanog tkiva usled hipoksije.

METOD: Rad je koncipiran tako da na slikovit način predstavi današnje pristupe i dostignuća u prehospitalnim i hospitalnim postupcima kod terapijskog hlađenja pacijenta.

DISKUSIJA: Hipotermija se godinama koristi u Urgentnoj medicini i za cilj ima usporavanje metabolizma moždanog tkiva kako bi umanjilo štetan efekat hipoksije, bez obzira na njen uzrok. Najnovija saznanja i razumevanje uticaja hipoksije na oštećenje mozga, do nivoa mitohondrija, dovode do praktično svakodnevnih pojava novih i bolje dizajniranih protokola koji imaju za cilj da maksimalno ublaže propadanje neurona. Ono što je zajedničko za sve je da vreme od nastanka hipoksije i početka hlađenja pacijenta mora da bude što kraće. Ovakav stav je doveo do prehospitalne primene terapijske hipotermije u velikim centrima. Dalje, smatra se da je neophodan što bolji i sveobuhvatniji monitoring pacijenata i da se, u skladu sa stanjem pacijenta, kod terapijske hipotermije mora odgovoriti adekvatnom medikamentoznom terapijom. Pored ovih stavova postoje i jasno usaglašene indikacije i kontraindikacije za primenu ove metode. Takođe se na tržištu pojavljuje sve veći broj pomagala i uređaja koji hipotermiju, kao proces, uprošćavaju i omogućavaju nam da na što jednostavniji način dođemo do željene telesne temperature, za željeno vreme.

ZAKLJUČAK: Hipotermija, danas, zauzima važno mesto u merama sprečavanja propadanja moždanog tkiva usled hipoksije. Formiranje novih protokola, koji predstavljaju kombinaciju hlađenja tela pacijenta, sveobuhvatnog monitoringa i primenu adekvatne medikamentozne terapije, daje sve bolje rezultate što svrstava terapijsku hipotermiju u jednu od značajnijih mera reanimacije.

KLJUČNE REČI: terapijska hipotermija, hlađenje, oksigenacija.

e-mail: adzihan@gmail.com

5.

OD PREHOSPITALNE TROMBOLIZE DO RESCUE PCI U KARDIOGENOM ŠOKU- PRIKAZ SLUČAJA

Slavenka Petković-Čurić(1), Ivan Ilić(2), Živorad Lazarević(3), Mladenka Popović-Čordaš(3)

(1)OB „Đ. JOANOVIĆ,, ZRENJANIN,(2)KBC ZEMUN,(3)D.Z.,DR B.VREBALOV,,SHMP, ZRENJANIN

CILJ. Praćenje bolesnika koji je u STEMI dobio po preporukama najbolji način lečenja , što ranije otvaranje krvnog suda, prehospitalnom trombolizom kao jedinom efikasnijom farmakološkom metodom reperfuzione terapije u odnosu na mehaničko otvaranje krvnog suda poštujući FMC 90-120 min.

Bolesnik, C.F. 59 .g.iz Zrenjanina, gl.tegobe bol u grudima u toku vožnje bicikla

Sad.bolest nakon 15 minuta dijagnostikovao STEMI, na terenu spec.urgentne medicine ordinira NTG, aspirin 300mg, klopidogrel 300mg, tenectaplazu 9000i.j. u bolusu. Na prijemu u koronarnu jedinicu Status praesens: svestan, bled, normokardičan, eupnoičan. TA 130/90mmHg EKG sin.ritam, f 88/min, elevacija ST segmenta u D1, aVL,V2-V6 q u istim odvodima. Faktori rizika za koronarnu bolest-pušac 40 godina, stres. Ordinira se 3000i.j. enoxaparina,i.v. i nakon 15 min. 1 mg/kg TT s.c. Nakon 15 minuta bol u grudima, bolesnik je bled, orošen znojem, tahikardičan. Ordinirano jos 8 mg morphina sukcesivno, metoprolola ukupno i.v.15 mg ST elevacija sa VT , IVR i AV blok tipa Mobitz I.

Urađen ehokardiografski pregled EF po Teich 45 % ali po Simps. 35% Akinezija apexa i apikalnih segmenata prednjeg, lateralnog zida i septuma sa hipokinezijom medijalnih segmenata septuma, prednjeg i lateralnog zida.

Bol u grudima, STEMI anteriorni, Killip II. Urgentna koronarografija. Spašavajuća PCI LAD

Nakon 24 meseca bolesnik sa EF 38 %,NYHA II

ZAKLJUČAK Umesto zaključka se pitamo da li specijalisti urgentne medicine i kardiologije zaista imaju mogućnost izbora pri načinu lečenja bolesnika sa akutnim koronarnim sindromom ili je on određen mestom boravka, postojanjem dostupne katlaboratorije ili ne ?

KLJUČNE REČI: prehospitalna tromboliza, Rescue PCI, kardiogeni šok

e-mail: drslavenka@gmail.com

6.

MEHANIČKA VENTILACIJA PLUĆA

Ljiljana Milošević (1); Krsta Jovanović (2)

(1)KBC ZVEZDARA BEOGRAD,ODELJENJE ANESTEZIJE, (2)VIŠA MEDICINSKA ŠKOLA ČUPRIJA

CILJ RADA: Ovaj rad ima za cilj da prikaže uticaj mehaničke ventilacione podrške kao jedan od glavnih modaliteta za preživljavanje pacijenata u bolničkim uslovima. Da bi se razumeli osnovi mehaničke

ventilacije pluća, potrebno je objasniti ARDSnet protocol/ARDS Network studija 2000, up to date August 2012 - on line casopis JAMA.

MATERIJAL I METODE: Pretraživanje raspoložive medicinske literature u vezi sa (protektivnom) mehaničkom ventilacijom, korišćenjem različitih medicinskih baza podataka (PubMed, Medline, SciELO, Hinari and Cochrane), retrospektivne kliničke studije i savremeni klinički vodiči.

REZULTAT: Optimalan način za ventilacionom podrškom definisan je kod akutnog respiratornog distres sindroma (ARDSnet protocol/ARDS Network studija 2000 (861 pacijent) kao protektivna ventilacija pluća. Preporučeno je da se za ventilaciju pluća koristi nizak disajni volumen 'Tidal Volumen' (TV) od 6 do 8 ml/kg idealne telesne težine uz odgovarajući PEEP (Positive End Expiratory Pressure), tj. (Nizak TV sa PEEP). Objektivno ovakav način ventilacije se primenjuje kako kod pacijenata koji imaju ARDS tako i kod pacijenata koji nemaju ARDS (Web of science, and Cochrane Central Register of Controlled Trials up to date August 2012).

20. Jun 2012 - vol 307, No 23, casopis JAMA, pojavljuje se Berlinska Definicija ARDS-a, koja predstavlja drugačiji model ARDS-a, sa ciljem da se kreira bolja evidencija kritično obolelih od respiratorne insuficijencije. Ako pacijent ima kombinovano smanjenje u oksigenaciji (PaO_2), povećanje arterijskog ugljen dioksida ($PaCO_2$) i perzistentnu acidozu (smanjenje PH) mehanička ventilacija može biti neophodna, što podrazumeva kako invazivnu (IV) tako i neinvazivnu mehaničku ventilaciju (NIV).

ZAKLJUČAK: Mehanička ventilacija kao životno spašavajuća podrška je značajno osvremenjena od saznanja o ventilatorom izazvanom oštećenju pluća (VILI). Agresivna MV sa visokim PEEP-om je često primenjena kod pacijenata sa respiratornom insuficijencijom za postizanje adekvatne gasne plućne razmene.

KLJUČNE REČI: pluća, mehanička ventilacija

e-mail: milosevicjiliana@yahoo.com

7.

RAPID SEQUENCE INDUCTION

Ana Dimić, Biljana Radisavljević, Maja Knežević, Snežana Mitrović, Ivana Ilić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD. Rapid Sequence Induction (RSI) je sinonim za brzo obezbeđivanje disajnog puta. Podrazumeva preoksigenaciju 100% O_2 u trajanju od 3 minuta, brzu administraciju hipnotika i relaksanta, pritisak na krikoidnu hrskavicu i intubaciju po postizanju neuromuskularnog bloka.

CILJ RADA. Prikaz mogućnosti primene različitih indukcionih sredstava za RSI.

IZVORI PODATAKA. Pregled dostupne literature i elektronske baze podataka.

SINTEZA PREGLEDA. Kod budnog pacijenta su prisutni zaštitni refleksi, koji štite traheobronhijalno stablo. Problem nastaje u prelaznom periodu od budnog stanja ka uspavanosti i relaksaciji. Zato je neophodno maksimalno skratiti vreme između uvođa i intubacije, što se postiže RSI.

Za ovaj postupak se može koristiti depolarizujućim mišićni relaksant sukcinilholin. Sa dozom 1 mg/kg se kod 80 % pacijenata postižu odlični uslovi za intubaciju. Prekursorizacijom se preveniraju fascikulacije i mijalgija. Kompletna neuromuskularna blokada se postiže za 1 minut, a vreme trajanja bloka iznosi 10-12 minuta.

Rokuronijum se koristi kao relaksant drugog izbora, kada je sukcinilholin kontraindikovano. Ima kratko vreme nastanka dejstva, kod njega izostaje hiperkalijemija. Predstavlja relaksant izbora za RSI kod pacijenata sa opekotinama. Veća doza rokuronijuma (0,6 mg/kg vs. 1 mg/kg) je ekvivalentna kliničkim efektima sukcinilholina, a dodavanje lidokaina 1,5 mg/kg rokuronijumu 0,6 mg/kg, uz propofol obezbeđuje klinički isti efekat za RSI kao sukcinilholin.

Endotrahealna intubacija je moguća i bez korišćenja mišićnih relaksanata, korišćenjem relativno visokih doza propofola i remifentanila. Ovaj način izvođenja RSI može prouzrokovati izraženu cirkulatornu depresiju.

ZAKLJUČAK. Ako se donese odluka za primenu relaksanta, lek izbora za RSI je sukcinilholin, ako ne postoje kontraindikacije za njegovu primenu.

Rokuronijum se preporučuje kao neuromišićni relaksant drugog izbora u slučaju primene RSI kada je sukcinilholin kontraindikovano. Nove studije bi trebalo da pokažu da li sugammadex može obezbediti vodeću ulogu rokuronijuma u RSI.

Jedan od modusa RSI je trahealna intubacija uz intravensku primenu hipnotika i opioda kratkog dejstva, bez primene mišićnih relaksanata.

KLJUČNE REČI: rapid sequence induction

8. DECEREBRACIJA KAO KOMPLIKACIJA KARDIO-PULMONALNE-CEREBRALNE REANIMACIJE

Slobodan Tomanić(1); Marina Tomanić(2); Nikola Trninić(1); Sanja Petković(1); Milica Volaš(1)
(1)JZU DZ DOBOJ,SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2)OPŠTA BOLNICA "SV.APOSTOL LUKA" DOBOJ

DECEREBRACIJA je odumiranje moždanog tkiva i gubitak funkcija mozga zbog produženog vremena kada su moždane ćelije ostale bez kiseonika i glukoze zbog prestanka cirkulacije krvi usled srčanog zastoja.

CILJ RADA: zašto je važno što prije započeti sa kardio-pulmonalnom-cerebralnom reanimacijom i kako produženo vrijeme prestanka cirkulacije krvi utiče na funkciju moždanih ćelija i do kakvih posljedica dovodi.

KORIŠTENI MATERIJAL I METODE :korišten je protokol intervencija za kardio-pulmonalnu-cerebralnu reanimaciju Službe hitne medicinske pomoći Doboj za period 01.01.2008-31.12.2012 g.

REZULTATI : U posmatranom periodu od pet godina u Službi hitne med. pomoći Doboj imali smo ukupno 365 kardio-pulmonalnih-cerebralnih reanimacija.U prostoru hitne pomoći urađeno je 237 reanimacija a na terenu 128 reanimacija. Ukupan broj uspješnih reanimacija kada je reanimirani pacijent živio duže od 24h je 11,2% ili (41-pacijent). Broj pacijenata gdje smo kardiopulmonalnom-cerebralnom reanimacijom uspjeli da uspostavimo rad srca ali ne i spontano disanje je nešto veći i iznosi 17,5% ili (64-pacijenta).Nakon stabilizacije pacijenta, reanimirane pacijente smo transportovali do Opšte bolnice "Sv. Apostol Luka" Doboj u intenzivnu jedinicu gdje su priključeni na aparat za vještačko disanje.

ZAKLJUČAK: Opština Doboj i područje koje pokriva Služba hitne medicinske pomoći nema ni jednu mobilnu ekipu,pa je vrijeme dolaska na mjesto nesreće-incidenta veoma produženo i u prosjeku iznosi više od 18 min, što smanjuje šanse pacijentima kod kojih se radi kardiopulmonalna-cerebralna reanimacija za preživljavanje. Takođe, intenzivna jedinica ima samo jedan aparat za vještačko disanje. Povećanje broja mobilnih ekipa na terenu u toku 24h i kupovanje više aparata za vještačko disanje doprinio bi da se smanji broj decerebriranih pacijenata i poveća broj uspješnih reanimacija.

KLJUČNE RIJEČI: kardiopulmonalna-cerebralna reanimacija, decerebracija, aparat za vještačko disanje, intenzivna jedinica

e-mail:slobodan.tomanic@domzdravljadoboj.ba

9. SRČANI ZASTOJ ZA VREME ANESTEZIJE

Ljiljana Milošević

KLINIČKO-BOLNIČKI CENTAR ZVEZDARA BEOGRAD, ODELJENJE ANESTEZIJE

POZADINA I CILJ RADA: Srčani zastoj koji se pripisuje anesteziji dešava se na nivou između 0,5 i 1 slučaja na 10 000 slučajeva. Obično ima drugačiji profil srčanog zastoja i intrahospitalna smrtnost je do 20% (AIMS - Australian Incident Monitoring Study). Cilj rada je da se ispita uloga već postojećeg algoritma – COVER ABCD – A SWIFT CHECK, dopunjen pozadinskim algoritmom za srčani zastoj koji se javlja u našoj ustanovi a u vezi sa anestezijom.

MATERIJAL I METODE: Od strane AIMS od ukupno 129 izveštaja srčanog zastoja na godišnjem nivou, 25% bilo je povezano sa anestezijom. U poređenju sa našom ustanovom, od ukupno 60 izveštaja na prošlogodišnjem nivou, 10% bilo je povezano sa anestezijom. Strukturiran je pristup za svaki relevantni incident.

REZULTAT: Bilo je 60 izveštaja srčanog zastoja povezanih sa anestezijom. Indetifikovani etiološki faktori su grupisani u pet kategorija.

- 1.Anestezioška tehnika (6 slučajeva u ovoj kategoriji samo) sto predstavlja 10% svih 60 srčanih zastoja.
- 2.Vezanih za droge (3%)
- 3.U vezi sa hirurškom procedurom(15%)
- 4.U vezi sa prethodnim postojećim medicinskim oboljenjem ili hirurškim oboljenjem(67%)
- 5.Nepoznato(5%)

Prezentacija i upravljanje srčanog zastoja a u vezi sa anestezijom bili su kao:

-Poremećaji srčanog ritma i to: sinusna bradikardija(23%); asistolija(22%); tahikardija/ventrikularna tahikardija/ventrikularna fibrilacija(14%); sa nepoznatim(7%)

Detalji lečenja zabeleženi su u 60 izveštaja. Modaliteti lečenja uključuju srčanu kompresiju(74%); adrenalina(63%); atropin(38%); intravenske tečnosti(24%); i električne defibrilacije(18%). Nije bilo

smrtnih slučajeva zbog isključivo anestetičke tehnike. 22-24% smrtnih slučajeva desili su se kod pacijenata sa značajnom već postojećom medicinskom ili hirurškom bolesti ali u JIL- Jedinica Intenzivnog Lecenja.

ZAKLJUČAK: Pošto često postoje višestruki faktori koji doprinose srčanom zastoju u toku anestezije, a kompletna sistemska procena pacijenata, opreme i lekova treba da izvrši - COVER ABCD – A SWIFT CHECK algoritam, dijagnoza i upravljanje srčanog zastoja u vezi sa anestezijom znatno se razlikuju. Ishod je uglavnom dobar, a većina pacijenata je napustila bolnicu kao živi i očišledno dobri.

KLJUČNE REČI: anestezija, srčani zastoj

e-mail: milosevicljiljana@yahoo.com

10.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA VEŠANIKA

Radica Krstić, Snežana Mitrović, Svetlana Đorđević, Biljana Radisavljević
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, NIŠ

UVOD: Vešanje je mehanička asfiksija nastala stezanjem vrata omčom koju zateže celokupna ili delimična težina tela.

CILJ RADA je da ukaže na značaj dobre procene vremena i načina vešanja.

METODE I MATERIJAL: Analiza lekarskog izveštaja ZZHMP br. 27228 i otpusne liste neurohiruške klinike br. 12311 uspešno reanimiranog pacijenta sa atipičnim nepotpunim vešanjem.

PRIKAZ PACIJENTA: U 21:23 h primljen je poziv prvog reda hitnosti - koleginica, specijalista urgentne medicine radi kardiopulmonalnu reanimaciju (CPR) čoveku koji je pokušao samoubistvo vešanjem. Ekipa hitne pomoći (HP) je na licu mesta u 21:38.

Heteroanamnestički podaci: R.A., muškarac, star 78 godina, prvi pokušaj samoubistva, negira psihijatrijske bolesti. Od zadnjeg kontakta sa vešanicom je prošlo dvadeset minuta. Zatečen je bez vitalnih znakova, u polusedećem položaju pored prozora, otečenog i plavog lica sa omčom od gajtana i čvorom na spoljnoj strani vrata. Drugi kraj je bio fiksiran za kvaku prozora. Odmah je skinula omču, započela CPR i nakon 15 minuta dobila je puls i disanje.

Prvi ritam na monitoru defibrilatora je sinusni ritam sa ventrikularnim ekstrasistolama. Ekipa HP nastavlja reanimaciju: asistirana ventilacija maska balonom, kiseonik 5 l/min., i.v. kanila № II, sol. Manitol 20% 250 ml, sol. NaCl 0,9% 500 ml, amp. Dexason № II. Posle stabilizacije vratane kičme, transportovan je po principima urgentnog bolenika na kliniku za neurohirurgiju. Na klinici dolazi do oporavka stanja svesti bez znakova lezije vratne kičme potvrđene rendgenografijom i kompjuterizovanom tomografijom. Pacijent je u stabilnom stanju preveden na kl. za psihijatriju.

DISKUSIJA: Kod našeg pacijenta čvor omče je bio na bočnoj strani vrata (atipično vešanje) i dodirivao je podlogu nogama (nepotpuno vešanje). Cijanoza lica ukazuje na asfiktički tip umiranja usled opstrukcije disajnog puta. Asfiktično atipično nepotpuno vešanje uzrokuje sporiji tip umiranja i bolji uspeh CPR-je.

ZAKLJUČAK: Vešanje je jedan od najsigurnijih načina uspešnog samoubistva. Odluka za CPR- om kod ovih pacijenata mora biti brza i zasnovana na procenjenom vremenu i tipu vešanja.

KLJUČNE REČI: Kardiopulmonalna reanimacija, vešanic

e-mail: drsmitrovic@yahoo.com

11.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA U POSEBNIM SITUACIJAMA

Irena Đorđević, Ivana Ilić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD. Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) podrazumeva primenu znanja i veština koja su neophodna da bi se omogućilo adekvatno rano lečenje kod pacijenta sa cardiac arestom. Neki najnoviji združeni podaci 37 evropskih zemalja upućuju na to da je godišnja incidenca kardiopulmonalnog aresta za sve ritmove koji leči Hitna medicinska pomoć je 38 na 100.000 stanovnika, međutim izuzetno malih podataka ima o KPR-u, u posebnim situacijama npr. kod trudnica, davljenika, dece i udara struje ili groma.

IZVORI PODATAKA potiču iz najnovijih kongresnih predavanja World association for Emergency Medicine, najnovije preporuke Evropskog reanimacionog saveta

CILJ RADA je da se pokaže značaj reanimacije u posebnim situacijama, jer postoji malo primera u praksi. Tako na primer reanimacija trudnica i dece pripadaju najpotresnijim slučajevima u praksi ali su na sreću i veoma retki primeri. Upravo iz tog razloga stalno podsećanje na ove tako posebne situacije će nam omogućiti da primenimo naše znanje i veštine i omogućimo adekvatno rano lečenje kod trudnica, dece, davljenika i pacijenta kod udara struje ili groma.

IZBOR PODATAKA. Sinteza pregleda najčešći razlog smrti kod beba je zagušenje prilikom okretanja u krevetu ili kao razlog čedomorstva, kod starije dece traume i trovanja, kod trudnica venska staza i naprasna srčana smrt, kod davljenika edem pluća, a kod pacijenta sa udarom struje ili groma asistolija ili ventrikularna fibrilacija.

ZAKLJUČAK. Upravo poznavanje razloga smrti u ovim posebnim situacijama će nas navesti da sve svoje veštine i znanja upotrebimo za adekvatno lečenje, koja se po poslednjim preporukama razlikuju samo u pojedinostima ali koje su jako bitne za ishod reanimacije.

KLJUČNE REČI: Kardiopulmonalna reanimacija, specifični uslovi

e-mail: irenadjordjevic0208@gmail.com

12.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA U HOLU INTERNE KLINIKE (PRIKAZ SLUČAJA)

Valentina Jovanović, Tatjana Rajković, Slavica Stojković, Jadranka Trifunov

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Kardiopulmonalna reanimacija predstavlja jasno određene postupke i primenu određenih lekova sa ciljem da se kod osobe sa srčanim zastojem omogući oksigenacija tkiva, uspostavi spontana cirkulacija i izvrši restitucija cerebralne funkcije i ostalih vitalnih sistema u organizmu.

CILJ: Prikaz pacijenta koji u doživljava srčani zastoj dok čeka u holu interne klinike pregled kod gastroenterologa.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka, knjiga poziva, protokol ZHMP Niš

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv otvoren od strane ekipe hitne pomoći koja se zatekla na licu mesta događaja. U holu interne klinike pratioci pacijenta zovu za pomoć. U tom trenutku u prijemnom delu prisutno je 4 sestara interne klinike i jedna ekipa hitne pomoći koja je upravo predala pacijenta lekaru druge klinike. Lekar hitne pomoći kao jedini prisutni lekar, prilazi pacijentu koga pridržava pratioc i zatiče ga bez vitalnih parametara. Pacijent odmah postavljen u reanimacioni položaj i zapoceta spoljašnja masaža srca do dobijanja ostale neophodne opreme uz istovremeno otvaranje i.v.linija. Prvi ritam na monitoru električna aktivnost bez pulsa. Plasiran airway i ventiliran preko maske balonom, data jedna amp. Adrenalin i Sol.NaCl0,9% 500mli.v.Nakon 6min,pacijent pravi prve samostalne respiracije, palpabilan je puls nad karotidnim arterijama, a zatim je registrovana SF od 76/min. U međuvremenu dolaze dežurni kardiolog i gastroenterolog. Nakon desetak minuta pacijentu vraćene vitalne funkcije, dolazi svesti i u dogovoru sa dežurnim lekarima klinike prevezen u ordinaciju gastroenterologije na dalji pregled gde je i bio upućen od strane svog lekara zbog predhodne hematemeze.

ZAKLJUČAK: Srčani zastoj je najdramatičnije stanje koje svaki lekar mora da rešava u svakoj situaciji na način koji mu sama situacija i oprema nalaže. Samo brzo, organizovanom i stručnom reanimacijom se može uspešno pružiti pomoć unesrećenoj osobi, bez obzira na mesto dešavanja.

KLJUČNE REČI: Kardiopulmonalna reanimacija, hitna pomoć, interna klinika

e-mail: jovanovicvin@yahoo.com

13.

AUTOMATSKI EKSTERNI DEFIBRILATOR – PROBLEMI U PRIMENI U RAZVIJENIM ZEMALJA

Dušica Janković, Ivana Jovanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ – NIŠ

UVOD: Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrtnosti kod osoba starijih od 40 godina. Prepoznavanje ovog problema i istraživanje značaja rane defibrilacije, rezultovali su uvođenjem

automatskih eksternih defibrilatora na javna mesta a sve praćeno edukacijom stanovništva o njihovom pravilnom i bezbednom korišćenju.

CILJ: Ukazati na značaj dostupnosti AED-a u preživljavanju osoba koji dožive kardiopulmonalni arrest sa jedne strane i na postojanje opterećenja zakonskim i drugim regulativama u upotrebi AED-a s druge strane a koja se pokazala kao problem u razvijenim zemljama..

Izvor i izbor podataka: Izvor podata su dostupni elektronski časopisi: Annals of Emergency Medicine, Journal of the American College of Cardiology, Journal of American Heart Association, The New England Journal of Medicine. Izborom podataka po ključnim rečima AED, regulativa, problems.

Sinteza pregleda: Dugogodišnje iskustvo u primeni AED-a u razvijenim zemljama i sve dostupne relevantne informacije, moguće je iskoristiti za pravilno razvijanje i usavršavanje programa upotrebe AED-a u Republici Srbiji. Zakonska regulativa u Sjedinjenim Američkim Državama nije jednobrazna za sve federalne jedinice i to je prepoznato kao problem. Prepoznata je potreba za jedinstvenim programom i regulativom koja će biti primenjena na celoj teritoriji. Postoji jasna neophodnost razvijanja timova koji će se kontinuirano baviti edukacijom laika za korišćenje automatskog eksternog defibrilatora. Jedan od problema koji je prepoznat je i nejasna regulativa o tome ko je odgovoran za održavanje aparata, njegovo servisiranje i obezbeđenje svih administrativnih dozvola za postavljanje AED-a. Ograničavajući faktori koji dovode do smanjene prisutnosti AED-a na javnim mestima moguće je izbeći postavljanjem jasnih propisa i regulativa. Za adekvatnu i pravovremenu primenu AED-a preduslov je dobro organizovana mreža edukacije laika.

KLJUČNE REČI: automatski eksterni defibrilator, problemi, razvojne zemlje

e-mail: drdusicaj@yahoo.com

14.

MOGUĆNOSTI I OGRANIČENJA PRIMENE KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE U SLUŽBI URGENTNOG PRIJEMA OB "DR LAZA K. LAZAREVIĆ" U ŠAPCU

Aleksandar Bogičević, Nikola Beljić, Branko Vujković

OPŠTA BOLNICA "DR LAZA K. LAZAREVIĆ", ŠABAC, SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA

UVOD: U zbrinjavanju pacijenata sa srčanim zastojem, urgentni prijem, kao organizaciona jedinica opšte bolnice, predstavlja kariku u lancu: služba hitne medicinske pomoći (SHMP) – urgentni prijem (UP) – jedinica intenzivne nege (JIN).

CILJ: Prikaz algoritma naprednog održavanja života i definisanje mogućnosti i ograničenja za njegovu primenu u službi UP OB "Dr Laza K. Lazarević" u Šapcu.

MATERIJAL I METODE: Prilikom pravljenja algoritma korišćene su smernice European Resuscitation Council (ERC) i American Heart Association (AHA) iz 2010. godine. Smernice obuhvataju: 1) rano prepoznavanje kardijalnog aresta i pozivanje tima za reanimaciju; 2) ranu, neprekidnu i kvalitetnu kardiopulmonalnu reanimaciju (KPR) sa EKG monitoringom, obezbeđivanjem disajnog puta i vaskularnog pristupa; 3) brzu procenu ritma i defibrilaciju kod šokabilnih ritmova, odnosno nastavak KPR kod ritmova koji nisu za defibrilaciju; i 4) postreanimacijsko zbrinjavanje u JIN nakon povratka spontane cirkulacije. Upotrebili smo protokol naprednog održavanja života odraslih.

REZULTATI: Mogućnosti primene KPR su motivisan, mlad i delimično obučen kadar, adekvatna opremljenost preporučenim lekovima i aparatima za monitoring i defibrilaciju, kao i brzi konsultativni pregledi od strane specijalista anesteziologije i reanimatologije. Ograničenja su manjak iskustva i nedostatak kontinuirane obuke kadrova, te nedovoljna saradnja sa SHMP.

ZAKLJUČAK: U službi UP moguća je primena protokola naprednog održavanja života po smernicama ERC i AHA, ali da bi se u potpunosti dostigli željeni standardi, neophodna je kontinuirana medicinska edukacija od strane iskusnih i akreditovanih predavača, održavanje stečenih znanja i veština redovnom vežbom na fantom-lutkama, kao i kvalitetnija komunikacija sa SHMP.

KLJUČNE REČI: Kardiopulmonalna reanimacija, algoritam oživljavanja, urgentna medicina, srčani zastoj

15.

**USPEŠNO ZBRINJAVANJE VENTRIKULARNE FIBRILACIJE U TERENSKIM USLOVIMA
HITNE MEDICINSKE POMOĆI U NOVOM PAZARU**

Aladin Husović, Damir Husović, Mirsala Islamović-Aličković, Faruk Pašović, Azra Tuzinac-Hanuša, Bilsena Kurtanović, Nebojša Milosavljević, Semiha Mušić
DOM ZDRAVLJA NOVI PAZAR

CILJ RADA: Cilj rada je da se prikažu mere kardiopulmonalno cerebralne reanimacije (KCPR) prehospitalno i neophodnost što hitnijeg započinjanja mera KPCR u terenskim uslovima.

METOD: KPCR je rađena muškarcu starom 56 godina, kod koga je akutni infarkt prednjeg srčanog zida komplikovan ventrikularnom fibrilacijom doveo do prestanka cirkulacije, disanja i gubitka svesti.

PRIKAZ SLUČAJA: Ekipa hitne pomoći se nalazila na terenu gde je konstatovana smrt pacijenta. Obaveštavaju nas da je u susednoj kući pozlilo bratu osobe kojoj je konstatovana smrt. Na licu mesta zatičemo osobu bez svest, pulsa i spontanih respiracija. 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 180J (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 7l/min. U toku transporta pacijent dolazi svesti, sponatno diše, palpira se karotidni puls. Transportovan je u koronarnu jedinicu internog odeljenja u Novom Pazaru gde je elektrokardiografski verifikovan akutni infarkt prednjeg srčanog zida. Nakon deset dana pacijent je otpušten sa internog odeljenja stabilnog zdravstvenog stanja.

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

KLJUČNE REČI: KCPR, ventrikularna fibrilacija, defibrilacija.

e-mail: aladinhusovic@gmail.com

16.

PRIMENA DEFIBRILATORA U RADU LEKARA HITNE POMOĆI KRAGUJEVAC

Dragan Milojević(1), Goran Ignjatović(1), Vladimir Gajić(1), Aleksandra Vasović(1), Jelena Petković(1), Sanja Gajić(2)

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

CILJ RADA: Analiza primene defibrilatora u kardiopulmonalnoj reanimaciji kod terenskih ekipa ZZHP Kragujevac.

METODOLOGIJA: Uvidom u terenske protokole rada ekipa u periodu od 01.01.-31.12.2012. godine, detektovani su pacijenti kod kojih je primenjena CPR, a zatim je izvršena analiza primene defibrilatora, tabeliranje i statistička obrada dobijenih podataka.

REZULTATI: U posmatranom periodu je nađeno 91 pacijent koji je reanimiran, što je 0,36% svih terena(25120). Skoro tri četvrtine čine muškarci, najviše u dobi 61-70 godina(26). Žena je najviše u dobi 61-70 i 71-80 god (po 8). Reanimacija je rađena kod 90% pripadnika gradske populacije. 85,71% reanimacije je rađeno u stambenom prostoru, a ostalo na javnom mestu. Najviše reanimacija je u martu(14),a najmanje u februaru, septembru u novembru(po 5). Najveći broj reanimacija se odigrao u periodu od 07-08h (12 pacijenata), a nijedna od 03-05h. Tri četvrtine terena je prijavljeno kao prvi stepen hitnosti. U 52 slučajeva je prijavljeno "bez svesti",9 kao "bol u grudima", 5 "izgleda da se šlogirao",a samo u 6 "da umire". Samo 14 pacijenta je transportovano dalje. U 86 slučajeva je primenjen Adrenalin. U 56 slučajeva reanimirao je lekar opšte prakse,a 35 lekar specijalista. Defibrilator je primenilo 82,86% specijalista i 87,50% lekara opšte prakse. Obe grupe su imale po 7 uspešnih reanimacija (specijalisti 20%, a lekari opšte prakse 12,5% svih započetih reanimacija).

ZAKLJUČAK: Postoji visoko značajna razlika u dobnim grupama muškaraca, mestu stanovanja, mestu intervencije, po satnim intervalima, prijavljenom stepenu hitnosti i ishodu reanimacije Razlika ne postoji u dobnim grupama žena. Defirbrilator je nezaobilazni deo reanimacije savremenog doba. Adrenalin takođe. Lekari opšte prakse češće primenjuju defibrilator za 5% od kolega specijalista, ali je uspešnost reanimacija skoro dvostruko manja. Sve uspešne reanimacija na terenu se transportuju do bolnice.

KLJUČNE REČI: defibrilator, reanimacija, lekari specijalisti, lekari opšte prakse

e-mail: drgaja@sbb.rs

17.

PREVENCIJA ISHEMIJSKE BOLESTI SRCA

Suzana Tomić(1), Nenad Markovic(2), Dejan Jevtić(3)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR VRANJE, SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA,

(2)ZDRAVSTVENI CENTAR ALEKSINAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (3)ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC,SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, kardiovaskularne bolesti(KVB) su na drugom mestu uzročnika mortaliteta u svetu. Prvi korak u smanjenju incidence KVB je suzbijanje svih faktora rizika: pušenje, hipertenzija, gojaznost, dijabetes, hiperlipidemija, smanjena fizička aktivnost.

CILJ RADA. Prikazati kako promena životnih navika dovodi do smanjenja rizika za nastanak KVB.

MATERIJAL I METODE. Studija obuhvata 94 ispitanika oba pola, tokom 6 meseci. Praćene su antropometrijske mere, lipidni status i arterijski krvni pritisak(TA).

REZULTATI. Od 94 pacijenata, bilo je 54 ženskog i 40 muškog pola. Prosek godina starosti kod muškaraca je 45,46, a kod žena 48,39. Pušaca 29,6% muskog i 54,63% ženskog pola. Prosečan BMI prvi put izmeren je bio 28,61 kg/m², a posle 6 meseci 24,3 kg/m². Nivo holesterola 6,72 mmol/l pri prvom merenju je smanjen na 5,4 mmol/l nakon 6 meseci. Prosečna vrednost triglicerida 3,08 mmol/l je nakon 6 meseci smanjena na 1,92 mmol/l. Prosečna TA je u prvoj poseti bila 150,52 / 93,66 mmHg, a nakon 6 meseci prosečna vrednost TA 131,29 mmHg za sistolni i 89,28 mmHg za dijastolni pritisak.

ZAKLJUČAK RADA. Usvajanjem pravilnog načina života, prestankom pušenja, pojačanom fizičkom aktivnošću, adekvatnom ishranom i stalnom motivisanošću došlo je do pada patoloških vrednosti ka normalnim što je značajno smanjen ukupan skor rizik za KVB, što je bio i naš cilj.

KLJUČNE REČI: Ishemijska bolest srca, prevencija

e-mail: st9572@gmail.com

18.

STEMI - NEKAD I SAD

Mihaela Budimski(1), Kornelija Jakšić Horvat(1), Nikola Gavrilović(1), Andrej Šimon(2)

(1)DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, (2)OPŠTA BOLNICA " DR RADIVOJ SIMONOVIĆ" SOMBOR

UVOD: Prema važećim preporukama, pacijenti sa STEMI se transportuju u najbližu bolnicu koja može uraditi primarni PCI ukoliko je primarni kontakt sa zdravstvenim radnikom unutar 90 minuta od pojave bola, odn. 120 minuta ukoliko se pacijent javio u bolnicu koja nema salu za PCI. Ukoliko transport pacijenta nije moguć u ovom vremenskom periodu, indikovano je dati fibrinolitičku terapiju. Potpisivanjem trojnog ugovora između Doma zdravlja Subotica, Opšte bolnica Subotica i Instituta za KVB Sremska Kamenica, pacijentima je omogućen transport do Instituta u lekarskoj pratnji iz kućnih uslova.

CILJ RADA: Ukazivanje na olakšanu mogućnost primene preporuka koji pružaju pacijentima najsavremenije metode lečenja.

METODOLOGIJA RADA: Analizirani su protokoli Službe za hitnu medicinsku pomoć tokom jednogodišnjeg perioda. Obuhvaćeni su slučajevi kojima je na terenu dijagnostikovano STEMI u peridu pre i posle potpisivanja trojnog ugovora. Podaci su obrađeni u programu STATISTIKA.

REZULTATI: Obradeni slučajevi iz protokola hitne medicinske pomoći ukazuju na različite okolnosti i komplikacije sa kojima su se pacijenti suočavali nakon preležanog infarkta miokarda u periodu kada nije bilo mogućnosti da se po dijagnostikovanju STEMI odmah transportuju u najbližu ustanovu koja ima salu za koronarografiju. Transport Službom hitne medicinske pomoći uz lekarsku pratnju i najkritičnijim, vitalno ugroženim pacijentima, život je u sigurnim rukama, što potvrđuje 83% uspešnost reanimacije tokom transporta.

ZAKLJUČAK: Područje Severno-bačkog okruga sa svojim demografskim karakteristikama, doprinosi povećanju broja pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima. I pored najsavremenijih metoda lečenja,

neophodna je kontinuirana edukacija počevši od zdrave populacije, uz preventivne preglede, kako bi se broj pacijenata smanjio a komplikacije na vreme sprečile.

KLJUČNE REČI: akutni infarkt miokarda, STEMI

19.

NOVONASTALI BOL U GRUDNOM KOŠU KOD BOLESNICE SA ANGINOM PEKTORIS- PRIKAZ SLUČAJA

Goran Nikolić

DOM ZDRAVLJA BARAJEVO

UVOD: Bol iza grudne kosti izazvan provokirajućim faktorima je karakterističan simptom stabilne angine pektoris. U diferencijalnoj dijagnozi torakalnog bola treba razmotriti koštano-mišićni bol u grudnom košu, ezofagitis, traheitis, astmu, plućnu emboliju, pleuritis, pnemotoraks, miokarditis, aortna disekciju, žučnu koliku, pankreatitis, želudačni ulkus...

PRIKAZ BOLESNIKA: Žena stara 69 godina, već 15 godina boluje od stabilne angine pektoris i apsolutne aritmije. U momentu pregleda žali se na bol u grudima koji ne prolazi na ntg. Isti bol je imala dva dana ranije u trajanju od 5 minuta koji je popustio na ntg. Fizikalnim pregledom ustanovljena apsolutna aritmija, TA=150/90, ostali nalaz srca i pluća uredan. Ekg nalaz - apsolutna aritmija sa plitko negativnim t talasom u dijafragmalnim i prekordijalnim odvodima, bez promena ST segmenta (stacionaran nalaz u odnosu na više prethodno rađenih u poslednjih pet godina). Palpacijom abdomena nađena bolna palpatorna osetljivost u epigastrijumu i laka osetljivost u desnoj polovini abdomena. Zbog sumnje na abdominalni uzrok poslata da hitno uradi kompletnu krvnu sliku i eho abdomena. U krvnoj slici prisutna leukocitoza (13,2) sa 90% granulocita. Urađen EHO abdomena - nalaz uredan. Bol je u međuvremenu popustio.

Postavljena je radna dijagnoza – Colica abdominalis in obs.(uprkos normalnom ultrazvučnom nalazu abdomena) pa je pacijentkinja upućena da se javi hirurgu u slučaju pojave novog bola. Posle 20h od pregleda, pacijentkinja se zbog nove epizode bola javila u dežurnu ustanovu, gde je kao kardiološki pacijent primljena u koronarnu jedinicu. Hitna koronarografija je pokazala normalan koronarni angiogram. EHO srca i CT grudnog koša, takođe su bili bez patološkog nalaza. Deset sati po prijemu pacijentkinja je postala ikterična, pa je konsultovan hirurg i urađeni EHO a potom i NMR abdomena. Postavljena je dijagnoza akutnog holecistitisa i pacijentkinja je lečena konzervativnom terapijom.

DISKUSIJA: Moguća je atipične prezentacije akutnog holecistitisa, posebno kod starijih pacijenata, a bol se može širiti u grudni koš (desno rame/skapulu ili interskapularnu regiju). Imajući u vidu prisutnu granulocitozu, palpatornu osetljivost abdomena u trenutku prvog pregleda, te stacionarni nalaz ekg-a kod pacijentkinje je postavljena opravdana sumnja na abdominalni uzrok bola. Prvobitni EHO abdomena sa normalnim nalazom stvorio je dijagnostičku dilemu. Donekle iznenađuje potpuno normalan koronarni angiogram.

ZAKLJUČAK: Uprkos poznatoj postojećoj bolesti i naizgled tipičnoj simptomatologiji, treba pažljivo uzeti anamnezu i obaviti kompletan klinički pregled, uz osnovnu dopunsku dijagnostiku. Sve nalaze treba dobro kritički razmotriti.

KLJUČNE REČI: bol, holecistitis, angina pectoris

e-mail: dr_goran_nikolic@yahoo.com

20.

AKUTNI KORONARNI SINDROM SA ST ELEVACIJOM (STEMI) PREHOSPITALNA PRIMENA TROMBOLITIČKE TERAPIJE -PRIKAZ SLUČAJA

Vuk Niković(1), Anton Laggner(2), Dušan Milenković(3), Tatjana Rajković(3), Srđan Nenek(4)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ CRNE GORE – PODGORICA, (2)UNIVERZITECKA KLINIKA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ AKH HOSPITAL BEČ, (3) ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ, (4)DOM ZDRAVLJA KOVIN- HITNA MEDICINSKA POMOĆ

UVOD: Akutni koronarni sindrom predstavlja naglo nastalu ishemiju miokarda koja može biti praćena većom ili manjom nekrozom miokarda. Dijagnoza akutnog koronarnog sindroma sa ST elevacijom se postavlja kada pacijent ima tipične ishemijske simptome i perzistentnu ST elevaciju na EKG-u. Prehospitalni tretman akutnog koronarnog sindroma i ordiniranje trombolitičke terapije uz strogo

definisane indikacije ima veliki značaj u povećanoj stopi preživljavanja pacijenata jer s razlogom trombolitičku terapiju nazivaju i hemijski by-pass.

CILJ: Cilj rada je da se prikaže značaj prehospitalne trombolize u slučaju akutnog koronarnog sindroma sa ST elevacijom.

MATERIJAL I METODOLOGIJA: U ovom radu je prikazan slučaj muškarca starog 56 godina sa kliničkom prezentacijom bola u grudima nastalog usled okluzije koronarnih krvnih sudova.

REZULTAT I DISKUSIJA: Nakon 10 km svakodnevne, uobičajene jutarnje vožnje bicikla pacijent je osetio bol u grudima praćen otežanim disanjem. Hitnu medicinsku pomoć pozvana u 06:24h. U autu hitne pomoći urađen elektrokardiogram na kome se pokazuje ST elevacija u prekordijalnim odvodima od V1 do V6. Arterijski pritisak 160/90 mmHg, srčana frekvencija 70/min, saturacija kiseonika SpO₂ 96%, stanje svesti GCS 15. Odmah ordinirana terapija Zofran 4 mg, Aspirin 500 IV, 4000IJ Heparina, Vendal 10 mg.

U 06:55h ordinirana Metalyza amp.6000IJ - 30mg i infuzija Ringer laktata 500 ml. Pacijent transportovan u kliniku za Hitnu medicinsku pomoć gde su urađene laboratorijske analize i ultrasonografija srca. Troponin 0.025 ng/ml, ASAT 170 U/L, ALAT 81 U/L, Gama GT 148 U/ LDH 341 U/L, Laktat 5.8 mmol/l.

Ultrasonografija srca pokazuje akineziju prednjeg zida i septuma kao i povećanje dijametra lijeve komore na 3.19 cm. U toku opservacije ST elevacija se redukovala ali je pacijent i dalje imao bol u grudima nakon čeka je odlučeno da se uradi perkutana koronarna intervencija PCI. Nalaz PCI je pokazao proksimalnu LAD stenozu od 90% TIMI III i pacijentu je plasiran STENT.

KLJUČNE REČI: Bol u grudima, značaj rane dijagnostike akutnog koronarnog sindroma, prehospitalna tromboliza

e-mail: vuknikovic@yahoo.com

21.

BOL U GRUDIMA

Negovan Vasilijić, Aneta Živulović, Emilio Miletić

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE POMOĆI

Bol u grudima je najčešći razlog zbog koga se bolesnici obraćaju lekarima SHMP, a uzrokuju ga različita oštećenja tkiva.

Pravilno diferenciranje bola prema uzorku nastanka uslov je za njegovo pravilno zbrinjavanje. Dijagnostički postupci obuhvataju anamnezu, klinički pregled i dopunsku analizu. (EKG, RTG, laboratorija) Analizirani materijal uzet je iz protokola ambulantnih i terenskih pregleda u periodu od 01.08.2012. godine do 31.01.2013. godine. Analizirani su pacijenti sa bolom u grudima srčanog porekla- STENOKARDIJA 163 (68.20%), ANGINA PEKTORIS 16 (6.69%), AIM 9 (3.76%) i oboljenja mišićnog skeletnog sistema 51 (21.33%). Ukupan broj pregleda za ovaj period je 8.188 pacijenata. Od toga je 978 pregleda bilo na terenu, a 7210 u ambulanti. Broj pacijenata koji su se javili sa bolom u grudima u ambulanti je 239 (29,18%), 114 žena i 125 muškaraca a na terenu je bilo 29 pacijenata (2.96%). Kod stope pacijenata muškog i ženskog pola iznad 70 godina, bol u grudima je podjednako zastupljena sa po 30 pacijenata (12,55%). Najmanja zastupljenost je kod muškaraca ispod 30 godina, 9 (3.76%). AIM je najmanje zastupljen, sa 9 (3.76%). Od 29 pacijenata sa bolom u grudima na terenu, njih 6 sa ANGINOM PEKTORIS i 8 sa oboljenjem mišićnog skeletnog sistema zbrinuto je na terenu, a ostalih 15 nakon pregleda i ordinirane odgovarajuće terapije prebačeni su u SHMP.

Po završenom pregledu i ordinarnom odgovarajućom terapijom, 143 bolesnika je poslato na Interno odeljenje, a 96 pacijenata zadržano u Hitnoj službi.

Bol u grudima može neposredno da ugrozi život bolesnika, pa je rana dijagnostika bola i adekvatna terapija obaveza svakog lekara Hitne službe.

KLJUČNE REČI: bol u grudima, angina pektoris, stenokardija

22.

STEMI – KROZ DEMOGRAFIJU I VREME

Nikola Gavrilović(1), Mihaela Budimski(1), Kornelija Jakšić-Horvat(1), Milica Veličković(1), Jovanka Milak(1), Andrej Šimon(2)

(1)DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, (2)OPŠTA BOLNICA „RADIVOJ SIMONVIĆ“ SOMBOR

Akutni infarkt miokarda sa klinickom slikom STEMI se menja kroz vreme i demografiju. Brzi faktori ili "fast" kao što su hrana, socijalni uslovi i ubrzani urbani život su okidači gde se i sama patologija uklapa u vremenske prilike.

CILJ: Pokazati u kom pravcu i na koji način se menja STEMI prema demografskim varijablama.

METODOLOGIJA: Retrospektivna analiza protokola SHMP Subotica od juna 2012 do marta 2013 god. Podaci su obrađeni χ^2 testom i u ANOVA statističkoj metodi.

REZULTATI: Obradeni rezultati su pokazali da je vremenski period nastanka STEMI bio ujednačen sa nesto jačim izdvajanjem u poslepodnevnim satima 22(30,56%). Dominantniji su bili muškarci 48 (68,57%). Osobe sa STEMI su bile u starosnoj dobi 50-59 god 22 (30,56%) Najviše ih je bilo u zimskom periodu po 11(15,28%) u mesecu I i II. U najvećem procentu su bili normotenzivni 32 (44,44%), normokardni 53(73,61%), a 5(7%) pacijenata je bilo u hipoksiji. Najviše je bilo pacijenata sa intezitetom bola 9, 14(19,44%).

ZAKLJUČAK: Na osnovu obrađenih podataka, naučne literature dolazimo do zaključka da su granice STEMI u odnosu na demografiju izmenjene: nastaje u poslepodnevnim satima, kod radno sposobnih. Jedina varijabla koja je bila bez promene je dominantnost muškog pola.

KLJUČNE REČI: STEMI, akutni infarkt miokarda

23.

ZNAČAJ VREMENSKOG FAKTORA ZA IZBOR HOSPITALNOG TRETMANA I JEDNOGODIŠNJEG PREŽIVLJAVANJA PACIJENATA SA AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA

Radojka Jokšić-Mazinjanin (1), Milena Jokšić Zelić (2), Tanja Popov (3), Siniša Saravolac (1), Siniša Šijačić (2), Gordana Panić (3)

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

CILJ RADA je da se prikaže uticaj proteklog vremena od pojave bola u grudima na izbor hospitalnog tretmana kao i na jednogodišnje preživljavanje pacijenata nakon akutnog infarkta miokarda.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je prospektivno i observaciono sprovedeno tokom dve godine u Službi hitne medicinske pomoći DZ Bečej, Zavodu za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad i Institutu za kardiovaskularne bolesti u Sremskoj Kamenici. Tokom 2010. godine pacijenti su uključivani u studiju, a potom je svaki pacijent praćen godinu dana. U istraživanje su uključeni pacijenti kod kojih je hospitalno potvrđen AIM sa ili bez ST elevacije, koji su preživeli 24h nakon hospitalizacije i potpisali pismeni pristanak o učešću u studiji.

REZULTATI: U istraživanje je uključeno 353 pacijenata, 205 muškaraca i 148 žena. Dijagnoza AIM bez ST elevacije je potvrđena kod 105 pacijenata, a AIM sa ST elevacijom kod 248. Reperfuziona terapija je primenjena kod 268 (75,92%) pacijenata. Dvanaest meseci nakon otpusta preživelo je 306 (86,69%) pacijenata. Vrsta primenjenog hospitalnog tretmana (perkutana koronarna intervencija, tromboliza, operacija, medikamentozni tretman) u grupi pacijenata sa AIM sa ST elevacijom zavisila je od vremena proteklog od pojave bola do poziva HMP (466,06±1079,69 minuta), a samim tim i od ukupnog prehospitalnog vremena (539,16±1085,37 minuta). Na jednogodišnje preživljavanje uticao je primenjeni hospitalni tretman i ukupno vreme od pojave bola do revaskularizacije (1170,30±3922,34 minuta). U grupi pacijenata kod kojih je dijagnostikovao AIM bez ST elevacije izbor hospitalnog tretmana zavisio je od vremena provedenog u prijemnoj kardiološkoj ambulanti i koronarnoj jedinici (zbog neophodne dodatne dijagnostike) do revaskularizacije jer je direktno uticalo na ukupno vreme od pojave bola do revaskularizacije, a jednogodišnje preživljavanje od vrste hospitalnog tretmana i navedenog vremena.

ZAKLJUČAK: Vreme je važan faktor kod bola u grudima i ono direktno utiče na izbor hospitalnog tretmana i primenu reperfuzionih mera, a samim tim i na jednogodišnje preživljavanje pacijenata nakon

akutnog infarkta miokarda. Skraćivanjem prehospitalnog vremena doprinelo bi boljem jednogodišnjem preživljavanju pacijenata.

KLJUČNE REČI: hospitalni tretman, jednogodišnje preživljavanje, akutni infarkt miokarda

24.

AKUTNA SRČANA INSUFICIJENCIJA IZMEĐU PREPORUKA I REALNOSTI

Tatjana Mičić, Ivana Milenković, Jelena Cvetković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Akutna srčana insuficijencija najčešće predstavlja pogoršanje već postojećih simptoma hronične srčane insuficijencije, ali može biti i srčana insuficijencija "de novo." Razlozi koji dovode do akutne srčane insuficijencije mogu biti kardijalne i nekardijalne prirode.

CILJ: Utvrditi da li u svakodnevnom radu pratimo preporuke.

MATERIJAL I METOD: Analiza aktuelnih preporuka za lečenje srčane insuficijencije i lekarskih izveštaja ZHMP Niš.

REZULTATI: Akutna srčana insuficijencija predstavlja urgentno stanje i često se tretman ovih pacijenata odvija istovremeno sa dijagnostičkim postupcima. Terapija akutne srčane insuficijencije je farmakološka i nefarmakološka. Farmakološka terapija, u zavisnosti od vitalnih parametara, podrazumeva: kiseonik, diuretike, opijate, intravenske vazodilatatore, inotropne i druge lekove. Tokom terapije neophodan je kontinuirani monitoring vitalnih parametara. Naši pacijenti sa akutnom srčanom insuficijencijom najčešće su dobijali kiseonik, diuretik, vazodilatator intravenski ili sl, digoksin, antiaritmike, aminofilin i kortikopreparate, a ostale lekove u manjem procentu.

DISKUSIJA: Prilikom terapije akutne srčane insuficijencije, potrebno je utvrditi da li pacijent već ima hroničnu srčanu insuficijenciju i da li postoje uzroci koji je pogoršavaju (hronična opstruktivna bolest pluća, bubrežna insuficijencija, anemija itd), da li postoje precipitirajući faktori kao što su aritmija, hipertenzija, akutni koronarni sindrom i šta od navedenog u datom trenutku vitalno ugrožava pacijenta. Naši lekari su u najvećem broju slučajeva poštovali aktuelne preporuke za lečanje akutne srčane insuficijencije. Zapaža se da su pacijenti koji boluju od hronične opstruktivne bolesti pluća dobijali i Aminofilin i kortikopreparate, iako aktuelne preporuke to ne podržavaju.

ZAKLJUČAK: Akutna srčana insuficijencija predstavlja stanje koje vitalno ugrožava pacijenta i zahteva urgentan tretman. Potrebno je poznavati i poštovati preporuke, ali zbog kompleksnosti mehanizama aktiviranih u srčanoj insuficijenciji, prehospitalni terapijski pristup mora da se prilagodi svakom pacijentu.

KLJUČNE REČI: akutna srčana insuficijencija, preporuke, terapijski pristup

25.

PREHOSPITALNI TRETMAN AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

Katarina Stošić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Akutni infarkt miokarda (AIM) je vitalno ugrožavajuće stanje i predstavlja jedan od vodećih uzroka mortaliteta i morbiditeta. Glavni način lečenja sastoji se u što ranijem otvaranju okludirane arterije.

PRIKAZ PACIJENTA: Pacijent star 64 godine dolazi oko 04h ujutru u ambulantu ZHMP Niš zbog bolova i pečenja iza grudne kosti koji traju 1h. Dijabetičar je na oralnoj Th. Pacijent je svestan, orijentisan, afebrilan, eupnoičan, srčani tonovi su tihi, blede boje kože. TA(D=L)120/70mmHg, SF100/min, RF16/min, ŠUK 8,0mmol/l. Na EKG-u nalazimo sinusni ritam, SF 100/min, elevaciju ST-segmenta D2,D3,AVF za 3-4mm i depresiju ST-segmenta u D1 i AVL. Desni odvodi su uredni. Postavlja se Dg AIM dijafragmalne lokalizacije. Otvaraju se dve venske linije, pacijent dobija sprej NTG 2x sl, tbl ASA 300mg sl, 300mg Clopidogrel-a per os, amp Enoxaparina 0,3 iv, amp Controloc 40mg iv, uključuje se sol NaCl 0,9% 500ml iv i ordinira amp Metalyse® prema telesnoj težini-9ml iv. Pacijent je sve vreme monitoriran, aplikovan je O₂-8l/min i transportovan je do Klinike za kardiologiju. Sat vremena nakon fibrinolitičke terapije, ST segment se vraća na izoelektričnu liniju, uz pojavu QS formacije i negativnih T talasa u D3 i AVF. Dalji tretman i oporavak pacijenta protekao je bez komplikacija.

DISKUSIJA: Pravovremena Dg i adekvatna Th ključni su u tretmanu pacijenta sa AIM. Način otvaranja okludirane arterije zavisi od opremljenosti ekipa HMP i dostupnosti sale za kateterizaciju. Kod svakog pacijenta sa bolom u grudima neophodno je merenje TA na obe ruke, kod svakog AIM dijafragmalne

lokalizacije obavezni su desni odvodi, a upotreba NTG kod AIM ove lokalizacije treba da bude pažljivo razmotrena.

ZAKLJUČAK: Vreme je mišić. Edukovanost i opremljenost ekipa HMP ključni su za adekvatan prehospitalni tretman pacijenata sa AIM.

KLJUČNE REČI: AIM, prehospitalni tetman

26.

GUBITAK SVESTI KAO POSLEDICA ISHEMIJE MIOKARDA – PRIKAZ SLUČAJA

Saša Ignjatijević, Tatjana Rajković, Branislav Ničić, Ivana Ilić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

Gubitak svesti se opisuje kao iznenadni, prolazni i kratkotrajni prekid kontinuiteta svesti praćen gubitkom mišićnog tonusa. Najveći broj epizoda gubitaka svesti je izazvan sinkopom ili epileptičnim napadom. Sinkopa nastaje usled opšte hipoperfuzije moždane kore izazvane smanjenim arterijskim pritiskom.

Više grupa faktora mogu dovesti do nastanka sinkope i njihovo delovanje je uslovljeno različitim patofiziološkim mehanizmima. Jednoj od grupa pripadaju faktori koji su izazvani strukturalnim promenama na srcu i disritmijama. Među njima se ističu akutna ishemija miokarda. Osim ovih ishemjskih promena na miokardu i poremećaji ritma (supraventrikularne i ventrikularne tahikardije) mogu dovesti do sinkopa.

KRATAK PREGLED SLUČAJA: Radi se o 59-o godišnjem muškarcu koji je na ulici doživeo kratkotrajni gubitak svesti. Po dolasku ekipe hitne pomoći je svestan sa normalnim vitalnim parametrima i EKG-om bez patoloških promena. Dovežen je do jedinice za opservaciju Zavoda za hitnu medicinsku pomoć u Nišu. Bolesnik je pre 10 dana imao gubitak svesti, kada mu je neurolog preporučio da uradi i holter monitoring srca. U trenutku gubitka svesti je nosio holter. Iz opservacije je upućen kardiologu sa normalnim vitalnim parametrima i EKG - om koji ne pokazuje nikakve elektropatološke promene i bez ikakvih subjektivnih tegoba.

U prijemnoj ambulanti bez subjektivnih tegoba, ali zbog promena na EKG-u (elevacija ST segmenta u D₂, D₃ i aVF odvodima sa depresijom ST segmenta u V₃-V₆), bolesnik je hospitalizovan.

Narednog dana nakon koronarografije koja je pokazala stenozu od 99% na cirkulirajućoj arteriji i 70% na prednoj descedentnoj postavljena su tri stenta. Holter koji je rađen nakon implantacije stentova ne pokazuje epizode VT. Izveštaj holtera koji je bolesnik nosio u trenutku gubitka svesti pokazuje epizode VT kojima prethodi ishemija miokarda. Nakon ovoga bolesnik nastavlja lečenje u Inštitutu Radon.

DISKUSIJA: Išemija miokarda i posledični poremećaji ritma mogu biti uzrok sinkope kao i naprasne srčane smrti, te se pravovremenom dijagnostikom može sprečiti fatalan ishod.

KLJUČNE REČI: gubitak svesti, ishemija miokarda

e-mail: siscrat@gmail.com

27.

AKUTNI INFARKT MIOKARDA KOD PACIJENATA SA DIJABETESOM-PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Cvetković, Maja Knežević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: U akutnom infarktu miokarda (AIM) najvažniji simptom je bol. Podaci o karakteru, težini, lokaciji, dužini trajanja, širenju, prisustvu pridruženih simptoma kao što su, dispnea, preznogavanje, omaglica, sinkopa ili palpitacije su dragoceni u postavljanju sumnje na AIM.

PRIKAZ PACIJENTA: Ekipa hitne pomoći pozvana na treći red hitnosti zbog sumnje na hipoglikemiju. Bolesnica stara 73god. je dijabetičar na inzulinskoj terapiji, žali se na malaksalost, preznogavanje i sumnju na pad šećera. Zatičemo je u svesnom stanju, sedećem položaju gde pri prvom kontaktu uočavamo amputiranu desnu nogu do kolena, dok je leva noga u gipsu zbog preloma kostiju potkolenice koji se desio pre četiri dana. Na srcu srčana akcija ritmična, prisutan sistolni šum nad aortom, na plućima bronhovezikularno disanje, trbuh iznad ravni grudnog koša, palpatorno mek bolno neosetljiv. Vitalni parametri: TA140/80mmHg, SF-80/min, RF-16/min, SpO₂-98%, ŠUK-29,4mmola/l. EKG: sinusni ritam, elevacija ST segmenta od 3mm D₂, D₃, AVF, 2mm V₄-V₆, Q zubac D₃, ushodno podizanje STsegmenta u V₃, despresija ST segmenta u V₂ od 2mm. Na osnovu utvrđenih dijagnostičkih parametara primenjena

antitrombocitna, vazodilatatorna i gastroprotektivna terapija. Radi daljeg praćenja pacijentkinja upućena na kliniku za kardiologiju sa dijagnozom: Infarctus myocardi inferioris acutus.

DISKUSIJA: Većina pacijenata sa akutnim infarktom miokarda ima tipične bolove, koji se mogu javiti nakon povećanog fizičkog napora, stresnih situacija, obilnijih obroka, infektivnih zapaljenskih procesa. Kod starijih osoba i dijabetičara mogu se javiti u atipičnom obliku kao gušenje, malaksalost, mučnina. U 25% pacijenata sa akutnim infarktom miokarda nema razvoja značajnih simptoma koji bi ih uputili da potraže medicinsku pomoć. Ekvivalenti anginoznog bola u vidu: gušenja, izolovanog stezanja u grlu, osećaja težine u jednoj ruci, podrigivanja, mučnina i povraćanje javljaju se u najvećem broju kod dijabetičara zbog oštećenja mikrocirkulacije i neuroloških oštećenja.

ZAKLJUČAK: Nije svaki bol u grudima akutni infarkt miokarda a nije ni akutni infarkt miokarda samo bol u grudima.

KLJUČNE REČI : Akutni infarkt miokarda, simptomi

e-mail: jelena134@gmail.com

28.

KOMPLIKACIJE STEMI INFERIORNOG ZIDA U RADU SLUŽBE HITNE POMOĆI - PRIKAZ SLUČAJA-

Bojana Uzelac, Violeta Janković

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

UVOD: Infarkt miokarda sa ST elevacijom (STEMI) inferiornog (dijafragmalnog) zida najčešće nastaje okluzijom desne koronarne arterije (DKA), ređe okluzijom cirkumfleksne grane leve koronarne arterije (a.Cx). Elektrokardiografski se registruje konveksnom ST elevacijom u odvodima II, III i aVF.

CILJ RADA je prikazati kliničke i EKG komplikacije infarkta miokarda inferiornog zida, zbog adekvatnog prehospitalnog zbrinjavanja istih, pored davanja osnovne terapije za AKS i pripreme za pPCI.

METOD RADA je prikaz slučaja 51-godišnjeg muškarca sa bolom u grudima, koji se klinički prezentuje kao AKS.

REZULTATI su pokazali da pored kliničkih komplikacija: vagusne simptomatologije, hemodinamske nestabilnosti, bradikardije, hipotenzije uz druge znake i simptome mogućeg infarkta desne komore (IDK), postoji i patološki EKG. Prisutne su jasne ST-elevacije u II, III, aVF odvodima, sa ST-depresijom I i aVL, što odgovara početnoj dijagnozi STEMI inferiornog zida. Dalje komplikacije se odnose na samu veličinu infarkta: ST-depresija u V1-V3, sa pozitivnim terminalnim T talasom govori za pridruženi posteriorni infarkt, a ST-elevacija u V4R-V6R o prisutnom infarktom desne komore. Zatim, osnovni ritam nije sinusni, već imamo nodalni ritam izmicanja: prisutan je AV blok III stepena (totalni blok). Pretkomore rade svojom frekvencom od oko 100/min, a komore svojom, sporom od oko 40/min.

ZAKLJUČAK: Prepoznavnje komplikacija je omogućilo pravilan multiterapijski pristup: ordinirana je osnovna terapija za AKS, vodeći računa o kontraindikacijama zbog IDK, korigovane komplikacije-bradikardija zbog totalnog AV bloka, hipotenzija zbog IDK, bol; pacijent stabilizovan, terapijski pripremljen za p PCI i transportovan u salu za kateterizaciju.

KLJUČNE REČI: STEMI inferiornog zida, komplikacije, klinička slika, EKG, prehospitalna terapija.

29.

PERICARDITIS EXUDATIVA - "VUK U JAGNJEĆOJ KOŽI"

Elizabeta Jovanović, Dragana Ševo, Aleksandra Stankov, Jadranka Trifunov

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Pericarditis je retka bolest srčane maramice koja sa najčešće javlja u sklopu drugog oboljenja ili kao komplikacija osnovne bolesti. U toku pericarditisa srčana maramica postaje natečena, crvena, sa mogućom pojavom eksudata ili krvi u perikardnom prostoru, (hemopericard) i/ili prisustvo vazduha (pneumopericard).

CILJ: Značaj urgentne ehokardiografije u detekciji slobodne tečnosti u perikardu

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz slučaja, Ambulantni protokol i UZ protokol

PRIKAZ SLUČAJA: Muškarac, star 28 godina, dolazi na pregled u ambulantu hitne pomoći zbog zamora, malaksalosti i ubrzanog rada srca. Unazad mesec dana ima suv nadražajni kašalj praćen subfebrilnom temperaturom 37,3°C zbog čega se obraća izabranom lekaru, slabo reaguje na primenjenu terapiju

tbl.Hemomycin a 500mg. Pri pregledu pacijent svestan, orijentisan, eupnoičan, subfebrilan, astenične građe. Koža i vidljiva sluzokoža su bleđe kolorisane, odaje utisak lakšeg pacijenta. Štitna žlezda se ne palpira. Hematološke analize u referentnim granicama. Cor/srčana akcija ritmična, tonovi jasni, šumova nema. Pulmo/vezikularno disanje bez pratećih šušnjeva.Vitalni parametri TA160/110 mmHg, SF115/min, SaO₂ 98%, TT37,3C.^o, EKG/sinusni ritam, mikrovoltaža R zupca od V1 do V6. Inicijalna TH, tbl Presolol a50 mg sl postavljen venski put. Zbog promena na EKG indikovana ehosonografiju.EHO/vide se normalni dijometri srčanih šupljina. Miokard, normaljne debljine uz očuvanu globalnu kontraktilnost. Aorta u korenu normalnog dijametra, trovelna, uz očuvanu separaciju aortnih kuspisa. Cirkularno oko celog srca prisutan perikardni izliv najveći ispred vrha srca 20mm. Nije prisutna dijastolna kompresija komora i pretkomora. Vena cava inferior dijametra 20mm bez inspiratornog kolapsa. Pacijent upućen u cilju dalje dijagnostičke evaluacije kardiologu u pratnji ekipe ZHMP pod DG. Effusio pericardi.

ZAKLJUČAK: Niska voltaža R zupca na elektrokardiogramu može se naći kod većieg broja oboljenja: kod levostranog masivnog pneumotoraksa, hipotireoidizma, kod velikih perikardnih izliva, kod dilatacije srčanih šupljina (miokarditisa, dilatantna kardiomiopatija, infarkta). Urgentna ehokardiografija je vredan dijagnostički modalitet, najsenzitivnija i najspecifičnija metoda u detekciji perikardnog izliva. Poseban značaj ima u urgentnim stanjima kada su rana dijagnoza i ciljana terapija osnova za optimalni ishod.

KLJUČNE REČI: eksudativni perikarditis

30.

PREHOSPITALNI TRETMAN PAROKSIZMALNE SUPRAVENTRIKULARNE TAHIKARDIJE (PRIKAZ SLUČAJA)

Maja Kostić, Ana Đokić

DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA

UVOD: PSVT predstavlja iznenadnu pojavu ubrzanja srčane frekvence zbog ektopičnih impulsa ili kružnog kretanja impulsa sa frekvencom između 140-250/min. Na EKG se p talas obično ne vidi, QRS kompleks je normalnog izgleda, rastojanje između QRS kopleksa je jednako a ST segment je horizontalan, descedentan ili ascedentan.

CILJ: Prikaz pacijenta koji je uspešno konvertovan na terenu.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka:knjiga poziva, protokol DZ Bela Palanka službe HMP, lekarski izveštaj.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv je primljen kao II red hitnosti. Pacijentkinja je sa tegobama u vidu ubrzanog i nepravilnog rada srca. Do sada je imala više takvih epizoda. Na pregledu svesna, orjentisana, afebrilna, eupnoična, bleđa, preznojena. Vitalni parametri TA 110/60mmHg, SF 160/min, RF 16/min, SpO₂ 95%, Gly 6mmol/l, TT 37C.^o. U fizikalnom nalazu Cor: tahikardična, tonovi jasni, šumova nema. Pulmo: normalan disajni šum. Neurološki nalaz: bo. Abdomen: u ravni grudnog koša, palpatorno bolno neosetljiv, jetra i slezina se ne palpiraju. Pulsevi nad a.femoralis jednaki. EKG SF160/min, p talas se ne vidi, QRS uzan, ST descedentna depresija u D1, D2 i aVF, V5 i V6; Neg T u D3, blok desne grane. Postavljena radna dijagnoza PSVT. Otvorena venska linija. Pokušan Valsava manevar, O₂ 5l/min. Monitorong na defibrilatoru tokom infuzije amp Amiodaron 300mg u solNaCl 0,9% 300ml. Nakon terapije uspostavio se sinusni ritam, SF 85/min.

DISKUSIJA: Najčešći simptomi PSVT su lupanje srca, nedostatak vazduha, bol u grudima, preznojavaње. Obično traje nekoliko minuta, sati pa i dana. Kod osoba bez oštećenja srca osim palitacija nema značajnijih simptoma. Kod strukturnog oštećenja srca, traje duže, dovodi do miokardne ishemije pa se javlja i bol. U prehospitalnim uslovima veoma je važno postaviti radnu dijagnozu na osnovu kliničke slike, fizikalnog nalaza i pristupiti terapiji. Otvoriti vensku liniju, pratiti na monitoringu, uključiti O₂ i dati odgovarajuću antiaritmijску terapiju. U našim uslovima najčešće amp Amiodaron-a. Hemodinamski nestabilni pacijenti zahtevaju hospitalizaciju. Pacijenti sa konvertovanom PSVT mogu se otpustiti kući nakon perioda opservacije. Prilikom otpuštanja treba savetovati izbegavanje deklanširajućih faktora, primenu Valsava manevra i usmeriti na dalje kontrole.

ZAKLJUČAK: Pacijent sa PSVT zahteva hitnu dijagnostiku, brzu i adekvatnu terapiju u skladu sa standardnim protokolima, EKG monitoring i primenu antiaritmijске terapije.

KLJUČNE REČI: PSVT, prehospitalni tretman.

e-mail: dr.anadjokic@gmail.com

31.

BOL U GRUDIMA U RADU SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Aleksandar Damjanović

DOM ZDRAVLJA TEMERIN

UVOD: Bol u grudima je čest razlog javljanja pacijenata lekaru. Uzroci su različiti, od sasvim banalnih, pa do onih koji ugrožavaju život pacijenta. Opština Temerin ima oko 30 hiljada stanovnika. Prema postojećim normativima imamo pravo na 5 lekara u službi hitne medicinske pomoći (SHMP), odnosno u smeni imamo samo jednu ekipu koja se sastoji od lekara, tehničara i vozača. Česte su situacije kad se istovremeno javljaju pacijenti sa bolom u grudima u ambulanti i na terenu. Na lekaru je veoma težak zadatak da pored dobro uzete anamneze i kvalitetnog medicinskog znanja, donese odluku o načinu i daljem toku lečenja. Nadam se da će lekarima od pomoći biti i poznavanje određenih statističkih parametara, odnosno u kojim starosnim grupama, kod kojeg pola i u kojim godišnjim dobima se može sa većom verovatnoćom očekivati da bol u grudima bude kardiovaskularnog porekla.

CILJ RADA: Predstaviti distribuciju bola u grudima kardiovaskularnog i nekardiovaskularnog porekla po polu, starosti i mesecima u godini.

METOD RADA: Retrospektivna analiza podataka iz knjiga protokola SHMP Temerin za preglede na terenu, preglede u ambulanti i e-kartona za period od 01.01.2012.godine do 31.12.2012.godine. Prikupljeni su podaci o pacijentima koje su se u toku 2012 godine javili SHMP Temerin pri čemu je jedna od tegoba koju su naveli bio bol u grudima. Za pacijente, kojim se primarnim pregledom nije mogao utvrditi uzrok bola te su upućeni u ustanovu sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, korišteni su podaci iz e-kartona pacijenta uneti od strane izabranog lekara pacijenta po povratku pacijenta iz ustanove u koju je bio upućen.

REZULTAT RADA: Na teritoriji opštine Temerin u 2012. godini od strane SHMP Temerin pregledano je ukupno 8246 pacijenata. Od toga 5265(63.9%) u ambulanti i 2981(36.1%) na terenu. Od ukupnog broja pacijenata, bol u grudima kao tegobu navela su 342 pacijenta (4,1%). U 9 slučajeva postojala je zloupotreba SHMP, gde su pacijenti naveli da imaju bol u grudima kako bi ekipa SHMP izašla kod njih na teren, a potom negirali da su imali bolove u grudima i izneli druge banalne tegobe. Izuzimajući navedenih 9 slučajeva ukupan broj pacijenata koji su se SHMP obratili zbog bola u grudima bio je 333(4% od broja ukupno pregledanih pacijenata). Bol u grudima kardiovaskularnog uzroka utvrđen je kod 119 pacijenata, od čega je 70 pacijenata bilo muškog pola, a 49 pacijenata ženskog pola. Akutni koronarni sindrom (AKS) je dijagnostifikovan kod 46 pacijenata (13,8% od svih pacijenata sa bolovima u grudima). Najveća zastupljenost bolova kardiovaskularnog porekla je utvrđena u starosnim skupinama grupa od 51-60 godina kad je reč o muškarcima i 61-70 godina, kod pacijenata ženskog pola. Bolovi kardiovaskularnog porekla bili su češći u zimskim mesecima. Od svih pacijenata sa bolom u grudima, prvi kontakt sa SHMP dolaskom u ambulantu ostvarila su 159 pacijenata, dok su na terenu pregledana 174 pacijenta sa ovom tegobom. Kad je reč o pacijentima sa AKS, prvi kontakt sa SHMP dolaskom u ambulantu ostvarilo je 20 pacijenata, dok je kod 26 pacijenata AKS utvrđen na terenu.

ZAKLJUČAK: Rezultati analize pokazuju da postoje statistički značajne razlike u učestalosti bola u grudima kardiovaskularnog porekla kod različitih starosnih grupa i u različitim godišnjim dobima. Poznavanje navedenih parametara može pomoći lekaru da donese najoptimalniju odluku o prioritetima za hitno započinjanje dijagnostičkih i terapijskih procedura.

Ključne reči: Bol u grudima, hitna pomoć

e-mail: adamjanovic77@yahoo.com

32.

NOVOOTKRIVENI DEFEKT PRETKOMORSKE PREGRADE KAO UZROK TAHIARITMIJE APSOLUTE – PRIKAZ SLUČAJA

Nikola T. Kostić

DOM ZDRAVLJA GRAČANICA – SLUŽBA ZA KARDIOLOGIJU

CILJ RADA: Cilj rada je prikaz slučaja pacijentkinje koja je došla na pregled zbog palpitacija, a kojoj je otkriveno postojanje urođene srčane mane.

MATERIJAL I METODE: Metodom prikaza slučaja se predstavlja pacijentkinja sa defektom pretkomorske pregrade (ASD), koja je prvi put otkrivena u poznim godinama života.

REZULTATI: Pacijentkinja stara 67 godina se javila lekaru zbog osećaja lupanja i preskakanja srca i opšte nelagodnosti. Pacijentkinja je izjavila da do tada nije bolovala od srca, mada se neredovno leči. Za ove tegobe navodi da traju duže vreme (više od 6 meseci), ali da su se sada intenzivirali i da je morala da se javi lekaru.

Tokom pregleda se beleži srčana radnja koja je aritmična, jasnih tonova i sa prisutnim sistolnim šumom na vrhu (2/6). Krvni pritisak je bio 130-80 mmHg. Nad plućima se beleži normalan disajni šum, bez uvećane jetre i slezine i bez otoka. EKG pokazuje postojanje fibrilacije pretkomora sa apsolutnom aritimijom komora i srčanom frekvencijom komora od 120-170 u minuti. Pacijentkinji je dat Verapamil i komorska frekvencija je pala na 80-120 u minuti. Urađen je ultrazvuk srca koji je pokazao postojanje uvećanja obe pretkomore, uz urednu kontraktilnost komora i uz blagu mitralnu regurgitaciju. Tada je uočeno i postojanje defekta pretkomorske pregrade koje je iznosilo 1,1 cm, sa jasnim dopler registrovanjem protoka. Pacijentkinja prvi put radila ultrazvuk srca i zanimljivo je spomenuti da je rodila troje dece.

Nakon stabilizovanja stanja i regulisanja srčane frekvencije, ali ne i ritma (i dalje ima pretkomorsko treperenje), pacijentkinja je upućena na ekspertske transtorakalni ultrazvuk koji je potvrdio postojanje ASD, a potom i na transezofagusnu ehokardiografiju i kardiološki konzilijum (što pacijentkinja odbija da uradi).

ZAKLJUČAK: Pojava tahiaritmije je dovela do dijagnostikovanja ASD. Verovatno je veličina defekta dovela do toga da se uvećanje pretkomora, pojava simptoma i sama tahiaritmija pojave tek u sedmoj deceniji.

KLJUČNE REČI: Pretkomorska pregrada, defekt septuma, tahiaritmija apsoluta

e-mail: ntkostic@gmail.com

33.

POREMEĆAJ SRČANOG RITMA NAKON KONZUMIRANJA ENERGETSKIH NAPITAKA

Ivan Antić (1), Vinka Repac (1), Jasna Radišić Bosić (2), Brana Stanimirov (3), Ivan Lukić (4).

(1)DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2)INSTITUT ZA KVB SREMSKA KAMENICA, (3)DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (4)PRIV.ORDINACIJA "SPORTREHAMEDIKA" ZRENJANIN.

UVOD: Energetski napici su postali veoma popularni među tinejdžerima, sportistima, umetnicima, osobama čije okolnosti zahtevaju brzi oporavak od napora dodatnim izvorom energije. U našem okruženju su najčešće korišćena energetska pića koja kao i ostali energetski napici sadrže jedan od tri, ili sva tri aktivna sastojka kofein, taurin i glukuronolakton. Zahvaljujući njima ova pića povećavaju izdržljivost u fizičkim i psihičkim naporima, poboljšavaju koncentraciju, moć zapažanja i stepen budnosti vigilanciju, te pospešuju brzi oporavak posle napora.

CILJ RADA: Da se ukaže da energetske napici mogu biti opasni po život, ako se koriste u većim količinama nego što je preporučeno u deklaraciji (1-2 limenke dnevno).

MATERIJAL I METOD RADA: Prikaz slučaja.

PRIKAZ SLUČAJA: Muškarac star 21 godinu javlja se u ambulantu HMP u Žitištu sa tegobama lupanja srca i vrtoglavice. Na pregledu je TA 130/80mmHg. EKG-tahikardija sa širokim QRS kompleksima gde je HR186/min. Otvorena je venska linija, pacijent dobija amp.Presolola i.v; amp.Digoksina i.v; i amp. Bensedina i.m. Uključen je i kiseonik protokom 5L/min. Izostaje anamnestički podatak da je na samo dva do tri sata pre javljanja lekaru uzeo nekoliko žestokih alkoholnih pića. Halitus se nije osećao. Vrednost glikemije je 4,3mmol/l. Nakon 60 min.opservacije kontrolni EKG pokazuje i dalje široke QRS komplekse, gde je HR 186/min. Urađena je detoksikacija organizma - Sol.Glucose 50% 40ml i.v, amp.Vitamina C i.v; amp.Bedoxina i.v;gde se nakon 30 min HR smanjuje na 150/min, petnaest min.nakon toga na 115/min. Ulazi u sinusni ritam, spontano diše. Sprovedena dijagnostika (laboratorija, RTG, doplerekardiografija, ispitivanje plućne funkcije, štitne žlezde) nije ukazala na postojanje patološkog supstrata.

ZAKLJUČAK: Konzumiranje bioenergetskih napitaka u kombinaciji sa alkoholom dovode do poremećaja srčanog ritma, zbog izuzetnog skoka adrenalina. Registrovane aritmije i podaci potkrepljeni literaturom, dovode do zaključka da je poremećaj ritma uzrokovan hiperadrenergičkim stanjem u okviru preteranog konzumiranja energetskih napitaka i alkohola.

KLJUČNE REČI: energetska pića, kofein, aritmija, adrenalin.

e-mail: aivanvr@gmail.com

34.

PRIKAZ PACIJENTA SA DISEKCIJOM AORTE

Dragana Ševo, Tatjana Rajković, Maja Knežević, Aleksandra Stankov, Elizabeta Jovanović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Aorta je najveća arterija koja prima svu krv koja izlazi iz leve komore i raspoređuje po celom telu, osim u pluća. Disekcija aorte je vrlo ozbiljno stanje, često smrtonosno, koje traži neodložno medicinsko i hiruško zbrinjavanje. Disekcija se definiše, kao raslojavanje zida aorte, usled prodiranja krvi pod pritiskom (tzv. disecirajućihematom) iz lumena aorte kroz rasep na intimi, pri čemu se razara medija, i raslojavaju intima i adventicija, krv ulazi u pukotinu, i tako nastaje drugi, lažni lumen aorte.

CILJ: Prikaz pacijenta sa disekcijom aorte, kod koga je klinička slika prezentovana bolom u lumbalnom delu.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka: knjiga poziva, knjiga protokola Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš, lekarski izveštaj i otpusna lista Instituta za kardiovaskularne bolesti Dedinje.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv je primljen kao treći red hitnosti zbog bola u kičmi. Zatičemo pacijentkinju u sedećem položaju, orošenu znojem, sa rukom na lumbalnom delu kičme. Boja kože blede pepeljasta, a u ležećem položaju gornja polovina tela postaje lividnoprebojena. TA nemerljiva u sedećem položaju na obe ruke, SaO₂ 94%, sf 90/ min, TT/norm, glikemija 6 mmol/l. Pacijentkinja navodi da ima bolove 12h unazad, da su u početku bili lokalizovani na prednjoj strani grudnog koša, a sada oseća nepodnošljive bolove u lumbalnom delu kičme. Navodi da se leči od HTA, operisala aneurizmu cerebri. Na terapiji je Plavix-om i Cardipirinom. Pulmo: Palpatorno prisutna bolna osetljivost, auskultacijom normalan disajni šum, retki pukotibazalno. Cor: Srčana akcija ritmična, tonovi tihi, blag dijastolni šum nad prekordijumom. EKG: sin. ritam, sf 90 min, normogram, bez dinamike u odnosu na raniji EKG. Abdomen: U ravni grudnog koša, palpatorno bolno neosetljiv. Jetra i slezina se ne palpiraju. Lumbalne lože neosetljive na grubu perkusiju. Ekstremiteti: Bez otoka i deformiteta. Obostrano uredne arterijske pulzacije. Otvorena iv linija, ordiniran Sol. NaCl 500 ml, amp.Fentanyl a' 0,01 mg frakcionirano, O₂ 4 l/min, monitorirana do bolnice. Upućena sa dijagnozom – Disectio aortae.

ZAKLJUČAK: Nagli bol, jak i stalan, u grudima ili leđima, je najčešće prisutni simptom u akutnoj fazi, sa pojavom u min. 90% pacijenata. Često je vremenski i topografski u vezi sa inicijalnom laceracijom intime i obrazovanjem lažnog kanala zatim. Stoga, disekcije koje zahvataju ascendentni deo tipično proizvode bol u grudima, dok one koje nastaju u descendentnom delu obično uzrokuju bol u leđima. Faktori rizika za disekciju aorte su: HTA, ateroskleroza, oslabljene i ispučene arterije, problem sa aortnim zaliskom, urođeno suženje aorte, osobe sa određenim genetskim bolestima imaju veću verovatnoću za disekciju. Najvažniji način sprečavanja je držanje krvnog pritiska pod kontrolom.

KLJUČNE REČI: Disekcija aorte, prikaz slučaja

e-mail: draganashevo@hotmail.rs

35.

PAROKSIZMALNA SUPRAVENTRIKULARNA TAHIKARDIJA (PRIKAZ SLUČAJA)

Slavica Stojković, Tatjana Rajković, Aleksandra Stankov, Ivana Ilić
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Paroksizmalna supraventrikularna tahikardija (PSVT) spada u pretkomorske aritmije i podrazumeva iznenadnu pojavu ubrzanja srčane frekvencije. Frekvencija je obično 140-200/min, a na EKG-u postoje karakteristične promene (negativni retrogradni p talasi u odvodima D2, D3 i aVF, ili se p talasi ne razaznaju).

CILJ: Prikaz pacijenta sa PSVT koji je uspešno konvertovan na terenu

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka: knjiga poziva, protokol Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš, lekarski izveštaj.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv je primljen kao 2red hitnosti. Ekipa je pozvana zbog pacijenta koji je osećao ubrzan i nepravilan rad srca praćen preznjavanjem. Do sada je imao više takvih epizoda. Pacijent na pregledu svestan, orijentisan, afebrilan, eupnoičan, bled, preznjoven. Vitalni parametri: TA90/60mmHg, SF160/min, RF18/min, SaO₂97%, ŠUK6,7mmol/l, TT36,7C.U fizikalnom nalazu: Srčana akcija tahikardična, tonovi jasni, šumova nema. Nad plućima normalan disajni šum. Neurološki nalaz-b.o. Abdomen-b.o. Pulsevi nad a.femoralis su jednaki. EKG-p-talasi nevidljiv, QRS uzan, širine 0,04mm, S-T

depresija od 1mm u D2, D3, aVF odvodu, ST depresija od 2mm u V5, V6 odvodu. Postavljena radna dijagnoza PSVT. Postavljena venska linija. Pacijent priključen na monitor defibrilatora. Data amp. Amiodaron 150mg i.v. sol. 0,9% NaCl 500ml. Nakon terapije na monitoru defibrilatora sinusni ritam SF-85/min.

DISKUSIJA: Prevalenca PSVT je 2.25 slučajeva na 1000 osoba. Mehanizam koji uslovljava pojavu PSVT naziva se reentry mehanizam koji započinje pretkomorska ekstrasistola. Pojavu PSVT mogu da uslove i hyperthyroidizam kao i neki drugi stimulansi npr. kofein i alkohol. PSVT se javlja kako kod zdravih tako i kod osoba se prethodnim AIM, prolapsom mitralnog zalistka, perikarditisom, pneumonijom, HOBP, alkoholnom i/ili nikotinskom intoksikacijom. Simptomi mogu biti blagi do ozbiljni. Bolesnik se obično žali na osećaj lupanja srca (96%), vrtoglavicu (75%), nedostatak vazduha (47%), bol u grudima (35%) preznosavanje (17%). U prehospitalnim uslovima terapija ovih bolesnika uslovljena je kliničkom slikom i fizikalnim nalazom, prethodnom terapijom i dostupnom terapijom. Dijagnoza PSVT sa hipotenzijom predstavlja dilemu u odabiru antiaritmika. Amiodaron zbog najmanjeg negativno-inotropnog efekta u odnosu na druge antiaritmike predstavlja najbolji izbor u prehospitalnim uslovima. Obezbeđenje venskog puta i monitoring su preduslovi za adekvatan prehospitalni tretman pacijenata sa PSVT.

ZAKLJUČAK: Pacijenti sa PSVT zahtevaju brzu i adekvatnu terapiju. Za uspešan prehospitalni tretman neophodno je poštovanje protokola, obezbeđenje IV linije, EKG monitoring i adekvatan izbor dostupnog antiaritmika.

KLJUČNE REČI: PSVT, prehospitalni tretman

e-mail: lusaddu@gmail.com

36.

TAHIKARDIJA SA ŠIROKIM QRS KOMPLEKSOM (PRIKAZ SLUČAJA)

Aleksandra Stankov, Elizabeta Jovanović, Tatjana Rajković, Slavica Stojković, Dragana Ševo
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Pod pojmom "Tahikardija sa širokim QRS kompleksom" se podrazumeva srčani ritam sa više od 100 otkucaja u minuti i sa QRS kompleksom u trajanju od 120ms ili više.

CILJ: Prikaz pacijenta sa tahikardijom sa širokim QRS kompleksom.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka: knjiga poziva, protokol Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš, lekarski izveštaj i otpusna lista Klinike za kardiologiju "Radon" Niška Banja.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv je primljen kao 2red hitnosti. Ekipa je pozvana zbog pacijenta koji je pao ali je svestan. Dobijamo podatak da je pacijent srčani bolesnik, imao je infarkt miokarda, pacemaker. Više puta hospitalizovan na kardiologiji, nema dokumentaciju o tome. Dok je radio u dvorištu osetio vrtoglavicu, malaksalost, bol u grudima, zbog čega je pao ali nije gubio svest. Pacijent na pregledu svestan, orijentisan, afebrilan, eupnoičan, bled, preznojen. Vitalni parametri: TA nemerljiva, pipa se puls nad a.radialis, SF~180min, RF/16; SaO₂98%, ŠUK7,9mmol/L; TT36,7C. U fizikalnom nalazu-Srčana akcija tahikardična, tonovi jasni, šumova nema. Nad plućima normalan disajni šum. Neurološki nalaz-b.o. Abdomen u ravni grudnog koša, palpatorno mek, bolno neosetljiv na površnu i duboku palpaciju. Jetra i slezina se ne palpiraju. Pulsevi nad a.femoralis su jednaki. EKG tahikardija sa širokim QRS kompleksom. Postavljena radna dijagnoza Tahikardija sa širokim QRS kompleksom. Postavljena venska linija, pacijent priključen na monitor defibrilatora. Data Amp. Amiodarona 150mg i.v. dat Sol. NaCl 500ml. Nakon terapije na monitoru FA sa SF~70min sa povremenim uključivanjem pacemaker-a, TA 110/70mmHg. Pacijent transportovan do Klinike za kardiologiju gde je hospitalizovan.

DISKUSIJA: Dijagnoza tahikardije sa širokim QRS-om često predstavlja dilemu za lekara posebno u određivanju karaktera tahikardije, koje može biti ventrikularna ili supraventrikularna. U jednom ispitivanju pokazalo se da je samo 32% ispravno dijagnostikovanih tahikardija kod pacijenata koji su imali tahikardiju sa širokim QRS kompleksom gde je ventrikularna tahikardija češće dijagnostikovana kao supraventrikularna nego obrnuto.

ZAKLJUČAK: Pravovremena dijagnoza tahikardije sa širokim QRS-om je veoma bitna jer zahteva brzu terapiju. Dijagnostičke i terapijske greške mogu dovesti do lošeg ishoda posebno ukoliko se ventrikularna tahikardija ne prepozna. Zbog gore navedenog svaku tahikardiju sa širokim QRS kompleksom treba shvatiti kao ventrikularnu tahikardiju dok se ne dokaže drugačije.

KLJUČNE REČI: tahikardija, vrtoglavica, bol u grudima.

e-mail: sanjastankov@gmail.com

37.

AKUTNI EDEM PLUĆA-PREHOSPITALNI TRETMAN

Momir Kitanović(1), Borisav Trajković(2), Emilio Miletić(3)

(1) DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE, (2)DOM ZDRAVLJA BOJNIK, (3)Z.C KNJAŽEVAC

UVOD: Akutni plućni edem (APE) predstavlja jedno od najurgentnijih stanja u medicini. Karakteriše ga naglo nastala dramatična klinička slika i potreba za hitnom medicinskom intervencijom.

Pored podele po mehanizmu nastanka na kardiogeni i nekardiogeni od posebnog praktičnog značaja je podela APE na osnovu izmerenih vrednosti krvnog pritiska na: hipertenzivni, normotenzivni i hipotenzivni, usled razlike u terapijskom pristupu.

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

METOD RADA: Istraživanje je retrospektivno i observaciono. Podaci su prikupljeni iz protokola lekarskih ekipa služe hitne medicinske pomoći (SHMP) Doma zdravlja Vlasotince o pacijentima koji su u periodu od 01.01.2012 do 31.12.2012 godine lečeni zbog APE. Obrađeni su upotrebom statističkih paketa Statistika 7 i SPSS 11.

REZULTATI: U toku 2012 godine ekipe SHMP Vlasotince su pregledale 17364 pacijenata. Kod 0,33 % je postavljena dijagnoza APE. Prosečna starost pacijenata pod dijagnozom APE je iznosila 17,88 godina. Zastupljenost žena je bila 59,71 % a muškaraca 40,29%. Kod 44,64% pacijenata inicijalna izmerena saturacija kiseonika u perifernoj kapilarnoj krvi je bila ispod 80 %. Tahikardnih pacijenata je bilo 76,46 % a hipotenzivnih 2,99%. Diuretici su primenjeni kod 97,01%, kardiotonici kod 35,82%, gliceriltrinitrat kod 29,84%, morfin kod 10,44%,aminofilin kod 73,13%, oksigenoterapija od najmanje 4 l po minutu u 44,77%. Prehospitalno preživljavanje je iznosilo 100%. Nakon primenjene terapije 52,25% pacijenata je transportovano u Urgentni centar Opšte bolnice Leskovac.

ZAKLJUČAK: APE je češće dijagnostikovano kod žena. I pored toga što je kod oko polovine pacijenata izmerena niska saturacija kiseonika nakon primenjene terapije je kod većine došlo do poboljšanja tako da nije postojala potreba za prehospitalnom intubacijom. Visok procenat preživljavanja ukazuje na dobar odgovor pacijenata na adekvatan i blagovremeno primenjen tretman APE kao i na dobru edukaciju medicinskog osoblja SHMP Vlasotince za ovo urgentno stanje.

APE je uglavnom bio kardijalne etiologije.

KLJUČNE REČI: Akutni plućni edem, prehospitalni tretman, služba hitne medicinske pomoći

38.

DISEKCIJA AORTE - PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE

Damir Husović, Faruk Pašović, Mirsala Islamović-Aličković, Aladin Husović, Azra Tuzinac

DOM ZDRAVLJA NOVI PAZAR

CILJ RADA. Cilj rada je bio prikazivanje prehospitalnog prepoznavanja i zbrinjavanja disekcije aorte, kao urgentnog stanja u kardiologiji, a čije se neblagovremeno prepoznavanje može fatalno završiti po obolelog.

MATERIJAL I METODE. U ambulantu hitne pomoći je došao muškarac, starosti 58 godina u pratnji supruge i sina, žaleći se na uporan proliv i povraćanje, koji su počeli pre 24 h. Bolesnik je naveo da je imao preko deset vodenih stolica i da je toliko puta i povraćao. Na pitanje o bolu u abdomenu bolesnik je odgovorio da mu se u poslednjih dva sata javio bol u predelu želuca koji je počeo da se širi u leđa i da se pojačava.

REZULTATI. Bolesniku je naloženo da odmah legne na leđa, savije noge u kolenima, a površnom i dubokom palpacijom abdomena nisu pronađeni znaci akutnog abdomena. U toku samog pregleda bol u epigastrijumu je postajao jači, a bolesnik je bivao orošen hladnim znojem. Krvni pritisak meren nad nadlakticom leve ruke bio je 220/120 mmHg, dok se krvni pritisak nad nadlakticom desne ruke nije mogao izmeriti. Puls nad radijalnom arterijom leve ruke bio je dobro punjen i palpabilan, dok se nad radijalnom arterijom desne ruke nije mogao palpirati. EKG (elektrokardiografski) snimak nije pokazivao specifične promene, tipa akutnog koronarnog sindroma. Anamnestički je dobijen podatak o povišenom krvnom pritisku, a bolesnik je naveo da neredovno pije lekove za njegovu regulaciju. Kako je bolesniku bivalo sve lošije, prebačen je na nosila, intravenskim putem mu je aplikovano 100 mg tramadola i ampula klonetola u bolusu, razblaženi sa 20ml 0.9% NaCl-a. Pacijent je prevežen u koronarnu jedinicu opšte bolnice u Novom Pazaru, sa uputnom dijagnozom disekcija aorte (disectio aortae). Ehokardiografijom je vizuelizovano mesto rascepa intime aorte.

ZAKLJUČAK. Postavljanje dijagnoze disekcije aorte u optimalnom roku, od trenutka kada se oboleli javi lekaru, od presudnog je značaja za započinjanje adekvatnog lečenja i preživljavanja obolelog.

e-mail: husovicdamir@yahoo.com

39.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA KOMATOZNIH STANJA

Marija Stranjanac(1), Gordana Babić(2), Vladimir Stranjanac(3)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK-SHMP, (2) VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, BEOGRAD, (3) UDK TIRŠOVA, BEOGRAD

UVOD. Uzroci kome su brojni: vezani za CNS (traume, CVI, krvarenja u mozgu, meningitisi, encefalitis, tumori, epileptički status), metabolički poremećaji (hipo i hiperglikemije, poremećaj metabolizma vode i elektrolita), hipoksične encefalopatije, insuficijencije pojedinih organa (jetre i bubrega), trovanja različitim supstancama (alkoholom, lekovima, CO), hipo i hipertermija.

CILJ RADA. U radu je prikazan bolesnik sa komom izazvanom elektrolitnim poremećajima nastalim kao posledica psihogene polidipsije u sklopu hroničnog psihijatrijskog oboljenja.

PRIKAZ SLUČAJA. Pacijent muškog pola, starosti 37 godina, dovežen na Kliniku za toksikologiju VMA, u pratnji lekarske ekipe iz Vršačke bolnice, pod sumnjom na trovanje lekovima. Lečen je na odeljenju psihijatrije, zatvorenog tipa, gde je zatečen od strane osoblja pored kreveta, bez svesti, sa povredom glave i povraćanim hematiziranim sadržajem. Prebačen na odeljenje hirurgije, gde je zbrinuta povreda glave. U toku dana pacijent postaje somnolentan, a nakon toga komatozan. Zbog sumnje da se radi o trovanju lekovima upućen na kliniku za toksikologiju VMA.

Na prijemu pacijent u komi, sa reakcijom na grube draži, intubiran, diše spontano, na kiseoničnoj potpori, saturacija 96%, blede kože i vidljivih sliznica. Prisutan hematom levo supraorbitalno, devijacija bulbusa u desno, sa širom reaktivnom zenicom levo. Arterijski pritisak 100/60 mm Hg, frekvencija 64/min, a ostali nalaz po sistemima je bio uredan. Nazogastričnom sukcijom dobijeno 400 ml hematiziranog sadržaja. Toksikološko-hemijskom analizom dokazane su terapijske i subterapijske koncentracije Lamotrigina, Levomepromazina i Lorazepama. Na MSCT glave nisu uočeni znaci hemoragije, ekspanzivnih lezija i edema mozga. Urađena eksploracija od strane gastroenterologa i uključena terapija blokatorima protonске pumpe. U biohemizmu krvi Na+108, Cl-75, K+ 3.3, glukoza 10.8 i urea 2.4 mmol/l; proteini 50 i albumin 24g/l, osmotski pritisak 223, ostali parametri u granicama normale. Od prijema započet monitoring vitalnih parametara uz korekciju elektrolitnih poremećaja. Trećeg dana od hospitalizacije dolazi do oporavka stanja svesti.

ZAKLJUČAK. Multidisciplinarni pristup komatoznom pacijentu omogućava pravovremeno postavljanje dijagnoze i adekvatnu terapiju i izlečenje.

KLJUČNE REČI: diferencijalna dijagnoza, komatozna stanja

e-mail: pileroma@yahoo.com

40.

PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE SUBARAHNOIDALNE HEMORAGIJE-PRIKAZ SLUČAJA

Azra Tuzinac-Hanuša, Fatima Tuzinac-Bošnjak, Aladin Husović, Damir Husović, Faruk Pašović
DOM ZDRAVLJA NOVI PAZAR, HITNA POMOĆ

UVOD: Subarahnoidalna hemoragija (SAH) je krvarenje u subarahnoidalni prostor (SAP) i može biti spontana i traumatska. Spontana se javlja kao posledica ruptуре urođene ili stečene aneurizme, ili ređe, arteriovenske malformacije, kao i ruptуре krvnih sudova na kojima postoji defekt, bez aneurizme.

CILJ: Ukazati na značaj rane diferencijalne dijagnoze između SAH i ostalih patoloških stanja sa sličnom kliničkom slikom i pravovremeni transport ovih pacijenata u specijalizovanu ustanovu za lečenje akutnog moždanog udara.

MATERIJAL I METODE: Prikazujemo slučaj pacijenta sa epileptičkim napadom, koga je ekipa hitne pomoći zbrinula u ambulanti i pod sumnjom na subarahnoidalnu hemoragiju transportovala do neurološkog odeljenja Opšte bolnice Novi Pazar.

REZULTATI: Pacijent starosti 46 godina se javlja u Službu hitne medicinske pomoći, nakon što mu je iznenada pozlilo na ulici. Žali se na mučninu, malaksalost i vrtoglavicu, nije povraćao. Navodi da mu "magli" vid na levom oku, nema glavobolju. Kliničkim pregledom utvrđujemo da je pacijent svestan, afebrilan, orijentisan. Nalaz na srcu i plućima uredan, EKG nalaz uredan, SF=75/min, TA=120/80mmHg, glikemija 7,8mmol/l. Nema disfazije, mimična muskulatura je simetrična, vrat slobodan, proba tonjenja negativna, a stisak šaka simetričan. Meningealni znaci su negativni. Zenice izokorične, reaguju na svetlost. U toku pregleda pacijent počinje da povraća u mlazu, bez napinjanja. Na ciljano pitanje potvrđuje da oseća blagu ukočenost vrata i potiljačnu glavobolju. Iznenada pada na pod i razvija tonično-klonične konvulzije sa izraženim opistotonusom u trajanju od par minuta. Pacijent se postavlja na bok, otvorena je venska linija i ordinirana jedna ampula Diazepam intravenozno. Nakon konvulzija je ordiniran 20% Manitol 250 ml (i.v.infuzija). Pacijent je u ležećem položaju transportovan na neurološko odeljenje pod sumnjom na intrakranijalnu hemoragiju, gde je istog dana urađen CT mozga i lumbalna punkcija i potvrđena dijagnoza subarahnoidalnog krvarenja. Pacijent je hitno transportovan na Neurohirurgiju KC Srbije. Dodatnim dijagnostičkim procedurama je otkrivena aneurizma art. cerebri mediae sin. Operacija i postoperativni tok su protekli uredno.

ZAKLJUČAK: SAH spada u najteže kliničke entitete sa visokom stopom morbiditeta, mortaliteta i invalidnosti preživelih. Stoga, stanje svesti i interval od ispoljavanja kliničke slike do dolaska bolesnika u ustanovu za hospitalizaciju, su od ključnog značaja za povoljniji ishod bolesti.

KLJUČNE REČI: subarahnoidalna hemoragija, prehospitarno zbrinjavanje

e-mail: azra.ema@gmail.com

41.

MENINGOKOKNI MENINGITIS KAO URGENTNO STANJE – PRIKAZ SLUČAJA

Dejan Grujić, Dobrivoje Urošević, Snežana Joševski, Jelena Urošević, Verica Đokić, Renata Mikloš, Igor Kiš
DOM ZDRAVLJA NOVI KNEŽEVAC

UVOD: Meningokokna bolest je teško kontagiozno oboljenje izazvano Neisseria-om meningitidis, koje se najčešće manifestuje kao meningitis ili sepsa. Bolest obično počinje naglo, visokom febrilnošću, groznicom, glavoboljom, mučninom, povraćanjem i poremećajima svesti. Kod velikog broja obolelih javlja se osip koji može imati hemoragičan karakter. Retko, klinička slika može da se razvija postepeno, često uz simptome infekcije gornjih respiratornih puteva. Klinička sumnja na meningitis se uvek postavlja na osnovu prisustva meningealnih simptoma i znakova i indikacija je za lumbalnu punkciju. U stadijumima bolesti kada se klinička slika u potpunosti ispolji, dijagnoza je laka ali prognoza je izuzetno loša, a ishod često fatalan.

CILJ RADA je da ukaže na značaj ranog postavljanja sumnje na meningokoknu bolest i značaj pregleda na prisustvo meningealnih znakova pri pregledu dece.

PRIKAZ SLUČAJA: U službu hitne pomoći u toku pre podneva doveden je dečak starosti 4 i po godine. Prema navodima majke u toku prethodne noći je imao povišenu telesnu temperaturu a tog jutra se osuo. Inspekcijom se na koži lica, trupa i ekstremiteta vide brojne blede crvene, pojedinačne i slivene, ponegde ekskorisane, makule i papule dijametra do 1cm. Osim hiperemičnog ždrebla i subfebrilnosti drugi patološki fenomeni nisu detektovani pregledom. Meningealni znaci su na ovom pregledu bili negativni. Nakon pregleda propisan je antipiretik i zakakazan pregled za popodne. Na popodnevnom pregledu dete je bilo visoko febrilno i somnolentno, povraćalo je i žalilo se na glavobolju. Prethodno opisan osip bio je prisutan jedino u predelu zglobova ručja. Pregledom su nađeni pozitivni meningealni znaci. Dete je hitno, pod sumnjom na meningokokni meningitis upućeno u najbližu opštu bolnicu gde je od strane pedijatra ordinirana empirijska antibiotska terapija a potom transportovano u tercijarnu ustanovu. Dete je sa klinike otpušteno izlečeno.

ZAKLJUČAK: Obzirom na značaj rane dijagnoze meningokokne bolesti tokom kliničkog pregleda svakog deteta sa podatkom o febrilnosti i simptomima infekcije gornjeg respiratornog trakta treba proveriti prisustvo meningealnih znakova.

KLJUČNE REČI: meningokokni meningitis, urgentno stanje

42.

UČESTALOST JAVLJANJA MOŽDANIH UDARA U RADU LEKARA HITNE POMOĆI KRAGUJEVAC

*Goran Ignjatović(1), Dragan Milojević(1), Žaklina Ignjatović(2), Vladimir Gajić(1), Aleksandra Vasović(1),
Jelena Petković(1)*

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

CILJ RADA: Prikaz učestalost AMU za period jul-decembar 2012.godine na teritoriji kragujevacke opštine koji su prvo dijagnostikovali lekari hitne medicinske pomoci.

METODOLOGIJA: Ispitivanje je uvidom u terenske protokole rada ekipa sa pacijentima obolelih od AMU u periodu od 01.07.-31.12.2012.godine, a zatim je izvršena analiza, tabeliranje i statistička obrada dobijenih podataka. Dodatno su analizirani komorbiditeti.

REZULTATI: U periodu od 6 meseci na terenu je pružena pomoć za 12110 pacijenata. Ukupno sa AMU je 148 pacijent (1,22%), pri čemu je 67 muškarca (45.27%) i 81 žene (54.73%). Najviše je pacijenata starosti 80-89 godina i to 21 muškarac (14.19%) i 31 žena (20.95%). AMU se desio kod 78.38% pacijenata (116) koji žive u gradu, a kod 32 pacijenta (21.62%) na selu. Kod 144 pacijenta (97.3%) je AMU u stambenom prostoru, a kod 4 pacijenta (2.7%) na javnom mestu. AMU se javljao po mesecima- jul-17, avgust-37, septembar-20, oktobar-22, novembar-22 i decembar-30. Najveći broj AMU se odigrao u periodu od 10-11h (18 pacijenata-12.16%), a nijedan od 04-05h. U 55 slučajeva je prijavljeno "izgleda da se šlogirao" (37.16%), u 18 slučajeva kao "slabost jedne strane tela" (12.16%), a u 17 slučajeva kao "ne može da govori"(11.49%). 144 pacijenta (97.30%) je preveženo u UC radi daljeg dijagnostikovanja i lečenja AMU, a 4 pacijenta (2.7%) je odbilo prevoz. Od prisutnih komorbiditeta u 24 slučajeva je HTA (16.22%), 14 slučajeva dijabetes (9.49%), epilepsija- 4 pacijenta (2.7%), ponovljeni MU- 11 pacijenata (7.43%). KVB je prisutna kod 18 pacijenata (12.19%), maligna bolest kod 4 pacijenta (2.7%), a kod 22 pacijenta (14.86%) su prisutne ostale bolesti i povrede.

ZAKLJUČAK: Najveća učestalost pojave AMU je u starosnoj dobi 70-90 godina bez bitne statističke razlike prema polu. Statistička razlika pojave AMU je značajno veća u gradu, u stambenim prostorijama, u periodu 10-11h. Najčešći komorbiditeti su HTA, Diabetes i KVB. Ispravno prijavljene tegobe doprinose efikasnijem reagovanju ekipe HMP i bržem postavljanju dijagnoze što se u istazivanju pokazalo da su u 60.81% ispravno prijavljeni simptomi koji su ukazivali na AMU.

KLJUČNE REČI: Akutni moždani udar, ekipe hitne pomoći, terenski rad

e-mail: drbiggi69@yahoo.com

43.

AKUTNI MOŽDANI UDAR U RADU SLUŽBE HITNE POMOĆI

Emilio Miletić(1), Negovan Vasilijić(1), Dragana Mitrović(1), Mladen Timilijić(1), Momir Kitanović(2)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (2)DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE

CILJ RADA je da pokaže učestalost akutnih moždanih udara kod pacijenata Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac, njihovu zastupljenost u odnosu na starosno doba i pol, kao i tip neurološkog deficita koji se javlja kod ovih osoba.

Za ispitivanje su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac. Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u ovoj službi u periodu od 01.03.2012. do 28.02.2013. godine, sa osvrtom na osobe kod kojih je dijagnostifikovan akutni moždani udar, potvrđen od strane neurologa, nakon konsultantskog pregleda.

Akutni moždani udar (AMU) je imalo 2,04% pacijenata Službe hitne pomoći. Osobe sa AMU su u 45,45% slučajeva bile starije od 70 godina, u 31,82% slučajeva su bile stare od 61 do 70 godina, u 13,64% slučajeva su bile od 51 do 60 godina, u 4,55% slučajeva su bile od 41 do 50 godina, u 4,55% slučajeva su bile do 30 godina starosti i 0% slučajeva je bilo od 31 do 40 godina. Osobe sa AMU su u 54,55% slučajeva bile muškog pola, a u 45,45% slučajeva su bile ženskog pola. Kod osoba sa AMU je u 54,55% slučajeva bio prisutan složeni neurološki deficit, u 22,73% slučajeva je bio prisutan izolovan deficit motorike na ekstremitetima i licu, u 18,18% slučajeva je bio prisutan izolovan deficit govorne funkcije, a u 4,55% slučajeva je bio izolovani deficit senzibiliteta.

Osobe sa AMU su najčešće starije osobe, starosne grupe preko 70 godina ili od 61 do 70 godina. AMU se nešto češće javljao kod osoba muškog pola. Kod osoba sa AMU je najčešće bio prisutan složeni neurološki

deficit (udruženi poremećaj motorike, senzibiliteta, govora ili poremećaji drugih nervnih funkcija), dok su ređe bili prisutni izolovani poremećaji motornih funkcija, govora ili senzibiliteta.

e-mail: mileticemj@gmail.com

44.

GLAVOBOLJA KAO SIMPTOM KOD PACIJENATA HITNE POMOĆI

Emilio Miletić(1), Dragana Mitrović(1), Saša Mihajlović(1), Momir Kitanović(2)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (2)DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE

CILJ RADA je da pokaže učestalost glavobolje kao simptoma, zastupljenost u odnosu na starosno doba i pol kod pacijenata Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac, kao i najčešće etiološke faktore koji se povezuju sa nastankom glavobolje i grupe lekova koji se koriste u suzbijanju glavobolje kao simptoma kod pacijenata.

Za ispitivanje su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac. Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u ovoj službi u periodu od 01.03.2012. do 28.02.2013. godine, sa osvrtom na starosno doba, pol, etiološke faktore i medikamentoznu terapiju osoba kod kojih je dijagnostifikovana glavobolja kao simptom.

Glavobolja kao simptom je dijagnostikovana kod 13,38% pacijenata. Starosna struktura osoba sa glavoboljom je bila sledeća: 11,11% osoba je starosti do 30 godina, 20,83% je starosti od 31 do 40 godina, 20,83% je starosti od 41 do 50 godina, 27,78% je starosti od 51 do 60 godina, 8,33 % je starosti od 61 do 70 godina i 11,11% je starosti preko 70 godina. Osobe sa glavoboljom su 50% ženskog i 50% muškog pola. Najčešći etiološki faktor koji se smatrao uzročnikom nastale glavobolje je bila arterijska hipertenzija, u 44,44% slučajeva. Glavobolje nepoznatog porekla su činile 30,56% od ukupnog broja. Migrena je bila uzročnik glavobolja u 12,50%, povrede glave i vrata u 6,94% i reumatske bolesti glave i vrata u 5,56% slučajeva. U terapiji glavobolja su korišćeni analgetici tipa metamizola i paracetamola u 40,27% slučajeva, nesteroidni antiinflamatorni lekovi kod 12,50% slučajeva. Antihipertenzivna i druge etiološke terapije su korišćene kod 41,67% slučajeva. Nikakva medikamentozna terapija nije preduzeta kod 11,11% osoba sa glavoboljom.

Glavobolja kao simptom se najčešće javljala kod osoba srednjeg starosnog doba. Glavobolja se podjednako javljala kod osoba oba pola. Najčešći etiološki faktor koji je dovođen u vezu sa nastankom glavobolje je bila arterijska hipertenzija ili se nije mogao sa sigurnošću utvrditi uzročnik nastale glavobolje. U terapiji glavobolja najčešće su korišćeni medikamenti: analgetik metamizol i antihipertenzivi.

KLJUČNE REČI: glavobolja, simptom, hitna pomoć

e-mail: mileticemj@gmail.com

45.

HERPES ZOSTER MENINGOENCEFALITIS – PRIKAZ SLUČAJA

Smiljka Arsić(1), Bogdan Arsić(2), Anka Ivošević(1)

(1)DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ,(2)OPŠTA BOLNICA SUBOTICA, ODELJENJE ZA INFEKTIVNE BOLESTI

CILJ RADA: Cilj rada je prikaz slučaja pacijentkinje sa herpes zoster meningoencefalitisom, retkom i teškom komplikacijom infekcije varicela zoster virusom.

MATERIJAL I METODE: Metod rada je deskriptivan. U radu su korišćeni podaci iz medicinske dokumentacije Službe za hitnu medicinsku pomoć i Opšte bolnice u Subotici.

REZULTATI: Službi za hitnu medicinsku pomoć obratila se porodica pacijentkinje koja je tog jutra nađena kako leži u dvorištu, držeći se za glavu, ne prepoznajući članove porodice. Pri pregledu, šezdesetogodišnja pacijentkinja je dezorjentisana u vremenu i prostoru, nemirna, afebrilna. Vrednosti krvnog pritiska 120/70 mmHg, puls 75/min, broj respiracija 20/min. Refleks Babinskog bio je negativan, a meningealni znaci pozitivni. Na koži leve polovine grudnog koša vidljiv je egzantem, koji odgovara herpes zosteru. Dobijamo podatak da je pacijentkinja do tad bila zdrava, te da su se kožne promene pojavile četiri dana pred početak tegoba. Pacijentkinja je upućena na odeljenje za infektivne bolesti, gde je učinjena lumbalna punkcija. Dobijen je bistar likvor sa limfocitnom pleocitozom, umerenom proteinorahijom, uz normalne

vrednosti glikorahije. Kultura likvora na bakterije i gljivice bila je negativna. Elektroencefalografski nalaz je ukazivao na nespecifičnu elektrokortikalnu disfunkciju lakog stepena. Pacijentkinja je lečena parenteralnom terapijom aciklovirom, nakon tri dana dolazi do uspostavljanja normalnih mnestičkih funkcija, te se nakon trinaest dana otpušta iz bolnice, bez tegoba, sa urednim neurološkim nalazom.

ZAKLJUČAK: Kod klinički manifestnog meningoencefalitisa, uz prisustvo karakterističnog unilateralnog herpetičnog egzantema, čak i kod imunokompetentnih pacijenata, treba uvek posumnjati i na herpes zoster meningoencefalitis. U prikazanom slučaju značajan je timski rad lekara različitih specijalnosti: lekara opšte medicine, specijaliste urgentne medicine, neurologa i infektologa.

e-mail: smiljka.arsic@gmail.com

46.

ZNAČAJ I EFIKASNOST RADA HITNE MEDICINSKE POMOĆI U ZBRINJAVANJU AKUTNOG MOŽDANOG UDARA KAO URGENTNOG STANJA PRVOG REDA HITNOSTI

Elena Suhanek(1), Rastislava Krasnik(2), Sanja Pleštić(3), Maja Galić(4), Dragan Tančik(5), Milica Basarić(1)

(1)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD, (2)KLINIKA ZA DEČJU HABILITACIJU I REHABILITACIJU, INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU DECE I OMLADINE VOJVODINE, MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD. (3)KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU, NOVI SAD, (4)PREDŠKOLSKA USTANOVA „RADOSNO DETINJSTVO“, NOVI SAD, (5)SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, DOM ZDRAVLJA, BEČEJ

CILJ: Utvrditi efikasnost rada Zavoda za hitnu medicinski pomoć Novi Sad (ZZHMPNS) u zbrinjavanju akutnog moždanog udara (AMU) putem utvrđivanja vremenske dinamike prehospitarnog zbrinjavanja AMU. Rezultati analize treba da ukažu na problem koji se pojavljuje u prehospitarnom tretmanu AMU.

MATERIJAL I METODE: Podaci su prikupljeni za pacijente sa područja opštine Novi Sad i Sremski Karlovci koji su od strane lekarske ekipe ZZHMPNS uz adekvatnu inicijalnu terapiju transportovani u prijemnu neurološku ambulantu Urgentnog centra Vojvodine.

Studijom su obihvaćeni svi punoletni pacijenti oba pola sa znacima AMU za period od godinu dana (01.01.2011. do 31.12.2011. godine). U radu je korišćena prospektivna analiza.

U svrhu prikupljanja validnih podataka formiran je upitnik koji je sadržao: opšte podatke, vreme nastanka prvih simptoma, vreme prijema poziva u ZZHMPNS, vreme polaska ekipe ka pacijentu, vreme dolaska ekipe do pacijenta, vreme predaje pacijenta u prijemnu neurološku ambulantu u urgentnom centru, vreme do početka primene trombolitičke terapije. Prikupljeni su i analizirani podaci za sve urađene intervencije kod AMU koje su preduzete u ZZHMPNS po protokolu zbrinjavanja oboljenja po I redu hitnosti (Prvi red hitnosti - pacijenti koji su vitalno ugroženi i kojima je neophodna urgentna medicinska pomoć u najkraćem mogućem roku) kao i prijemnoj neurološku ambulantu u urgentnog centra (ukupno 436 pacijenata).

Mereni i analizirani su sledeći vremenski intervali:

- 1.vreme od pojave simptoma za AMU do poziva ZZHMPNS
2. vreme od primljenog poziva u ZZHMPNS do dolaska do pacijenta
3. vreme od početka pregleda (dolaska do pacijenta) pacijenta do predaje pacijenta u prijemnu neurološku ambulantu urgentnog centra
4. vreme od predaje pacijenta u prijemnu neurološku ambulantu urgentnog centra do primene trombolitičke terapije.

Statistička analiza rađena je pomoću statističkog paketa SPSS 20.0 (Statistical Package for The Social Sciences).

REZULTATI: Uzorak je sadržao 436 pacijenta, muškaraca je bilo 223 (51,1%) a žena 213 (48,9%).

Prosečna starost ispitanika je bila 72,3 godina.

Vreme od pojave simptoma za AMU do poziva hitne medicinske pomoći poznato je za 170 (38,9%) pacijenata i iznosilo je 33 minuta. Za ostale pacijent vreme pojave simptoma je ili nepouzdana ili nepoznata.

Vreme od primljenog poziva u ZZHMPNS do dolaska lekara do pacijenta bilo je 20 minut i poznato je za 385 (88,3%) pacijenata.

Vreme od početka pregleda (dolaska do) pacijenta do predaje pacijenta u prijemnu neurološku ambulantu urgentnog centra bilo je 26 minuta.

Vreme od prijema poziva u ZZHMPNS do predaje pacijenta u prijemnu ambulantu u urgentnom centru iznosilo je 46 minuta.

U ovom uzorku 10 pacijenata je aplikovana trombolitička terapija a vreme od predaje pacijenta u prijemnu neurološku ambulantu urgentnog centra do primene trombolitičke terapije iznosilo je 79 minuta. Vreme od prijema poziva u ZZHMPNS do primene trombolitičke terapije kod ovih 10 pacijenata je 121 minut.

Vreme od pojave simptoma do primene trombolitičke terapije kod ovih 10 pacijenata je 151 minut.

ZAKLJUČAK: Rezultati istraživanja su pokazali da je neophodno vršiti kontinuiranu edukaciju celokupnog stanovništva o prepoznavanju simptoma AMU i važnosti brzog pozivanja hitne medicinske pomoći odmah po prepoznavanju simptoma. Vreme od prijema poziva do dolaska ekipe do pacijenta moglo bi se smanjiti u slučaju da grad poseduje više lekarskih ekipa kao i planski postavljanjem punktova na više lokacija u samom gradu Novom Sadu.

KLJUČNE REČI: Efikasnost, hitna pomoć, akutni moždani udar

47.

PREHOSPITALNA DIJAGNOSTIKA PLUĆNE EMBOLIJE U RADU HITNE POMOĆI - PRIKAZ SLUČAJA-

Bojana Uzelac, Sanja Mišić

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

UVOD: Plućna embolija je oboljenje koje nastaje usled opstrukcije manjih ili većih grana plućne arterije krvnim ugruškom ili drugim embolusima (mast, vazduh, amnionska tečnost). Zbog nespecifičnih tegoba i nedovoljno prisutnih kliničkih znakova, plućna embolija se teško dijagnostikuje i često ostaje neprepoznata.

CILJ RADA je ukazati na simptome i znake koji olakšavaju postavljanje dijagnoze plućne embolije u prehospitalnim uslovima.

METOD RADA je korišćenje podataka iz lekarske dokumentacije, za prikaz slučaja 72-godišnje pacijentkinje koja se klinički manifestuje naglo nastalom dispneom, cijanozom i tahikardijom.

REZULTATI su pokazali da pacijentkinja pored tipične anamneze i faktora rizika (ležeći pacijent, zbog preloma operisala kuk- otpuštena iz bolnice pre 2 dana, već imala jednu epizodu plućne embolije, gojazna) ima kliničku sliku i nalaz EKG-a koji ukazuju na plućnu emboliju. Pacijentkinja je tahikardična, tahidispnoična, cijanotična, preznojena, nabreklih vena vrata, izmenjenog sensorijuma, hipotenzivna- TA 90/60. Na EKG-u osnovni ritam je atrijska fibrilacija, komornog prenosa oko 104/min, srčane osovine skrenute udesno; prisutan je dubok S zubac u I, mali q u III i negativan T talas u III odvodu (S1Q3T3- Mek Džin -Vajtov znak). RR' forma je u V1-V2 (blok desne grane Hisovog snopa), sa duboko negativnim T talasom u V1-V3 (sistolno opterećenje desne komore), uz ST depresiju V3-V6 do 2mm. To su znaci akutnog plućnog srca, ponekad su tranzitorni, ali su karakteristični za masivnu plućnu emboliju.

ZAKLJUČAK: Ova pacijentkinja je klasičan primer plućne embolije, jer ima tipičnu anamnezu, kliničku sliku i promene na EKG-u. Bilo šta od pomenutog može da olakša postavljanje dijagnoze ili bar sumnju na plućnu emboliju u prehospitalnim uslovima.

KLJUČNE REČI: Plućna embolija, akutno plućno srce, EKG, prehospitalna dijagnostika, klinička slika.

48.

ASTMA - POBEDI JE !

Dragana Ševo, Tatjana Rajković, Maja Knežević, Aleksandra Stankov, Elizabeta Jovanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Bronhijalna astma je respiratorni sindrom hiperinflacije pluća koji nastaje zbog reverzibilne opstrukcije disajnih puteva. Karakteriše se paroksizmalnim epizodama gušenja, otežanog disanja i kašlja uz produženi ekspirijum sa sviranjem u grudima.

CILJ: Prikaz pacijenta obolelog od astme, kod koga je klinička slika bila ispoljena respiratornim arestom, a brzom i adekvatnom prehospitalnom intervencijom stabilizovan do bolnice.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka: Knjiga poziva, knjiga protokola Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš, lekarski izveštaj i otpusna lista Klinike za plućne bolesti i tuberkulozu Knez selo.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv je primljen kao treći red hitnosti. Ekipa je pozvana zbog pacijenta koji ima gušenje. Zatičemo pacijenta u sedećem položaju, bez svesti, disanja i pulsa nad a.carrotis, SaO₂ 48%, TA nemerljiva, na monitoru defibrilatora SF~ 100 min, TT/norm, glikemija 5 mmol/l. Glava i ekstremiteti su

lividno prebojeni. Heteroanamnestički dobijamo podatak da je astmatičar, ali ne uzima terapiju, da je iznenada dobio gušenje i da se srušio. Pacijenta postavljamo u horizontalan položaj. Vidljive pulzacije a. carotis na vratu. Otvaramo disajni put trostrukim zahvatom, kontrolisana ventilacija maska-balon dva udaha. Auskultacija: Jako oslabljen disajni šum, retki visokotonski zvižduci. Intubiran tubusom 7,5, ordiniran 100 % O₂ sa protokom 12 l/min. Zbog otpora pri ventilaciji ventiliran brzim a plitkim pritiskom balona. Po stizanju defibrilatora na monitoru sinusna tahikardija ~ 100 min. Dat adrenalin a`1 mg sc. Otvorena iv linija, ordinira se Amynophilina a` 250 mg, amp. L.Solu a`250 mg, Sol Ringer 500 ml. Nakon 2 min javljaju se spontane respiracije. Balonom se sve lakše utiskuje vazduh u pluća, i smanjuje se protok O₂, na 8 l/min, pa na 6 l/min. Abdomen u ravni grudnog koša, palpatorno mek na površnu i duboku palpaciju. Pulsevi nad a. femoralis prvo nepalpabilni, a zatim jednaki. Na putu do bolnice vraća regularne respiracije, nakon čega vraća svest. SaO₂ na prijemu 90%. Postavljena dijagnoza – status asthmaticus, respiratorni arrest.

ZAKLJUČAK: Bronhijalnu astmu mogu da izazovu mnogi alergeni i da zadaju muke osobama koje pate od nje. Da bi izbegle tegobe, astmatične osobe treba redovno da kontrolišu bolest, da na pravi način i u pravo vreme koriste lekove za smanjivanje simptoma.

KLJUČNE REČI: Asmatični napad, prikaz slučaja

e-mail: draganashevo@hotmail.rs

49.

SPONTANI PNEUMOTORAKS- PRIKAZ SLUČAJA

Faruk Pašović(1), Damir Husović(1), Aladin Husović(1), Džihan Abazović(2)

(1) DOM ZDRAVLJA NOVI PAZAR, SHMP, (2) ZAVOD ZA HMP CRNE GORE, PODGORICA

UVOD. Pneumotoraks podrazumeva nakupljanje vazduha u prostoru usled prekida kontinuiteta visceralne ili parijetalne pleure, izjednačavanje atmosferskog i intrapleuralnog pritiska te kolaps plućnog parenhima

CILJ RADA. Prikazati značaj prehospitalno postavljene sumnje na razvoj pneumotoraksa kod pacijenta sa hroničnom opstruktivnom bolešću pluća (HOBP) na osnovu anamneze, kliničke slike, i pregleda.

METOD. Prikazaćemo slučaj muškarca starosti 52 god. kod koga je na terenu plućnog emfizema došlo do razvoja spontanog pneumotoraksa, kao i mere preduzete prehospitalno.

PRIKAZ SLUČAJA. Iz telefonskog poziva saznajemo da je pacijentu pozlilo, da ima gušenje, bol u grudima, te da je plućni bolesnik. Poziv primljen kao prvi red hitnosti i na licu mesta smo zatekli pacijenta u ležećem položaju, bledog, hladno preznojenog, dispnoičnog, krvnog pritiska 100/60mmHg, pulsa frekvence oko 110/min. Žali se na, probadajući bol sa leve strane grudnog koša nastao nakon fizičkog napora, gušenje i malaksalost. Anamenstički dobijamo podatak da se pacijent leči od HOBP, koristi „pumpice“, već nekoliko dana oseća pogoršanje u smislu pojačanog zamaranja i gušenja, da je tog jutra više puta koristio pumpice i da je planirao da se javi izabranom lekaru ali je zbog jakog bola odlučio da pozove hitnu pomoć. Inspekcijom, pacijent cijanotičan, bačvastog grudnog koša, koristi pomoćnu disajnu muskulaturu. Auskultatorno nad plućima oslabljen disajni šum, sa leve strane nečujan. Perkutorno, levo hipersonoran zvuk. Pacijent postavljen u polusedeći položaj, ordiniran analgetik i.v, apliciran kiseonik preko maske 5l/min i pod sumnjom na spontani pneumotoraks transportovan na odeljenje hirurgije gde je rendgenskim snimkom potvrđena dijagnoza a pacijent zbrinut torakalnom drenažom.

ZAKLJUČAK. Pacijenti sa HOBP su česti u radu lekara hitne službe pre svega u ambulanti, ređe na terenu, ali se u konkretnom slučaju na pneumotoraks posumnjalo već pri prijemu telefonskog poziva, a radna dijagnoza postavljena zahvaljujući anamnezi i kliničkom pregledu, što je bilo značajno za brz transport pacijenta na hirurgiju.

KLJUČNE REČI: spontani pneumotoraks, HOBP, emfizem pluća

e-mail: fpasovic@yahoo.com

50.

STRANO TELO U DISAJNIM PUTEVIMA

Jelena Cvetković, Maja Knežević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Aspiracija stranog tela u disajne puteve može prouzrokovati široki spektar promena od neznatnih smetnji do iznenadne smrti. Među uzrocima smrti zbog nesretnih slučajeva, gušenje stranim telom zauzima šesto mesto i predstavlja urgentno stanje koje može da se završi letalno ukoliko se ne prepozna ili ne reaguje adekvatno.

PRIKAZ PACIJENTA: Ekipa hitne pomoći je pozvana na drugi red hitnosti zbog pacijentkinje stare 80god koja je naglo počela da se guši pošto se zagrcnula hranom. Prisutni su bezuspešno pokušali Hajmlihov manevar. Pacijentkinju zatičemo u svesnom stanju, sedećem položaju u invalidskim kolicima, sa stridoroznim disanjem, salivacijom iz usne duplje i protruzijom bulbusa. Zbog otežanog pristupa, pacijentkinji prilazimo u nađenom položaju i uz upotrebu špatule laringoskopa koren jezika se spušta, istovremeno se podiže epiglotis i uočava strano telo. Pomoću Magilovih klešta se hvata strano telo i odstranjuje u potpunosti. Ekstirpirano strano telo je pileća kožica promera oko 6cm. Nakon intervencije, nastavlja se pregled radi utvrđivanja vitalnih parametara: TA110/70mmHg, SF-110/min, RF-11/min, SpO₂-92% , ŠUK-5,6mmol/L. Pacijentkinja hemodinamski stabilna. Terapijske procedure: aspiracija sekretornog sadržaja, O₂-6L/min(20min). S obzirom na kompaktnost stranog tela, ekstirpiranog u potpunosti pravi se procena da ne postoji opasnost od aspiracione pneumonije te se ne ordinira kortikopreparat. Upućena na kliniku za ORL radi dalje evaluacije sa dijagnozom: Corpus alienum hypopharyngis. Extirpatio in toto

DISKUSIJA: Strano telo u disajnim putevima najčešće sreće kod dece uzrasta 1-3god. Kod odraslih, srećemo kod osoba sa neurološkim poremećajima, alkoholisana i lica smanjene budnosti. Najčešće aspirirana strana tela su hrana, delovi dentalnih proteza i drugi predmeti. Karakteristični simptomi su kašalj, vizing i dispneja, a pozitivna anamneza/heteroanamneza olakšava postavljanje dijagnoze. Ukoliko se strano telo nalazi u gornjim partijama disajnog sistema i pri pregledu se vizuelizuje, na terenu se može odstraniti uz pomoć laringoskopa i Magilovih klešta. Tokom intervencije pacijent treba da bude u ležećem položaju a dobra vizelizacija i adekvatna oprema su preduslovi za uspešnost procedure.

ZAKLJUČAK: Za uspešno prehospitalno zbrinjavanje vitalno ugroženih pacijenata neophodna je opremljenost, edukovanost i uvežbanost ekipe hitne medicinske pomoći.

KLJUČNE REČI: aspiracija, strano telo, disajni putevi

e- mail: jelena134@gmail.com

51.

TUBERKULOZA – UVEK AKTUELAN SUDSKO-MEDICINSKI PROBLEM: PRIKAZ 3 SLUČAJA

Milić Miroslav, Aleksandra Antović, Goran Ilić, Ivan Stojanović, Miodrag Zdravković, Jovan Stojanović

ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

CILJ: Isticanje epidemiološkog, kliničkog i sudsko-medicinskog značaja tuberkuloze kao ozbiljnog i aktuelnog zdravstvenog problema koji je neretko predmet sudsko medicinske ekspertize.

MATERIJAL I METODE: Analiziran je autopsijski materijal Zavoda za sudsku medicinu u Nišu, a prikazana su 3 obdukciona slučaja lica preminulih od posledica tuberkuloze, koji su bili poseban predmet sudsko medicinske ekspertize u krivično-pravnim sporovima.

REZULTATI: Prvi obdukcioni slučaj se odnosi na muškarca starije životne dobi koji je pronađen u svom stanu ležeći na podu u lokvi krvi u predelu glave i lica, zbog čega je postojala sumnja na nasilnu smrt. Sudsko medicinskom obdukcijom, koja je izvršena po naredbi istražnog sudije, utvrđeno je da se radilo o prirodnoj smrti koja je nastupila kao komplikacija aktivnog kavernoznog tuberkuloznog procesa na plućima, sa rupturom plućnog krvnog suda, sledstvenom aspiracijom krvi i ugušenjem. Drugi obdukcioni slučaj se tiče muškarca starosti 45 godina, preminulog pod kliničkom slikom akutnog respiratornog distresa u bolničkim uslovima nakon višemesečnog lečenja multirezistentnog uznapredovalog oblika plućne tuberkuloze. Sudsko medicinskom obdukcijom je utvrđeno da se radilo o prirodnoj smrti koja je nastupila zbog masivne plućne tromboembolije kao poznate ali retke komplikacije tuberkuloze. Treći obdukcioni slučaj se odnosi na muškarca starije životne dobi preminulog nakon kraćeg bolničkog lečenja pod slikom febrilnog stanja nepoznatog uzroka, a u periodu proglašene epidemije gripa.

Sudskomedicinskom obdukcijom je utvrđeno da se radilo o prirodnoj smrti koja je nastupila usled masivne milijarne tuberkuloze pluća, jetre i creva. Drugi i treći slučaj su bili predmet sudskomedicinske ekspertize u cilju utvrđivanja odgovornosti lekara zbog krivičnog dela nesavesnog lečenja bolesnika.

ZAKLJUČAK: Prezentovani slučajevi ukazuju da je tuberkuloza i u današnje vreme aktuelan zdravstveni i sudsko-medicinski problem. Iz tog razloga, lekari u svakodnevnom radu moraju da misle na tuberkulozu i sve epidemiološke, kliničke i krivično-pravne implikacije koje mogu proisteći iz ovog problema.

KLJUČNE REČI: tuberkuloza, sudsko medicinska ekspertiza

e-mail: mmilic@medfak.ni.ac.rs

52.

URGENTNA PEDIJATRIJSKA SLUŽBA U TERCIJARNOM ZDRAVSTVENOM CENTRU

Radovan Lukešević

INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA SRBIJE, «DR VUKAN ČUPIĆ», BEOGRAD

UVOD. Prijemna pedijatrijska ambulanta Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta, obzirom na delatnost koja se u njoj obavlja, predstavlja svojevrsan urgentni pedijatrijski centar.

CILJ RADA. Prikaz epidemioloških karakteristika rada u pedijatrijskoj hitnoj ambulanti tercijarnog centra. Utvrditi prednosti i nedostatke trijažnog procesa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

MATERIJAL I METODI RADA. U periodu od 13. juna do 13. jula 2012. godine ukupno je pregledano 1986 bolesnika. Učinjena je retrospektivna analiza medicinske dokumentacije. Podaci su predstavljeni prema smenskom radu.

REZULTATI. Od ukupno 1986 bolesnika, većina je pregledana u prvoj smeni (55%), zbog velikog broja obolelih kojima je zakazana hospitalizacija (n 505). Ne računajući pacijente kojima je zakazan prijem u bolnicu, od ukupnog broja pregledane dece (n 1481) 2/3 nisu imali uput iz doma zdravlja, dok je samo jedna trećina obolelih na propisan način upućena u Institut. Ako se ima u vidu rad u prve dve smene (od 07h do 19h) u Institutu se pregleda 60% dece sa uputom, kao i 40% dece bez prethodno sprovedenog trijažnog postupka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Od ukupno 1481 pregledanog deteta, hospitalizovano je 409 (28%). Međutim, procenat obolelih koji su upućeni u Institut u prvoj smeni a bolnički su zbrinuti je samo 17%. Ovaj podatak ukazuje na upućivanje radi potrebe za dodatnim konsultativnim pregledima ali i na slabu dostupnost laboratorijskim ispitivanjima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Najčešće analize koje se rade u prijemnoj pedijatrijskoj ambulanti Instituta su: kompletna krvna slika, pregled urina i CRP. Dodatno ispitivanje (biohemijski pregled krvi, radiografija srca i pluća, bakteriološka analiza i EKG) su indikovani u manjem broju slučajeva. Za razliku od rada u prvoj smeni, u periodu od 13-07h prosečno se hospitalizuje 63% bolesnika koji su upućeni iz primarne zdravstvene zaštite.

Ako se ima u vidu da se na hospitalno lečenje primi 26% (256/968) dece koja nemaju adekvatan uput iz doma zdravlja, kao i činjenicu da se 63% upućenih bolesnika bolnički zbrine u periodu posle 13h (kada deca ne bivaju upućena na konsultativni pregled), dobija se podatak da se 58% bolesnika bez adekvatno propisanog uputa nepotrebno pregleda u Institutu u periodu od 07-19h, jer bi nakon pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bili vraćeni na kućno lečenje.

ZAKLJUČAK. Samo zajedničkim naporima lekara iz primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite se može uskladiti zdravstveni sistem u cilju pravilnog usmeravanja bolesnika, pre svega na njihovu dobrobit.

KLJUČNE REČI: pedijatrijska služba, bolnica, organizacija

e-mail: radovanlukesevic@yahoo.com

53.

EFEKAT AKUTNOG TROVANJA ORGANOFOSFORNIM JEDINJENJIMA NA CNS DECE

J. Drmončić Putica (1), L. Putica (2)

(1)MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA, KOSOVSKA MITROVICA, (2)MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD

UVOD: Organoofosforna jedinjenja (OFJ) su snažni i ireverzibilni inhibitori holinesteraze vodeći na taj način do inicijalne akutne holinergetičke krize. Efekti akutne intoksikacije OFJ na CNS prouzrokovani su najpre ekscitacijom posle koje sledi inhibicija celokupne aktivnosti CNS, čija klinička slika zavisi od

balansa muskarinskih i nikotinskih receptora. Deca pokazuju značajno veću vulnerabilnost prema trovanju ovim jedinjenjima u odnosu na odrasle.

CILJ: je analiza efekata akutnog trovanja organofosforim jedinjenjima na CNS dece

MATERIJAL I METOD RADA: retrospektivna studija je obuhvatila 43 dece uzrasta $5,71 \pm 3,3$ sa akutnim trovanjem OFJ; kontrolnu grupu činilo je 16oro zdrave dece.

REZULTATI: Poremećaji stanja svesti manifestovali su se kod 53,5% pacijenata, 14% sa somnolencijom, odnosno soporom, 39,5% komom. Konvulzivni napadi su se manifestovali kod 37,2% pacijenata. Nije bilo statistički značajne razlike po pojavi konvulzija među pacijentima uzrastnih grupa ≤ 3 godine i starijom od 4 godine, (Fisher's Exact test = 0,732). Šansa da dođe do nastanka konvulzija 0,648 puta je bila manja ukoliko se radi o pacijentima starijim od 4 godine, što nije predstavljalo statističku značajnost. Takođe nije bilo statistički značajne razlike između ovih uzrastnih grupa po prisustvu odnosno odsustvu znakova CNS. Drugi simpotomi i znaci CNSa bili su zastupljeni značajno manje.

Zaključak: Većina pacijenata dece sa akutnom intoksikacijom OFJ pokazuje uključenost multiplih sistema/organa od kojih CNS zauzima vrlo značajno mesto. Glavni prezentujući simptomi i znaci toksičnog delovanja ovih jedinjenja na CNS su poremećaji stanja svesti različitog stepena i/ili generalizovani klonično-tonični konvulzivni napadi. To govori u prilog da je karakteristika akutnog trovanja OFJ u dečjem uzrastu bila predominantno neurološka, što je u saglasnosti sa ranijim saopštenjima kod dece, a što je (prema podacima iz literature) značajno ređe kod adultih pacijenata.

KLJUČNE REČI: organofosforna jedinjenja, akutno trovanje, deca,

e-mail: jorputica@yahoo.co.uk

54.

POVIŠENA TELESNA TEMPERATURA U DEČIJEM UZRASTU

Ivana Ilić, Ana Dimić, Ivana Jovanović, Irena Đorđević

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

CILJ: Prikaz dijagnostičko-terapijskog tretmana dece sa povišenom telesnom temperaturom

MATERIJAL I METODE: Pregled medicinske literature na PubMed-u i Kobson-u pod odrednicama "temperatura, deca, algoritmi"

UVOD: Povišena telesna temperatura je najčešći razlog posete lekaru kod dece do 3god.

Cilj evaluacije dece sa temperaturom je da se izdvoji i tretira mala grupa dece koja može biti u riziku zbog životno ugrožavajuće bakterijske infekcije. Kako je kinička slika vrlo slična kliničkoj slici lakših virusnih infekcija, njihovo razlikovanje je teško, naročito u početku bolesti.

Dijagnozu postavljamo na osnovu: anamneze, kliničkog pregleda i laboratorijskih analiza.

Postupak sa febrilnim novorođenčetom razlikuje se od pristupa febrilnoj deci starijeg uzrasta. Novorođenče treba da bude hospitalizovano, zbog mogućnosti neonatalne sepse.

Kod febrilne dece uzrasta od 30-90 dana treba učiniti detaljno kliničko i laboratorijsko ispitivanje moguće bakterijske infekcije. Nakon anamneze i detaljnog fizikalnog pregleda u vanbolničkim uslovima potrebno je uraditi laboratorijske nalaze: krvna slika, opšti pregled urina, urinokultura, koprokultura, Ro-pluća..

U uzrastu od 3-36 meseci najčešći razlog povišene TT su virusne infekcije, ali je može izazvati i okultna bakterijemija, za kojom treba pažljivo tragati.

Kod dece starije od 3god. imuni sistem se dovoljno razvio da je mogućnost jake bakterijske infekcije manje verovatna. Incidenca okultne bakterijemije raste sa visokom temperaturom i povećanim brojem Le. Laboratorijske analize koje je potrebno uraditi, kao i terapijski tretman, u febrilnog deteta iznad 36mes. diktirane su kliničkim nalazom.

ZAKLJUČAK: Danas prevladava uverenje da povišenu telesnu temperaturu treba uporno suzbijati. Postoje indicije da povišena telesna temperatura podstiče imune procese i druga korisna zbivanja pa bi njeno suzbijanje moglo biti štetno. Uloga lekara je u prvom redu traganje i isključivanje bolesti koje zahtevaju specifično lečenje.

KLJUČNE REČI: povišena telesna temperatura, dečji uzrast

e-mail: drivanai@hotmail.rs

55.

ALGORITMI ZA TRIJAŽU DECE U MASOVNIM NESREĆAMA

Ivana Ilić, Dušan Gostović, Snežana Mitrović
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

CILJ: Prikaz najčešće korišćenih algoritama za trijažu dece u masovnim nesrećama.

MATERIJAL I METODE: Pregled medicinske literature dostupan na PubMed-u i Kobson-u pod odrednicama „trijaža, deca, algoritmi, masovne nesreće“

UVOD: Trijaža je dinamični proces razvrstavanja žrtava po prioritetu u tretmanu i evakuaciji povređenih/obolelih, imajući u vidu karakter i ograničenja trenutne situacije i dostupne resurse. Primarnom trijažom razvrstavamo žrtve imajući u vidu težinu povreda/oboljenja i utvrđujemo njihov konačni broj. Sekundarnom trijažom vršimo ponovnu trijažu (retrijažu) i određujemo prioritet transporta.

DISKUSIJA: Postojeći trijažni algoritmi su prilagođeni odraslim osobama. Određene anatomske, fiziološke, patoanatomske, patofiziološke i emocionalne karakteristike dece nameću drugačiji odgovor na traumu o kome treba voditi računa prilikom trijaže.

Prvi korak u primarnoj trijaži je na podela povređenih/obolelih na pokretne i nepokretne a zatim procena nepokretnih prema RPM parametrima: Respiracija, Puls (cirkulacija), Mentalni status (stanje svesti). Prvi elemenat (mogućnost kretanja) mala deca ne mogu adekvatno da ispune. Sledeća potškoća je različit broj respiracija u zavisnosti od uzrasta deteta i emocionalnog stanja. Puls je nekad teže napipati nego kod odraslih. Zbog otežane komunikacije, reagovanje na verbalne draži nije u potpunosti siguran kriterijum, jer zavisi od uzrasta deteta i emocionalne traume.

U sekundarnoj trijaži koja se nastavlja na primarnu, vrši se nova procena prioriteta povređenih/obolelih na osnovu preciznih fizioloških parametara, mehanizma povrede, anatomske lokalizacije povrede i komorbiditeta. To se može vršiti primenom algoritama ili na osnovu znanja i iskustva lekara.

ZAKLJUČAK: Da sada nijedan od primarnih algoritama za odrasle, a pogotovu za decu nije pokazao veću prednost. Prema tome možete koristiti bilo koji od algoritama, ali morate biti dobro utrenirani za njegovu primenu.

KLJUČNE REČI: trijaža, algoritmi, deca, masovne

e-mail: drivanai@hotmail.rs

56.

OD VRŠNJAČKOG NASILJA DO PO ŽIVOT OPASNOG STANJA

Dragana Mitrović (1), Rajko Zdravković (2), Jovica Đorđević (1), Emilio Miletić (3), Ana Zlatković (1), Aneta Živulović (3), Danijela Ćirić (4), Nataša Milović (1)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (2);DOM ZDRAVLJA-BAR-IZABRANI LJEKAR ZA DJECU, (3)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (4) ZDRAVSTVENI CENTAR-ZAJEČAR

Potres mozga (Comotio cerebri) je česta povreda i dijagnoza se postavlja na osnovu razgovora sa pacijentom pri kome se utvrdi da se on ne seća jednog perioda pre, tokom i nakon povrede. Ovaj period može trajati od dela minuta do jednog dana (posttraumatska amnezija). Pored ovoga pacijent se žali na glavobolju i tzv. vegetativne tegobe (mučnina, povraćanje, vrtoglavica).

U radu je prikazan pacijent M V, 16 godina sa simptomima vrtoglavice, amnezije (gubitak pamćenja), glavobolje, bolovima u predelu vrata, polomljenim zubom, koji su bili posledica udaraca zadobijenih u tuči u školskom dvorištu pola sata pre pregleda lekara. Javio se u Školski dispanzer u Knjaževcu u pratnji dve dugarice sredinom februara 2013. godine. Gubio je svest, i nije se sećao događaja od prvog zadobijenog udarca u glavu do dolaska u Školski dispanzer. Osećao je slabost, malaksalost, smetala mu je svetlost i bio je razdražljiv i somnolentan. Pregledan je od strane dežurnog lekara. Arterijaska tenzija je bila 120/80mmHg, puls 85/min, glikemija 5,7mmol/l. Zenice su bile gruzne, jednake. Sa prednje strane vrata, obostrano je bio prisutan eritem na koži, veličine 10cmx2cm, nejasnih ivica. Lokalno na koži je bio eritem veličine 2x3cm sa desne strane donje vilice, eritem i otok iza levog uha veličine 4x3cm. Polomljen je bio 5.zub sa leve strane donje vilice. Nalaz na srcu i plućima je bio uredan. Abdomen je bio mek i palpatorno bolno neosetljiv. Rentgenski snimak nije pokazivao frakturu kostiju glave. Pregledan je od strane oftalmologa gde su nalaz vizusa, očnog pritiska i nalaz na očnom dnu uredni. Neurolog je postavio dijagnozu Comotio cerebri, uključio antiedematoznu terapiju u vidu infuzije (manitol, 20% 250ml

intravenski) i zakazao kontrolu za 3 dana. U toku popodneva stanje se pogoršavalo. Bio je somnolentan, na momente razdražljiv. Kako već ima pridružene bolesti: Fybrosis cystica, Hipercalciuria, Osteoporosis, Microhaematuria, St post colicae renalis lat sin, Calculosis renis lat sin, St post fracturam os coccygis upućen je zbog pogoršanja stanja na Odeljenje dečije hirurgije u Nišu. Bio je hospitalizovan u periodu od 3 dana. Pregledan od strane neurohirurga. I dalje se prati njegovo stanje, ambulantno od strane neurohirurga.

MATERIJAL korišćen za pisanje rada: specijalistički izveštaji, otpusna lista, zdravstveni karton pacijenta. Rad je pisan deskriptivnom metodom.

CILJ RADA je da ukaže na značaj sprečavanja vršnjačkog nasilja, kako bi se sprečilo dalje povređivanje dece.

Ne prođe dan, a da iz medija ne čujemo vest o nasilju među vršnjacima u školi. Mnogo više je neprijavljenih slučajeva nasilja (verbalnog i fizičkog), jer deca iz straha ne prijavljuju da su zlostavljena. Svaka vrsta nasilja ostavlja posledice na detetovo zdravlje. Pacijent prikazan u radu dobio je udarac u glavu i zadobio teške telesne povrede. S` obzirom na pridružene bolesti sklon je patološkim frakturama kostiju.

Cela društvena zajednica, mediji, školske, zdravstvene i sportske ustanove trebaju više da promovišu zdrave stilove života kako bi se smanjilo nasilje među vršnjacima koje ima veliki uticaj na zdravlje mladih ljudi i dece, njihovih porodica i celokupne društvene zajednice.

KLJUČNE REČI: mozak, povreda, nasilje

57.

AKUTNI NAPAD ASTME KOD DECE

Milan Đorđević(1), Dejan Milojević(2)

(1)DOM ZDRAVLJA JAGODINA, (2) KC NIŠ, KLINIKA ZA DEČJE INTERNE BOLESTI

UVOD. Egzacerbacija astme (akutni teški napad i status asmatikus) predstavljaju epizode progresivnog pogoršanja kašlja, zviždanja, nedostatka vazduha i osećaja stezanja u grudima. Takav napad ne prolazi na uobičajeno lečenje bronhodilatatorima i kortikosteroidima, progresivno se pogoršava i može dovesti do respiratorne insuficijencije i smrtnog ishoda. Važno je pravilno ga diferencijalno dijagnostički odvojiti od ostalih stanja, na vreme prepoznati simptome napada i započeti terapiju.

CILJ RADA. Steći uvid u osnovne principe terapije akutnog napada astme u dečjem uzrastu i upoznati širu medicinsku javnost sa istim.

MATERIJAL I METODE. Korišćene su smernice iz GINA (Global Initiative for Astma), Vodiča dobre kliničke prakse, kao i smernice dostupne literature koja obrađuje problem astmatičnog napada.

REZULTATI. Koristi se stepenasti pristup obolelom detetu tako što se na samom prijemu vrši procena rizika sagledavajući simptome bolesti, kliničke znake, kao i objektivne parametre a zatim se pristupa urgentnom lečenju. U tretmanu akutnog napada započinje se sa inhalacijom kratkodelujućim β_2 agonistima, zatim inhalacija antiholinergika, davanje sistemskih kortikosteroida i oksigenoterapije. U najtežim slučajevima se pribegava i mehaničkoj ventilaciji. Nakon pozitivnog odgovora na terapiju se procenjuju faktori za otpust deteta na kućno lečenje.

ZAKLJUČAK. U pristupu deteta sa akutnim napadom, lekar se oslanja na preciznu anamnezu, klinički status i objektivno merenje plućne funkcije (SpO_2 i PEF) za procenu ozbiljnosti napada. Najkorisniji parametri u praćenju su klinički izgled deteta i gasne analize. U hospitalnim uslovima se u slučaju neuspeha medikamentozne terapije, pristupa endotrahealnoj intubaciji, asistiranoj ventilaciji, pa i uvođenju u opštu anesteziju. Cilj terapije je prekid napada i na kraju edukacija deteta i roditelja o adekvatnom reagovanju u slučaju daljih pogoršanja.

KLJUČNE REČI. Astma, napad, procena, terapija

e-mail: milan_mdj@hotmail.com

58.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA BOLA U GRUDIMA U ŠESTOMESEČNOM RADU HITNE POMOĆI KRAGUJEVAC

Jelena Petković, Aleksandra Vasović, Bojan Jevtić, Vladimir Gajić, Goran Ignjatović, Dragan Milojević
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

CILJ RADA: Analiza incidence i prevalencije javljanja bola u grudima u radu hitne pomoći Kragujevac tokom šestomesečnog perioda.

METODOLOGIJA: Podaci su prikupljeni iz terenskih protokola rada ekipa u periodu 01.07-31.12.2012.godine, a zatim je izvršena komparativna analiza, statistička obrada i grafičko prikazivanje.

REZULTATI: Tokom posmatranog perioda bilo je 408 terenske intervencije na kojima je prijavljen bol u grudima, što je 3,37% svih terenskih izlazaka(12110). Najviše intervencija je bilo tokom oktobra(7), najmanje u decembru (60). U gradskom području je bilo 83,82% izlazaka. Na javnom mestu je bilo 4,17% intervencija. 55,64% je bilo pacijenata ženskog pola. Najviše pacijenata je starosti 71-80 godina (118), najmanje ispod 30 godina(14). Najviše intervencija je u satnom i intervalu 20-22 h (54 intervencija), a najmanje u intervalu 06-08(15). Kod 250 pacijenata je dijagnostikovano bol kardiovaskularnog porekla (61,27%), 51 pacijent je imao gastrointestinalne tegobe, 26 pacijenata bolesti lokomotornog sistema, a 19 pacijenata respiratornog sistema. 4 pacijenta je letalno završilo. 72 pacijenata je tretirano MONA protokolom, 105 pacijenata antihipertenzivima, 39 analgeticima, 20 sedativima, 20 bronhodilatatorima, a 43 je dobilo gastrointestinalnu terapiju, a 85 nije zahtevalo dodatnu terapiju. Tri petine(57,11%) pacijenata je zbrinuto bez transporta u kućnim uslovima.

ZAKLJUČAK: Bol u grudima predstavlja ozbiljan dijagnostičko terapijski problem u urgentnoj medicini, pa mu se kao takvom pridaje izuzetan značaj zbog mogućnosti letalnog ishoda. Analiza je pokazala da ne postoji statistički značajna razlika u broju izlazaka po mesecima, dok je značajna po satnim intervalima, po polu, po dobnim kategorijama, mestu stanovanja, mestu intervencije, primenjenoj terapiji i transportu pacijenata.

KLJUČNE REČI: bol u grudima, terenski rad, hitna pomoć

e-mail: jecapetka@hotmail.com

59.

UPOTREBA VENE SUBKLAVIJE U TRETMANU AKUTNOG HEMORAGICNOG ŠOKA- PRIKAZ SLUČAJA

Čedomir Stanimirović

ZC VRANJE, SLUŽBA ZA ANESTEZIJU

UVOD: Hemoragija označava izlivanje krvi iz krvnog suda. Ukoliko je veći gubitak krvi izaziva pojavu stanja hemoragijskog šoka. Posledice hemoragije zavise od količine izgubljene krvi i brzine krvarenja. Gubitak od 300 ml. ne ostavlja nikakve posledice (davalac krvi). Obilna krvarenja je praćeno arterijskom hipotenzijom, periodom vazo-motorne kompenzacije s perifernom vazo konstrikcijom i tahikardijom sa hladnim ekstremitetima. Arterijski pritisak je "sužen" mala razlika između maksimalnog i minimalnog pritiska, puls povećan, spora kapilarna cirkulacija, povišen venski pritisak. Neophodna je brza nadoknada volumena u vidu kristaloida, koloida i krvnih derivata. Najpre se nadoknada vrši preko perifernih vena a ukoliko je to neadekvatno neophodno je plasirati centralni venski kateter.

CILJ: Ukazati na značaj punkcije centralnih vena u slučajevima teskog hemoragijskog šoka imajući u vidu prisutni kolaps perifernih vena i nemogućnost kanuliranja istih.

METOD: Prikaz slučaja na osnovu anamneze, pregleda pacijenta i uvida u medicinsku dokumentaciju.

PRIKAZ SLUČAJA: Pozvani smo od strane službe prijemno trijažnog odeljenja radi kanuliranja venskog puta kod pacijenta u hemoragijskom šoku. Pri dolasku, pacijent leži u besvesnom stanju, tahipnoican oko 40/min. Tenzija periferno nemejljiva, na EKG u sinusna tahikardija 160 /min sa povremenim VES, modar u licu i na periferiji, podbulog lica. Saturacija 75%. Orošen hladnim znojem. Na podlaktici levo vidljiv veliki zavoj natopljen krvlju a takođe krvlju umazana odeva i lice. Stavljena O2 maska. Anamnezom dobijamo podatak da je pacijent nađen u besvesnom stanju, na ulici ležao duze vreme. Pokušana kanulacija periferne vene više puta ali neuspešno. Inspekcijom obeju podlaktica na zdravoj ruci vide se više ubodnih mesta sa hematomima. Zbog ugroženog stanja pacijenta neophodno je bilo uspostaviti centralnu vensku liniju. Pokušao sam najpre sa identifikacijom vene jugularis externa no nije bilo moguće te sam par puta pokušao punkciju vene jugularis interna ali neuspešno. Nakon toga odlučio sam se da pristupim veni

subclaviji i uspešno uradio. Nakon uspostavljanja venske linije i proverom njene lokacije pristupa se nadaknadi volumena kristaloidima, koloidima i derivatima krvi. Ubrzo dolazi do poboljšanja opšteg stanja sa povećanjem sistolne tenzije na iznad 100 sa merljivo periferijom pulsa, saturacijom 95%, disanjem od 14/ min, vraćanjem senzorijskog, uspostavljanjem diureze. Urađena rendgenska verifikacija položaja centralnog katetera. Pacijentu se saniraju rane na podlaktici sa desetak šavova. Posle 6 sati pacijent se prebacuje na odeljenje u dobrom opštem stanju

ZAKLJUČAK: Hemoragijski šok je akutno stanje koje ugrožava direktno život pacijenta. U terapiji je neophodno nadomestiti velike količine kristaloida, koloida i produkata krvi. Neophodan je adekvatan venski put. Centralni venski prilaz je najadekvatniji ali ne i uvek izvodljiv zbog okolnosti u kojima ga treba plasirati. Obuka i ovladavanje ovom tehnikom je neophodna u jedinicama koje se bave urgentnom patologijom i traumom.

KLJUČNE REČI: krvarenje, hemoragični šok, potključna vena

60.

HIPERKALIJEVIJA NA TERENU

Vesna Vukoje, Nikolaj Itov

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ, BEOGRAD

UVOD: Kalijum je glavni intracelularni katjon, koji je neophodan za električnu aktivnost, osmotsku ravnotežu, elektroneutralnost i deponovanje glikogena. Hiperkalijemija predstavlja povišenu koncentraciju $K^+ > 5,5$ mmol/l. Patofiziološke i kliničke manifestacije hiperkalijemije su različiti poremećaji srčanog ritma, osećaj trnjenja, grčeva, hipotonije do flakidne paralize, sve do povećanog lučenja aldosterona, insulina i kateholamina.

CILJ RADA je da se ukaže na značaj hiperkalijemije, njeno pravovremeno prepoznavanje i adekvatno lečenje još na prehospitalnom nivou. Takođe se želi naglasiti postojanje rarednih stanja sa kojima lekari hitnih službi dolaze u kontakt, ali i da trajanje simptoma nije merilo vitalne ugroženosti pacijenta. Lekari hitnih službi imaju veliki uticaj na tok bolesti u mnogim situacijama, samo se postavlja pitanje da li imaju i mogućnost započinjanja adekvatnog lečenja na prehospitalnom nivou.

MATERIJAL I METODE: Kao materijal, koristićemo prikaz slučaja pacijentkinje sa nespecifičnim tegobama koje traju dva meseca, čija anamneza, heteroanamneza ni fizikalni pregled nije upućivao na neko urgentno stanje. Tek na urađenom EKG zapisu su uočeni jasni znaci hiperkalijemije i postalo je jasnije o čemu se radi. Pacijentkinja je hitno prevezena u Urgentni centar gde je u toku dana egzistirala.

ZAKLJUČAK: lekari hitne medicinske pomoći bi trebalo da kod svih pacijenata, a naročito kod pacijenata sa nespecifičnom simptomatologijom urade EKG, jer on može biti važno, a nekada i jedino sigurno dijagnostičko sredstvo. O poremećajima elektrolita se malo misli, jer je njihova definitivna potvrda bolnička, ali im to ne umanjuje značaj i moguće posledice.

KLJUČNE REČI: hiperkalijemija, EKG znaci, hitna pomoć, terapija

61.

AKUTNA TROVANJA ANTIEPILEPTIČNIM AGENSIMA: JEDNOGODIŠNJA ANALIZA

Gordana Babić, Jasmina Jović Stošić, Slavica Vučinić, Nataša Perković Vukčević, Dragana Đorđević

KLINIKA ZA URGENTNU I KLINIČKU TOKSIKOLOGIJU, NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA
VMA

UVOD/CILJ. Cilj lečenja antiepilepticima je prevencija epileptičnih napada. Pored lečenja epilepsija, primenjuju se i u poremećajima raspoloženja, refrakternom bolnom sindromu, apstinencijalnom sindromu izazvanom lekovima i fobijama. Prema podacima Američke asocijacije Centara za kontrolu trovanja u poslednjoj dekadi došlo do promene najčešćeg antiepileptika kao uzročnika trovanja sa karbamazepina i fenitoina na VPA i novije antiepileptike. Po mehanizmu delovanja antiepileptici se mogu svrstati u 4 grupe: inhibitori natrijumovih kanala, inhibitori kalcijumovih kanala, inhibitori eksitatornih neurotransmitera i GABA agonisti. Često jedan antiepileptik svoje antikonvulzivno delovanje ispoljava preko više mehanizama delovanja. Svi antiepileptični lekovi u predoziranju dovode prvenstveno do simptoma od strane CNSa: letargije, sedacije, ataksije, nistagmusa i po kliničkoj slici je veoma teško odrediti o kom se antiepileptiku radi. Cilj rada je analiza učestalosti pojedinih antiepileptika kao uzročnika trovanja, stepena težine trovanja, razvoja komplikacija i trajanja hospitalizacije.

MATERIJAL I METODE. Urađena je retrospektivna analiza pacijenata lečenih zbog trovanja antiepilepticima u Klinici za toksikologiju VMA tokom 2011. godine.

REZULTATI. Od 584 pacijenta koji su lečeni zbog trovanja lekovima, u 113 (19%) se radilo o trovanju antiepilepticima. Najčešći agens je bio karbamazepin (57,5%), zatim VPA i klonazepam (po 12,4%), fenobarbiton (9,7%), lamotrigin (7%) i u jednog bolesnika topiramata. Lako trovanje se ispoljilo u 48%, srednje teško u 29%, teško u 19%, a u 4% bolesnika nije bilo simptoma i znakova trovanja. Trovanja karbamazepinom su najčešće bila lakog stepena (52%), zatim srednje teška u 34% i teška u 14% bolesnika. Trovanja fenobarbitonom su najčešće bila teškog stepena (64%), sa proporcionalno najvećim brojem teških komplikacija (akutna respiratorna insuficijencija, sepsa, bronhopneumonija, rabdomioliza) i najdužom prosečnom hospitalizacijom (7,63 dana). U grupi bolesnika sa trovanjem antiepilepticima nije bilo smrtnih ishoda.

ZAKLJUČAK: Trovanja antiepileptičkim agensima su značajna po učestalosti. U našoj populaciji je karbamazepin i dalje vodeći uzročnik trovanja. Primenom odgovarajućih mera praćenja i lečenja, očekuje se povoljan ishod.

KLJUČNE REČI: akutna trovanja, antiepileptici

62.

ZAMKE I GREŠKE U PREHOSPITALNOM TRETMANU TRAUME - PRIMERI IZ PRAKSE

Dimitar Sotirov

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: U svetu 30% od ukupne smrtnosti teško traumatizovanih nastaju usled grešaka u prehospitalnom 19%, i ranom hospitalnom periodu 10%. Kod nas taj procenat je nepoznat.

CILJ: Ukazati na najčešće greške u prehospitalnom zbrinjavanju traume

MATERIJAL I METODE: retrospektivna analiza literature po pretraživačima Medline i Kobson sa odrednicama :trauma ,prehospitalna , greške i zamke.

DISKUSIJA : Greške i zamke počinju od prijema poziva do bolničkog praga. **Glava-**U ranoj prehospitalnoj dijagnozi zamena teške povrede glave sa pijanim ili histeričnim stanjem povređenog. Nepredvidljivost nastanka ili već postojećeg intrakranijalnog akutnog ili subakutnog hematoma. Zanemarivanje otoreje, otoragije, nazolikvoreje kod preloma baze lobanje. **Vrat-**Izostanak imobilizacije ili loše postavljena šancova kragna. Izostavljenje hitne hirurške intervencije (punkciona i hirurška krikotireotomija, traheotomija). **Grudni koš-**Unutrašnji traumatski tenzioni pneumotoraks kao i hemopneumotoraks često se pogrešno dijagnostikuju i izostave jednostavne kao i spasonosne hitne intervencije, a pacijent se ventilira forsiranim pozitivnim pritiskom. Traumatska tamponada srca – najčešće dijagnozu postavlja patolog jer za istu u prehospitalnom periodu nedostaje EKG i temeljan klinički pregled. **Abdomen-**Unutrašnje povrede abdomena sa perforacijom želuca, duodenuma i hepatopankreatičnih vodova u "periodu iluzije" su najčešće zamke. Njima se pridodaju i krvarenja u dva vremena povređenih parenhimatoznih abdominalnih organa.. **Torakalna i lumbosakralna kičma. duge kosti i karlica-**Neppravilno izvlačenje, imobilizacija. Često zanemarivanje masivnog krvarenja kod zatvorenih preloma krupnih kostiju (femur, tibija, karlica). **Hemoragijski šok** - Simptomi nastupajućeg hemoragijskog šoka se greškom pripisuju povredama CNS-a kod politraume. Nepoznavanje apsolutnih indikacija za postavljanje Esmarhove poveske i greške pri postavljanju i skidanju.

ZAKLJUČAK: Opravdanja i izgovori za počinjene greške kod zbrinjavanja teške traume su: okolnosti na terenu, vremenski uslovi, pritisak okoline utreniranost ekipe, vremenski škripac, premorenost osoblja i nedovoljna edukacija .

KLJUČNE REČI: trauma, prehospitalni tretman

e-mail: smchitnanis@gmail.com

63.

ZBRINJAVANJE PACIJENATA SA STRANIM TELOM REKTUMA - KULMINACIJA ZADOVOLJSTVA ILI NEPRIJATNOSTI

Andrej Šimon(1), Aleksandar Gluhović(2), Mihaela Budimski(3), Nikola Gavrilović(3), Snežana Holcer Vukelić(4)

(1)OPŠTA BOLNICA "DR RADOVOJ SIMONOVIĆ", SOMBOR, (2)URGENTNI CENTAR VOJVODINE, NOVI SAD, (3)SHMP DZ SUBOTICA, SUBOTICA, (3)SHMP DZ SUBOTICA, SUBOTICA, (4)SHMP DZ "DR ĐORĐE LAZIĆ", SOMBOR

UVOD: Strana tela rektuma predstavljaju poseban izazov u radu lekara bilo da su rezultat insercije ili ingestije, seksualnih radnji ili krivičnih dela, dobrovoljnog ili nasilnog čina. Na pristup zbrinjavanju utiču determinante objekta, anatomija i psihički status pacijenta, okolnosti pod kojima je telo dospelo u rektum, vreme nastanka i moguće povrede organa. Ishod lečenja je uglavnom dobar.

Zbog stida i straha od narušavanja poverenja između lekara i pacijenta, dolazak na pregled lekaru je često odložen i sledi nakon nekoliko neuspelih pokušaja samoekstrakcije. Održavanje poverljivosti narušavaju brojni faktori: administracija, predrasude, veliki broj involviranih osoba u tok lečenja i dr. Zbog narušavanja privatnosti ovakvi slučajevi neretko mogu imati i sudski epilog.

Prvi slučaj opisan je još u 16 veku. Starosna dob pacijenata je najčešće između 20 i 40 godina, mada nisu retki slučajevi stranih tela rektuma i u kasnijoj životnoj dobi. Veća je prevalencija u muškaraca.

Strana tela su predmeti iz svakodnevnog života ambalaže kozmetičkih preparata, narkotici pakovani u vrećice, razno duguljasto voće i povrće i drugi predmeti korišteni u cilju seksualnog zadovoljavanja. Nakon ubacivanja predmeta u rektum dolazi do zatvaranja analnog sfinktera, a izostanak distenzije rektuma onemogućava stvaranje refleksa defekacije, zbog čega strano telo ne može biti „izbačeno“ nekom fiziološkom radnjom, već se mora odstraniti odgovarajućom medicinskom intervencijom.

CILJ: Utvrđivanje adekvatnog pristupa u zbrinjavanju pacijenata sa stranim telom rektuma

METODE I MATERIJALI: Evaluacija literature, analiza prikaza slučaja.

REZULTATI: Nakon uzimanja detaljne anamneze, uz poštovanje diskrecije pacijenta, kliničkog pregleda, osnovnih laboratorijskih analiza i RTG snimanja, donosi se odluka o načinu ekstrakcije stranog tela, koje može da se uradi transanalnim ili transabdominalnim putem. Da bi se ekstrakcija radila transanalno neophodna je dobra relaksacija i dilatacija analnog sfinktera u opštoj anesteziji ili analgesedaciji. Ovakav način odstranjivanja stranog tela je najpogodniji kako za pacijenta, tako i za lekara. U slučaju da se strano telo ne može izvaditi kroz anus ili je došlo do povrede sfinkternog mehanizma ili kontinuiteta zida rektuma uz izlivanje sadržaja, pristupa se nekoj od operativnih metoda, koje podrazumevaju laparotomiju, manuelnu ekstrakciju potiskivanjem ili kolotomiju sa ili bez kolostome, uz odgovarajući medikamentozni tretman potencijalne infekcije i inflamacije.

PRIKAZ SLUČAJA: Ženska osoba starosti 27 godina, koja se javlja u prijemnu hiruršku ambulantu zbog stranog tela rektuma (vibrator), zadesno insertiranog dva sata ranije u cilju seksualnog uživanja. Nakon uzimanja tačne anamneze, inspekcije uz klinički pregled i RTG snimanja abdomena i karlice, donosi se odluka da se pokuša transanalna ekstirpacija obzirom na oblik i veličinu predmeta. Intervencija urađena u opštoj endotrahealnoj anesteziji i relaksaciji pacijentkinje, nakon adekvatne manualne dilatacije sfinktera. Nakon intervencije pacijentkinja otpuštena 48h od prijema, bez ikakvih subjektivnih tegoba.

ZAKLJUČAK: Tretman pacijenata sa stranim telom rektuma spada u domen urgentnih stanja i predstavlja izazov za lekara, kako u smislu tehničkog izvođenja, tako i u pogledu pristupa i ostvarivanju adekvatne saradnje sa pacijentom. Konzervativni pristup je uglavnom uspešan i u praksi se češće primenjuje od hirurškog. Poverljivost u toku tretmana je imperativ, što zbog očuvanja dostojanstva pacijenta, to i zbog izbegavanja sudskog epiloga lečenja.

KLJUČNE REČI: strano telo, rektum

64.

FREE FLAPS CLOSURE OF ELECTRICAL BURN WOUNDS

Ljubomir Panajotović (1), Rade Panajotović (2), Marko Panajotović (2)

(1)AMERICAN SCHOOL OF MEDICINE AT BELGRADE, (2)SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF BELGRADE

True high tension electrical burn wounds are full thickness, sharply demarcated and commonly associated with mechanical injuries. The extent of tissue destruction is deeper than the skin and subcutaneous tissue. They are not uncommon. Their treatment consists of escharectomy and aggressive excision of devitalized

tissue within first few hours after injury. Debridement may be repeated one or two days after. Rapid wound closure is advantageous to reduce pain, reverse the catabolic state, minimize contracture, facilitates the rehabilitation and nearing the term of final reconstruction, if necessary. Exposure and nakedness of the deeper structures and their damage imposes flap closure of the defect.

In five presented electrically wounded patients postexcision defects cover was not possible either skin grafts or local flaps, due to extensiveness of tissue destruction. The defects had to be covered by microvascular flaps. In patient with injury of volar surfaces of both forearms and wrists we have made two microvascular latissimus dorsi flap simultaneously in one operation. And in remaining four patients with injury of the lower leg we made latissimus (in three) and scapular flap in one. Postoperative results were good in all of them. Reconstruction of the other, functional structures (damaged tendons, nerves, bones), we performed after stabilization of local conditions, usually after one to three months.

Our experiences in the treatment of those patients implies in favor of the earliest possible coverage of postexcision defects in electrical trauma and soon reconstruction of damaged deeper structures.

Key words: electrical burns, surgical treatment, early wound closure, free flaps reconstruction

e-mail. panajotovic@gmail.com

65.

PREHOSPITALNO ZBRINJAVANJE PACIJENATA SA KRANIOCEREBRALNIM POVREDAMA (KCP)

Ivan Stanković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: KCP je uobičajeni termin u našoj literaturi kojom označavamo traumatsko oštećenje moždane mase i koštanih struktura lobanje.

CILJ RADA: Osnovni postulati prehospitalnog zbrinjavanja pacijenata sa KCP.

MATERIJAL I METOD: Analiza literature dostupne na pretraživačima Medline i Kobson pod odrednicama: kranocerebralne povrede, tretman, prehospitalno.

DISKUSIJA: Epiduralni hematom EH predstavlja rastuće kompresivno sakupljanje krvi nad mozgom, koje se razvija između tabule interne kostiju lobanje i spoljašnje strane dure mater mozga. Subduralni hematom SH predstavljaju sakupljanja kolekcija krvi između mozga i unutrašnje strane dure. Oba krvarenja unutar kranijuma su posledica velike traume, gde imamo deformaciju kosti lobanje, leziju krvnih sudova i venskih sinusa što ima za posledicu progresivno nakupljanje krvi između dure i tabule interne, povećanje intrakranijalnog pritiska i kompresiju mozga. Ponekad klinička slika nije nagla već postoji „slobodan“ ili „lucidni“ interval praktično bez simptoma a može da traje najčešće nekoliko časa do 2-3 dana. Tipično dominiraju simptomi povišenog intrakranijalnog pritiska i simptomi uzrokovani kompresijom U fazi dekompenzacije moždanog stabla nalazimo: tahikardiju, skok a zatim pad tenzije, hipertermiju, Čejn-Štoksov tip disanja a dekompenzovanu fazu čine: pad tenzije, respiratorni arrest, maksimalno dilatirane i fiksirane zenice, totalna flakcidna arefleksija.

Primarno zbrinjavanje pacijenata sa KCP su jako bitni u cilju smanjenja mortaliteta i morbiditeta. Osnovni principi pružanja prve pomoći su : obezbeđenje prohodnosti disajnih puteva, plasiranje venskog put i obezbeđenje hemodinamske stabilnosti, merenje krvnog pritiska i auskultacija rada srca, hemostaza, orijentacioni neurološki pregled .

U toku transporta plasiramo EKG elektrode u cilju daljeg praćenja srčanog ritma, prati se tip disanja, meri u više navrata TA, telesna temperatura, prati stanje svesti, i dinamika u neurološkom pregledu.

ZAKLJUČAK: Adekvatno primarno zbrinjavanje bolesnika sa teškom KCP može znatno smanjiti stopu mortaliteta i morbiditeta. Prohodnost disajnih puteva i adekvatna oksigenacija su osnov u sprečavanju sekundarnih lezija mozga.

KLJUČNE REČI: prehospitalno zbrinjavanje pacijenata, kranocerebralne povrede

e- mail: milijavojin@gmail.com

66.

URGENTNO ZBRINJAVANJE MAKSILOFACIJALNIH POVREDA

Miroslav Stojanović(1), Rade Panajotović (2), Marko Panajotović (2), Ljubomir Panajotović (3)
(1)OPŠTA BOLNICA U ZAJEČARU, (2)MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU, (3)
AMERICAN SCHOOL OF MEDICINE AT BELGRADE

U etiologiji maksilofacijalnih povreda (MFP) prevladavaju saobraćajne nezgode, nasilje, sportske povrede, povrede na radu, povrede vatrenim oružjem. Znatno broj slučajeva sa MFP ima udruženu ozledu koja ugrožava život povređenog i ima prioritet u redosledu zbrinjavanja.

U radu prikazujemo iskustva i metodologiju zbrinjavanja osoba sa MFP. Od 16 povreda 9 su zadobijene u saobraćaju, 9 su bile otvorene, a 4 u sklopu politraume sa znatnim razaranjem tkiva. Petinu MFP činile su izolovane ozlede mekih tkiva, a u trećini preloma kostiju lica pridružena je i opsežna ozleda mekih tkiva.

U sklopu opštih principa zbrinjavanja pridržavali smo se redosleda: osiguranje prohodnosti disajnog puta i zaustavljanje obimnijeg krvarenja uz opšte mere sprečavanja šoka, čemu sledi evaluacija udruženih povreda, a zatim evaluacija maksilofacijalnih ozleda uz antitetanusnu zaštitu i antibiotsku terapiju. U okviru evaluacije MFP sprovodili smo ranu i adekvatnu dijagnostiku ovih ozleda (inspekcija rane, teleradiografija, ortopantomografija, 3D sken) i pristupali što ranijem mogućem zbrinjavanju.

Rane lica zbrinjavali smo primarno (šav, režanj), što ranije, već u prva 2-4 sata, najdalje do 24 sata nakon ozlede uz minimalan debridman i egzaktnu rekonstrukciju anatomskih struktura. Činjen je šav ličnog živca i/ili Stenonovog kanala u slučaju njihove povrede i zbrinjavanje preloma kostiju lica osteosintezom.

Estetski značaj MF regije i mnogostrukih funkcije organa smeštenih u njoj, od komunikacijske (mimike i govora), ishrane, disanja, do vida i sluha, potenciraju značaj pravovremenog i adekvatnog zbrinjavanja povreda ove regije bez obzira na neka mišljenja da zbrinjavanje MFP nije hitno i da se može bez posledica odložiti. Vlastiti rezultati potvrđuju ispravnosti našeg terapijskog pristupa.

KLJUČNE REČI: maksilofacijalne povrede, urgentno zbrinjavanje, redosled zbrinjavanja

e-mail: rajkorajacki@open.telekom.rs

67.

FRAKTURNI MODELI PRELOMA ORBITE

*Srbislav Pajić(1), Vesna Janošević(1), Lidija Šarić(1), Jane Arsov(1), Svetolik Spasić(1), Milan Todosijević(2),
Andrija Savić(1)*

(1)INSTITUT ZA NEUROHIRURGIJU KCS,BEOGRAD, (2)KC KRAGUJEVAC-CENTAR ZA NEUROHIRURGIJU

UVOD: Frakturni model svake kosti zavisi od smera i veličine sile. Tako frakturne linije idu kroz mesta najmanjeg otpora i između kostiju. Dejstvo sile prati destrukciju okolnih kostiju, jer viličnoj trajektoriji maksile prenose silu na okolne slabe kosti.

CILJ RADA: Uočiti analizom radiološki dijagnostikovanih (CT) fraktura zigomatične kosti i očne jame frakturni model za orbitu.

MATERIJAL I METOD: Analizirali smo dijagnostikovane CT i MSCT sa 3D orbita, a sve to posmatrali u odnosu na fisuru orbitalis superior koju smo uzeli kao ključ „pamćenje fraktura“. Posmatrano na bolesničkom materijalu lečenih pacijenata na godišnjem nivou u Neurotraumatološkom centru KCS.

REZULTATI: Sažimanjem rezultata na repenu tačku fisuru orbitalis superior uočili smo da polaze tri linije koje idu s nje:

- a) anteromedijalno,
- b) superolateralno i
- c) inferiornom smeru.

Pravac pružanja frakturnih linija ide ustaljeno po sledećem redosledu:

a) prva frakturna linija ide anteromedijalno duž poda orbite, kroz processus orbitalis maxillae na infraorbitalnoj ivici, spuštajući se kroz infraorbitalni kanal pa dalje niz prednji zid maksile iznad ili medijalno od foramena infraorbitalisa. Sa infraorbitalne ivice frakturna linija ide na maksilu lateralno i inferiorno pod zigomatičnu potporu maksile.

b) druga ide kroz infratemporalnu posteriornu stranu maksile i spaja se sa frakturom prednje strane maksile ispod zigomaksilarnog oslonca.

c)treća ide duž lateralnog zida orbite iza ivica, razdvajajući suturu sphenozigomaticum idući naviše, lateralno ili unapred na lateralnoj ivici orbita, na njoj razdvajajući frontozigomatičnu suturu ili ide iznad ili ispod nje.

ZAKLJUČAK: Uočeno fraktorni modeli kroz komparativnu analizu načinjenih dijagnostičkih procedura CT i MSCT orbita sa 3D umnogome su nam pokazali koji je fraktorni model orbita u povredama, te sledstveno s tim pruža nam dodatnu informaciju koja su to mesta koja treba u hirurškom aktu posebno tražiti i učiniti hiruršku repoziciju.

e-mail: nevus-ng@hotmail.com

68.

FRONTO-TEMPORO-ORBITALNE FRAKTURE

Milan Todosijević(2), Lidija Šarić(1), Vesna Janošević(1), Srbislav Pajić(1), Jane Arsov(1), Svetolik Spasić(1), Andrija Savić(1)

(1)INSTITUT ZA NEUROHIRURGIJU KCS,BEOGRAD, (2)KC KRAGUJEVAC-CENTAR ZA NEUROHIRURGIJU

UVOD: Kod klinički i radiološki dokazanih fraktura skvame frontalne i temoralne kosti, kao i krova orbite,fraktorni ulomci imaju ograničenu dislokaciju.To su najčešće impresivne frakture koje su praćene hemoragijom i neurološkim deficitom.

CILJ RADA: Definisati kliničku sliku i fraktorni model – putanje frakturne linije, te konstantovati uticaj nje na ishod preduzetog hirurškog lečenja.

METOD I MATERIJAL: Praćeno je kod 9 operisanih u Neurotraumatskom centru UC KCS u timskom delu neurohirurga i maksilofacijalnog hirurga. Po hirurškom pristupu fraktornim dijastazama pratili smo njihovu putanju kao i dislokaciju ulomaka i uvek nailazili na laceraciju dure u dijametri 1-3cm, a na mestima gde je ona bila pocepana bila je penetrirana frakturisanim fragmentima kosti nastalih kominucijom. Zacepljeni koštani fragmeni se uklone, a fronto-temporo-orbitalna regija i prednja lobanjska jama se prikaže. Defekt krova se uvek rekonstruiše tankim koštanim graftom. Postoperativne sekvele nisu uočene. Pacijente i dalje pratimo.

REZULTATI: U prvom aktu bez potrebe da rekonstruišemo koštane delove već samo njihovu hiruršku repoziciju učinimo bilo je kod 6 pacijenata (66,67%), dok kod 3 (33,33%) ukazala se potreba za koštanim graftovanjem. Donorna regija za uzimanje koštanog transplantata bila nam je predeo brade i retromolarni predeo donje vilice.

ZAKLJUČAK: Tokom zbrinjavanja ove vrste povrede uočili smo da se dislokacija krova u principu odvija dole i unutra, te da daje kominutivnu dislokaciju bulbusa i mekih tkiva napred i nadole. Sve defekte nedostajuće kosti preko 3mm smo rešavali koštanim graftovanjem i iste osteosintetski povezivali. Rezultat smo dobili zadovoljavajući u smislu dobre koštane potpore za meka tkiva i očni bulbus bez postoperativnih sekvela i vraćanje normalne funkcije i izgleda pacijenta.

KLJUČNE REČI: fronto-temporo-orbitalne frakture

e-mail: drmilantodosijevic@gmail.com

69.

FRONTO-ORBITO-ETMOIDALNE POVREDE

Lidija Šarić(1), Vesna Janošević(1), Srbislav Pajić(1), Jane Arsov(1), Svetolik Spasić(1),Milan Todosijević(2),Andrija Savić(1)

(1)INSTITUT ZA NEUROHIRURGIJU KCS,BEOGRAD, (2)KC KRAGUJEVAC-CENTAR ZA NEUROHIRURGIJU

UVOD: Topografsko-anatomski odnos baze lobanje i endokranijalnog sadržaja sa kostima lica,preko orbita i paranazalnih sinusa,uzrok su,često zajedničkih povreda opisanih struktura pri povredi glave.

CILJ RADA: Prikazati lečenje povreda graničnih anatomskih regiona,uz multidisciplinarni pristup,timski rad neurohirurga i maksilofacijalnog hirurga u kraniofacijalnom regionu.

MATERIJAL I METODE: Praćeni su pacijenti operisani u periodu unazad tri godine. Klinička slika bila je praćena: frontalnom depresijom, nazalnom deformacijom, izraženim traumatskim telekantusom, rinorejom, diplopijom i krvarenjem iz a.ethmoidalis anterior et posterior. Operisano je 76 odraslih pacijenata sa kranio-facijalnom povredom po tipu fronto-orbito-etmoidoidalnog preloma.

REZULTATI: Operisani pacijenti su uzrasta od 17 do 75 godina-prosečna starost je 46 godina. Od toga je bilo žena 21 (27,63%) i muškaraca 55 (72,37%).Timsko delo neurohirurga i maksilofacijalnog ispoljeno je kod 28 (36,84%) pacijenata,a samostalno rešavanje neurohirurga bilo je u 48 (63,16%) pacijenata.

Postoperativno nije bilo nazolikvoreje kod timski operisanih pacijenata, dok kod 8 (16,67%) pacijenata koje je operisao neurohirurg, kao sekvela postoperativno se javila nazolikvoreja.

ZAKLJUČAK: Dobri rezultati timskog rada neurohirurga i maksilofacijalnog neurohirurga u sprečavanju nastanka postoperativnih komplikacija u vidu nazolikvoreje, daju prednost timskom zbrinjavanju fronto-orbito-etmoidalnih povreda.

KLJUČNE REČI: fronto-orbito-etmoidalne povrede

e-mail: lidijanh@yahoo.com

70.

KOMPLEKSNE FRAKTURE KRANIOFACIJALNOG MASIVA

Srbislav Pajić(1), Lidija Šarić(1), Vesna Janošević(1), Jane Arsov(1), Svetolik Spasić(1), Milan Todosijević(2), Andrija Savić(1)

(1)INSTITUT ZA NEUROHIRURGIJU KCS, BEOGRAD, (2)KC KRAGUJEVAC-CENTAR ZA NEUROHIRURGIJU

UVOD: Multiple frakture kraniofacijalnog masiva su često udružene sa povredama drugih delova tela. Jačina traumatske sile koju prima politraumatizovani pacijent je velika i skoro uvek prelazi minimalnu silu za frakturu pojedinačne kosti- kao dela skeleta. To su ekstenzivne traumatske sile koje smrskavaju kosti, dok se meka tkiva oko kostiju imbibiraju krvnim podlivima.

CILJ RADA: Klinička procena obima i broja fraktura, njihova lokalizacija i plan hirurškog zbrinjavanja i rekonstrukcije.

MATERIJAL I METODE: Iz svakodnevnog rada u okviru Neurotraumatološkog centra UC KCS, retrospektivno i prospektivno učiniti analizu posmatranih povreda, njihovu frekventnost i distribuciju, pojavnost i etiološki faktor javljanja. Svi organski sistemi se inicijalno procenjuju i daju karakter povrede, po principu prvo reanimacija, fiziološka stabilizacija, zatim dijagnostička evaluacija povreda i hirurški princip - vreme za operativno lečenje.

REZULTATI: Analizirajući podatke u postupku lečenja kraniofacijalnih fraktura došli smo do saznanja koje bi to bile kontraindikacije za rani hirurški akt u zbrinjavanju istih:

1. nekontrolisani intrakranijalni pritisak,
2. hemoragija (koja se javlja kod masivnih fraktura pelvisa),
3. razvoj koagulopatije,
4. akutni respiratorni distress sindrom.

ZAKLJUČAK: Kod ovako velikih udruženih povreda, koje timski zbrinjavaju neurohirurzi i maksilofacijalni hirurzi, bitno je postići ranu anatomsku repoziciju, jer skelet gradi okvir na kome se rekonstruišu meka tkiva. Samo rano i pravo lečenje restauriše funkciju i prethodni izgled pacijenta, sprečavajući pojavu sekvela po tipu infekcije i posttraumatskih deformiteta.

KLJUČNE REČI: kompleksne frakture, kraniofacijalni masiv

e-mail: nevus-ng@hotmail.com

71.

LEČENJE TEŠKIH KRANIOCEREBRALNIH POVREDA-ULOGA DEKOMPRESIVNE KRANIOTOMIJE

Vesna Janošević(1), Danilo Radulović(1), Srbislav Pajić(1), Lidija Šarić(1), Jane Arsov (1), Svetolik Spasić(1), Milan Todosijević(2), Andrija Savić(1)

(1)INSTITUT ZA NEUROHIRURGIJU KCS, BEOGRAD, (2)KC KRAGUJEVAC-CENTAR ZA NEUROHIRURGIJU

ULOGA: Teške kranIOCerebralne povrede su veliki uzrok smrtnosti i invaliditeta. Lečenje pacijenata multidisciplinarno, konzervativno i hirurško.

CILJ RADA: je da analizom pacijenata kojima je urađena dekompresivna kraniotomija uvidimo koji su faktori koji vode ka boljem ishodu.

MATERIJAL I METODE: Analizirano je 24 pacijenta kojima je u periodu od januara 2009. godine do novembra 2012. godine urađena dekompresivna kraniotomija.

Indikacije za dekompresivnu kraniotomiju postavili smo na osnovu: povećanja intrakranijalnog pritiska (ICP) koji je refrakteran na terapiju i/ili kliničkog, neurološkog i radiološkog pogoršanja. Od parametara

praćeno je: GCS na prijemu, distribucija lezije moždanog parenhima, postojanje udruženih povreda, vrednosti ICP, vreme neurološkog i radiološkog pogoršanja, krajnji ishod lečenih.

REZULTATI: Od ukupno lečenih 24 pacijenata, preživelo je 13 (54,17%), 11 (45,83%) umrlo. A od 13 preživelih 5 (38,46%) je autonomno, 8 (61,54%) sa težim ili lakšim posledicama. Od umrlih 11 pacijenata 7 (63,64%) u prvih osam dana, 1 (9,09%) nakon mesec dana i 1 (9,09%) nakon 3 meseca, 2 (18,18%) pacijenta bila su u vegetativnom stanju sa smrtnim ishodom usled komplikacija nakon 7 i 10 meseci.

ZAKLJUČAK: Dekompresivna kraniotomija ima značajnu ulogu u lečenju teških kranio cerebralnih povreda. Analizom 24 pacijenta utvrdili smo da je dobar prognostički faktor: GCS > 6, progresivno pogoršanje, unilateralne kontuzije, izolovane kranio cerebralne povrede ICP manji od 35 mmHg.

Loš prognostički faktor, GCS < 6 na prijemu, pogoršanje u prvih 8 sati, multiple kontuzije, politraumatizovani pacijenti.

KLJUČNE REČI: kranio cerebralnih povreda, dekompresivne kraniotomije

e-mail: vesnatasa@yahoo.com

72.

SUBDURALNI HEMATOM

Ivana Jovanović(1), Dušica Janković(1), Ivana Ilić(1), Jelena Milenković(1), Tatjana Rajković(1), Milan Elenkov(2)

(1) ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ, (2) OPŠTA BOLNICA PIROT

UVOD: Subduralni hematoma predstavlja krvarenje koje se javlja ispod tvrde moždane opne, čiji je uzrok nastanka najčešće trauma glave.

CILJ: Ukazati na značaj lekara hitne pomoći u prepoznavanju kliničkih znakova i simptoma, kao i okolnosti koji idu u prilog subduralnom hematomu.

IZVOR I IZBOR PODATAKA: Tien HC, Jung V, Pinto R, Mainprize T, Scales DC, Rizoli SB. Reducing Time-to-Treatment Decreases Mortality of Trauma Patients with Acute Subdural Hematoma. *Ann Surg.* Jun2011; Nishijima DK, Dager WE, Schrot RJ, Holmes JF. The Efficacy of Factor VIIa in Emergency Department Patients With Warfarin Use and Traumatic Intracranial Hemorrhage. *Acad Emerg Med.* Mar2010; Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW. Surgical management of acute subdural hematomas. *Neurosurgery.* Mar2006; Kotwica Z, Brzezinski J. Acute subdural haematoma in adults: an analysis of outcome in comatose patients. *Acta Neurochir (Wien).* 1993; Morinaga K, Matsumoto Y, Hayashi S, Omiya N, Mikami J, Sato H, et al. Subacute subdural hematoma: findings in CT, MRI. *No Shinkei Geka.* Mar1995; Servadei F. Prognostic factors in severely head injured adult patients with acute subdural haematoma's. *Acta Neurochir (Wien).* 1997; Wilberger JE Jr, Harris M, Diamond DL. Acute subdural hematoma: morbidity and mortality related to timing of operative intervention. *J Trauma.* Jun1990; Kapsalaki EZ, Machinis TG, Robinson JS 3rd, Newman B, Grigorian AA, Fountas KN. Spontaneous resolution of acute cranial subdural hematomas. *Clin Neurol Neurosurg.* Apr2007;

SINTEZA PREGLEDA: Subduralni hematoma može da bude: akutni, subakutni i hronični. Faktori rizika: koagulopatije, alkoholizam, pacijenti na antikoagulantnoj Th. Klinička manifestacija zavisi od veličine hematomata i stepena povrede moždanog tkiva. Klinički znaci: glavobolja, povraćanje, konfuzija, izmena ličnosti, poremećaj govora, vida i ravnoteže, pospanost, apatija i epileptiformni napadi. Neurološki pregled otkriva: poremećaj svesti (od somnolencije do kome), hemiparezu, hemianopsiju, dizatriju, Hačinsonovu zenicu, Hornerov sy. Diferencijalna Dg: demencija, tumori, TIA, SAH, EPI. Dijagnostika: CT-zlatni standard. Lečenje: hirurško, retko konzervativno.

ZAKLJUČAK: Subduralni hematoma može da predstavlja akutno neurohirurško stanje, koje je prehospitalno važno na vreme prepoznati, na osnovu kliničke slike pacijenta i neurološkog pregleda.

KLJUČNE REČI: trauma glave, klinička slika, neurološki pregled.

e-mail: ika_dunda@yahoo.com

73.

URGENTNA STANJA U NEUROHIRURGIJI

*Svetolik Spasić(1), Srbislav Pajić(1), Vesna Janošević(1), Lidija Šarić(1), Jane Arsov(1), Milan Todosijević(2),
Andrija Savić(1)*

(1)INSTITUT ZA NEUROHIRURGIJU, KCS, BEOGRAD, (2)KC KRAGUJEVAC – CENTAR ZA NEUROHIRURGIJU

UVOD: Jednogodišnje praćenje obraćanja pacijenata Neurotraumatološkom centru UC KCS za 2012.godinu bilo je kroz 29743 pregleda, od toga 2778 prijema. Potrebu za hirurškim zbrinjavanjem imalo je 425 pacijenata, a od toga 40 za urgentnim postupanjem od strane neurohirurga, zbog evidentnih impresivnih fraktura, stvaranja hemoragijske kolekcije, kontuzionih žarišta i pritiska na mozak.

CILJ: Uvidom u jednogodišnju dokumentaciju Centra iznaći koja su to urgentna stanja u oblasti neurohirurgije uslovlila neodložan hitan hirurški zahvat od strane neurohirurga.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna studija na 40 pacijenata lečenih u Neurotraumatološkom centru UC KCS, u toku 2012.godine, koji su iziskivali hitan hirurški zahvat. U studiju su bili uključeni pacijenti sa impresivnim frakturama sa jakim depresijama i dijastazama kostiju, udruženih sa epiduralnim i/ili subduralnim hematomima i/ili kontuzijama mozga, a sa ciljem prevencije razvoja neurološkog deficita.

REZULTATI: Tokom jednogodišnjeg perioda ukupno 9,34% pacijenata koji se jave na pregled neurohirurgu u UC KCS bivaju primljeni u Neurotraumatološki centar, a u prvom aktu urgentno biva operisano 15.29% pacijenata i to 9.41% zbog fraktura lobanje sa udruženim stanjima.

Pratili smo koja je to populacija pacijenata izložena najvećem riziku i došli do saznanja da se radi o pacijentima uzrasne dobi od 4 do 73 godine, uprosečeno 38,5 godina. Najčešća distribucija povreda bila je u dobnoj uzrastu od 53 do 73 godine (65%), a distribucija prema polu u tom uzrasnom dobu 26 muškaraca (84,16%) i 4 žene (15,39%). Najčešće, lokalizacija frakturnih linija bile su temporalno i parijetalno sa ukupnom učestalošću od 59,24% i to češće sa desne strane, što opravdavamo činjenicom da smo više angažovani tom stranom. Pridružene lezije koje smo konstatovali prilikom dijagnostike (CT endokranijuma) i u toku operativnih zahvata bile su kontuzije mozga (53,33%), epiduralni hematomi (33,33%) i subduralni hematomi (13,34%).

ZAKLJUČAK: Kroz praksu se pokazalo da je broj pacijenata koji zahtevaju urgentno hirurško zbrinjavanje mali i kreće se u rasponu 9.41% na godišnjem nivou, lečenih zbog fraktura, najčešće lokalizacije temporalno i parijetalno. Po neurohirurškom zbrinjavanju ovih pacijenata nije bilo neurološkog deficita i disfunkcija. Od pridruženih stanja koja su tokom akcidenta razvile nije došlo do razvoja istih jer su samim hirurškim aktom one bile sanirane.

KLJUČNE REČI: urgentna stanja, neurohirurgija

e-mail: svetolikspasic@gmail.com

74.

ZBRINJAVANJE OPEKOTINA U TERENSKIM USLOVIMA- PRIKAZ SLUČAJA

Muhamed Islamović, Edita Islamović, Elvira Lukač-Radončić

DOM ZDRAVLJA, SLUŽBA HITNE POMOĆI NOVI PAZAR

SAŽETAK Povrede visokom temperaturom se najčešće događaju slučajno, na radnom mestu, u saobraćajnim i rudarskim nesrećama, požarima, ali nisu retke ni u domaćinstvu. Opekotine nastaju delovanjem vrelih tečnosti, para plamena, toplotnog zračenja, električne struje, hemikalija i radioaktivnog zračenja. Oštećenja mogu da zahvate različite slojeve tkiva. Lokalno dejstvo visoke temperature od plamena, toplog vazduha, užarenih predmeta, sa vidljivim posledicama sagorevanja izazivaju opekotine, a one nastale od vrela tečnosti i pare su oparotine. Opekotine prema dubini klasifikujemo u četiri grupe:

1. Opekotine prvog stepena (combustio erythematosa)
2. Opekotine drugog stepena (combustio bullosa)
3. Opekotine trećeg stepena (combustio necrotica)
4. Opekotine četvrtog stepena (carbonisatio)

CILJ RADA: Pokazati značaj ranog reagovanja i terapije u cilju sprečavanja gubitka plazme i nastanka hipovolemijskog šoka.

MATERIJAL I METODE: Prikazujemo slučaj pacijenta koji je zadobio opekotine I koga je ekipa Hitne službe prehospitalno zbrinula i transportovala.

REZULTATI: Pacijent starosti 13 godina u blizini škole u prodavnici na plinskoj grejalici zadobila opsežne povrede glutealnih predela kao i zadnjih predela obe femoralne regije i obe šake, na terenu zatečena pri svesti, jako uznemirena, stabilnih vitalnih parametara, TA 100/70mmHg, opekotine mešovito drugog i trećeg stepena u femoralnoj i glutealnim regijama, a prvog i drugog stepena na šakama, žali se na jak bol u opečenim delovima. Uklonili smo višak odeće osim onog koji je na opečenoj površini, opečena mesta prekrili sterilnom gazom, otvorena su dva venska puta i započeli smo nadoknadu tečnosti rastvorom Ringer laktata 1000ml u cilju borbe protiv hipovolemijskog šoka, radi kupiranja bolova data je ampula Zodola intravenozno. U kombiju pacijentu je dato da udiše kiseonik 5 L/min, preko nazalnog katetera I uz kontrolu vitalnih parametara hitno je prevežen na odeljenje hirurgije OB Novi Pazar .

ZAKLJUČAK: Kod opsežnih opekotina veoma je bitno odmah započeti nadoknadu tečnosti rastvorima kristaloida, kupirati bol i pacijenta u najkraćem mogućem roku transportovati u najbližu Zdravstvenu ustanovu.

KLJUČNE REČI: Opekotine, nadoknada tečnosti, transport

e-mail: muhamed.islamovic.np@gmail.com

75.

INHALACIONE OPEKOTINE

Gordana Simić(1), Željko Stojilović(2)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR KRUSEVAC, SHMP, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR KRUSEVAC, HIRUŠKO ODELJENJE

Promena klimatskih uslova uslovlila je promenu incidence pojedinih bolesti i povreda. Niske temperature udružene sa globalnom krizom dovele su do veće učestalosti smrzanja i termičkih povreda. Suština novih otkrića u patoanatomskom supstratu i izraženost sistemskih promena termičkih povreda terminološki pretočena su nazivu opekotinska bolest. Cilj rada je da ukaže ne samo na značaj opravdane sumnje o postojanju inhalacionih opekotina kod zadesnih opekotina izazvanih požarom u zatvorenom prostoru već i na značaj naše kontinuirane edukacije. U proteklih 18 meseci posebno u ledenom periodu bilo je 5 združeno (vatrogasci, policija) odrađenih terena sa samo 5 povređenih. Na našu veliku žalost 2 terena sa smrtnim ishodom- alkoholičar izgoreo i pacijent koji je gaseci požar spasao suprugu psihijatrijskog pacijenta. Kod preostala 3 pacijenta tokom opservacije ispoljili su se klinički znaci inhalacionih opekotina- gušenje, kašalj, promuklost, prisustvo gareži u ustima i nosnim hodnicima, nedostatak malja u nosu, trepavica, obrva, kose i brade kod muškaraca. Zbog težine povreda dalje lečenje nastavili su u specijalnoj bolnici za opekotine.

KLJUČNE REČI: Inhalacione opekotine

76.

ULOGA TRANSPORTNE IMOBILIZACIJE U DALJEM TOKU LEČENJA- PRIKAZ SLUČAJA

Elvira Lukač-Radončić, Muhamed Islamović

DOM ZDRAVLJA, SLUŽBA HITNE POMOĆI NOVI PAZAR

Prelom (fraktura) predstavlja prekid kontinuiteta koštanog tkiva, uz veoma često postojanje oštećenja mišića, živaca i krvnih sudova. Prelomi se dele na zatvorene i otvorene u zavisnosti od stanja kože i mekih tkiva. Zbog ekspaniranosti potkolenice, od svih dugih kostiju najčešće se lomi tibia. Često postoji istovremeni prelom tibie i fibule.

CILJ RADA je da se ukaže na značaj adekvatne transportne imobilizacije preloma potkolenice sa ciljem što manjeg broja komplikacija u toku daljeg lečenja.

MATERIJAL I METODE: Ekipa Hitne službe primila je poziv oko 17h, da je stariji muškarac pao u štali u neposrednoj blizini kuće, da ima jake bolove, zapomaže, noga je otekla, ne može da hoda. Sagovorniku saopštavamo da povređenog ne pomeraju i odmah izlazimo na teren.

REZULTATI: Na licu mesta, u neposrednoj blizini praga štale, zatičemo muškarca oko 70-tak godina, jako gojaznog, u sedećem položaju sa ispruženim nogama. Obzirom da u štali nema struje i da za osvetljenje koristimo fenjer, uspevamo da vidimo veliki otok i deformitet desne potkolenice. Dalje, utvrđujemo da nije narušen integritet kože iznad otoka. Pacijent se žali na jake bolove. Palpacijom utvrđujemo da postoje pulsacije a.tibialis posterior i a.dorsalis pedis. Ne pomerajući pacijenta pristupamo imobilizaciji desne potkolenice u zatečenom položaju uz obuhvaćanje kolenog i skočnog zgloba Kramerovim šinama. Pre

transporta pacijentu dajemo ampulu Zodola intravenozno i uz kontrolu vitalnih funkcija transportujemo na ortopediju Opšte bolnice Novi Pazar. Rengengrafija je ukazala da postoji prelom dijafize tibie uz istovremeni prelom dijafize fibule, pacijent je operisan na ortopediji Opšte bolnice u Novom Pazaru.

ZAKLJUČAK: Adekvatnom transportnom imobilizacijom sprečavamo da zatvoreni prelomi pređu u otvorene, smanjujemo rizik od tromboembolije, infekcije, nekroze tkiva, oštećenja krvnih sudova i nerava.

KLJUČNE REČI: fraktura, potkolenica, imobilizacija

e-mail: elvirkaa@yahoo.co.uk

77.

PREVENCIJA I LEČENJE INFEKCIJA KOD OPEKOTINA

Ljubomir Panajotović (1), Rade Panajotović (2), Marko Panajotović (2)

(1)AMERICAN SCHOOL OF MEDICINE AT BELGRADE, (2)MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

Infekcija je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta opečenih. Zbog toga je prevencija infekcije u fokusu lečenja opekotina.

Opekotinska rana je često kolonizovana potencijalno patogenim bakterijama. Najčešći uzročnici infekcije opekotinske rane su: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae.

Zaštita eksponiranih delova opekotinske rane od dodatne kontaminacije u toku transporta do opekotinskog centra sterilnom gazom i zavojem je prva preventivna mera zaštite od infekcije. Kultura briseva sa opekotinskih rana i ždrelo, nosa i perianalnog predela daje ranu informaciju o mogućem uzročniku infekcije i izboru antibiotika. Kupanje povređenog u antiseptičnom rastvoru, obrada opekotinske rane u aseptičnim uslovima operacione sale, primena lokalnih antibakterijskih sredstava, zavoj i izolacija bolesnika sa opekotinama su najranije mere prevencije razvoja infekcije. Najviše upotrebljavana topična antibakterijska sredstva su Srebro-sulfodiazin (Dermazin), Povidon-jodid, Mafenid-acetat (Sulfamajlon), srebro-nitrat 0,5 %. Obrada opečene površine i zatvoren metod lečenja (petoslojni zavoj) najčešće su sasvim dovoljna odbrana od infekcije u slučaju površnih opekotina. Prava profilaksa infekcije kod dubokih opekotina je hirurško uklanjanje nekrotičnih slojeva tkiva i sprečavanje unakrsne hospitalne infekcije, ali i drugih komplikacija opekotinske bolesti je Rana tangencijalne ekscizija kojom se uklanja devitalizovano tkivo, a defekt pokriva autotransplantatom kože ili nekim biološkim zavojem je značajan postupak u prevenciji infekcije. Antibiotička terapija započinje odmah po dobijanju antibiograma uzetih briseva. Mikroba populacija na i u rani je u početku oskudna (gram-pozitivne koke) da bi u toku druge nedelje predominirale gram-negativne klice. Pod uticajem topične i sistemske antibiotičke terapije mogu se razviti gljivica u rani i na sluznicama, što iziskuje antimikotsku prevenciju i terapiju. Profilaksa tetanusa hiperimunim serumom i vakcinom je obavezna. Moguća je primena i Pseudomonas vakcine.

Uprkos svemu, iluzija je očekivati da opekotinska rana u dužem periodu ostane sterilna, zbog prirode povrede i patološkog supstrata, kao i zbog razvoja virulentnijih i rezistentnijih sojeva mikroba koji se uobičajeno nalaze na opekotinskoj rani, a bujaju pri supresiji flore.

KLJUČNE REČI: opekotine, infekcija, prevencija, lečenje

e-mail: panajotovic@gmail.com

78.

TUPA POVREDA ABDOMENA SA PERFORACIJOM TANKOG CREVA U DESETOGODIŠNJEM PERIODU NA NAŠEM MATERIJALU OD 2000-2010.

I.Matić, M.Miljković, O. Matkić, Z.Habe, S. Ilić, D. Ilić

HIRURŠKO ODELJENJE BOLNICE ALEKSINAC

CILJ: Nakon tupe povrede abdomena perforacija tankog creva je relativno česta i treba uvek misliti na nju. Može biti združena i sa povredama jetre, slezine, perforacijom kolona ili povredom pankreasa i bubrega. Kod združenih povreda sa dominantnim sindromom intraabdominalnog krvarenja nije bilo problema jer smo nakon punkcija ili lavaže abdomena indicirali hitnu laparatomiju. Kod bolesnika sa izoliranom

povredom tankog creva i znacima peritonitisa indikovali smo laparatomiju nakon Rtg snimka abdomena i palpatorno prisutnim defansom muskolorum. Rad je baziran na našem iskustvu u zadnjih 10 godina.

MATERIJAL I METODE: Perforacije creva mogu se manifestovati i kasnije tako da takve pacijente treba hospitalizovati najmanje 48 do 72 sati. Najčešći simptomi su-bol u truhu, slabost, smanjena ili odsutna crevna peristaltika i znaci hipovolemije.

Na našem materijalu imali smo 8 bolesnika sa povredom tankog creva, od toga 4 su bila sa politraumom i združenom povredom slezine-1, rupturom jetre-2, povredom pankreasa-1. Mehanizam povređivanja bio je ili saobraćajni udes, sportska povreda, udar na fudbalu ili povreda od strane stoke.

Najčešći dijagnostički postupak nakon provedenih reanimacionih mera bila je abdominalna punkcija i peritonealna lavaža, zatim nativna Rtg abdomena i laboratorija. Dijagnostika - Rtg abdomena u oko 50% ukazuje na vazdušni srp ispod dijafragme.

LEČENJE I REZULTATI: Nakon laparatomije i prikazivanja mesta perforacije tankog creva najčešći postupak bio je debridman i dvoslojni šav. Posle toga je vršena lavaža peritonealne šupljine, ovaj postupak se posebno odnosi na bolesnike sa simptomima difuznog peritonitisa. Kod politraumatizovanih pacijenata kod kojih je dominantni sindrom intraabdominalnog krvarenja, najpre smo zbrinjavali krvarenje pa zatim povredu creva.

Kod 5 bolesnika urađena je sutura tankog creva dok je kod 3 bolesnika morala da se uradi resekcija i T-T anastomoza. Povrede jetre su bile parcijalne pa su zbrinute Marbagelanom i samo jednom su šivene i kauterizovane. Osim operacijom, bolesnike sa peritonitisom lečili smo parenteralnom aplikacijom visokih doza antibiotika i hiperalimentacijom intralipidima i albuminima. Svi pacijenti su napustili bolnicu u periodu od 2 nedelje, nismo imali smrtni ishod.

ZAKLJUČAK: Jedan od uzroka perforacije je jaka sila koja deluje na crevo u blizini fiksne tačke kao što je flexura duodenojejunalis. Sledeći mehanizam je kompresija creva između abdominalnog zida i kičme, a takođe i perforacija nastaje zbog naglog povećanja intraabdominalnog pritiska posebno kad je crevo ispunjeno tečnošću. Vecinom perforacija jejunuma nastaje u mobilnijim delovima, aboralno. Punkcija abdomena u 4 kvadranta daje pozitivne rezultate u 85% ali ako je negativna treba uraditi lavažu 11 fizioloskog rastvora.

79.

TRAUMATSKA DIJAFRAGMALNA HERNIJA

Radmila Furtula(1), Bojan Stojanović(2)

(1) JAVNA ZDRAVSTVENA USTANOVA HITNA MEDICINSKA POMOĆ PODGORICA, (2) SPECIJALNA BOLNICA KODRA - PODGORICA

Traumatska dijafragmalna hernija nastaje poslije povreda i penetracija ili tokom intervencija. Najčešće se javlja na lijevoj posteriornoj dijafragmi i može proći kroz tri faze: akutnu, latentnu i opstruktivnu.

U akutnoj fazi povređeni mogu da imaju tahipneju, hipotenziju, odsustvo disajnog šuma u grudima ili prisutnu crijevnu peristaltiku u predjelu grudnog koša. Ako se dijagnoza propusti, pacijent će skliznuti u latentnu fazu. Ona se karakteriše povremenim visceralnim hernijacijama sa nejasnim bolom u stomaku poslije jela, mučninom, povraćanjem i podrigivanjem. Ako hernija ide u opstruktivnu fazu, prisutan je abdominalni bol, rastezanje i povraćanje. Inkarcerirana kila stvara crijevnu opstrukciju i ishemijsku. Tenzioni viscerotoraks ukazuje na povećanje intrapleuralnog pritiska uzrokovanog hernijom što rezultira pomjeranjem medijastinuma na suprotnu stranu sa kompresijom pluća i vene kave. Venski dotok je smanjen i praćen hipotenzijom i hemodinamskim kolapsom.

U akutnoj fazi, radiografija grudnog koša predstavlja najbolji skrining test. Kod prisutne hernije u grudima može da se uoči nazogastrična sonda. Ostali nalazi obuhvataju elevaciju dijafragme, pomjeranje medijastinuma, pleuralno zadebljanje i atelektazu. Kompjuterizovana tomografija ne detektuje male dijafragmalne rascjepove. Na povredu dijafragme treba sumnjati uvijek nakon penetrantne povrede lijevog donjeg predjela grudi ili gornjeg abdomena. Važno je potvrditi herniju lijeve strane, pošto je slezina neće spriječiti kao što to čini jetra na desnoj. Dijagnostičkom peritonealnom lavažom procjenjuje se intraperitonealno krvarenje. Laparoskopija je najbolji način za otkrivanje malih dijafragmalnih rascjepa. Bitno je konsultovati hirurga u ranoj fazi promjena.

Liječenje počinje dekompresijom nazogastričnom sondom i ublažavanjem intratorakalnog pritiska. Kod hipotenzivnih pacijenata i sumnje na pneumotoraks indikovano je otvaranje torakostome koju treba uraditi veoma pažljivo. Ljekar obavezno provjerava da li je cijev plasirana u šupljinu grudnog koša bezbedno po crijeva i intraperitonealni sadržaj. Čim se potvrdi povreda dijafragme indikovano je hitno hirurško zbrinjavanje.

KLJUČNE REČI: Dijafragmalna hernia, trauma

e-mail: furtula.radmila@gmail.com

80.

ZBRINJAVANJE VIŠE POVREĐENIH U SAOBRAĆAJNOJ NESREĆI - PRIKAZ SLUČAJA

Maja Knežević, Dragana Ševo, Dragana Stojanović, Tatjana Rajković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Po podacima MUP-a u Srbiji se godišnje dogodi oko 60.000 saobraćajnih nesreća u kojima pogine oko hiljadu ljudi, a teže ili lakše povredi od 15.000-18.000. U poređenju sa evropskim zemljama stopa smrtnosti u Srbiji je pet puta veća. Adekvatno i profesionalno zbrinjavanje povređenih u prvim minutima je ključni preduslov za smanjenje mortaliteta i invaliditeta.

CILJ: Prikaz zbrinjavanja nesreće sa većim brojem povređenih.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz slučaja, protokol ZHMP, lekarski izveštaj.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv primljen kao prvi red hitnosti, saobraćajna nesreća, više povređenih, na 20 km od grada. Ekipe HMP kreće u prvoj minuti, na mestu udesa je za 10 min. *Okolnosti:* noć, sneg, vlažan put, prisutna policija. *Kinematika:* Putnički automobil je probio bankinu sa leve strane, leteo oko 30m kroz vazduh lomeći drveće, probio zid kuće i ostao u vertikalnom položaju prednjim delom zakačen za terasu prvog sprata. Zbog mehanizma povređivanja svi putnici su bili sabijeni u zadnjem delu automobila. *Trijaža:* Rađena po mogućnosti pristupa pacijentu. Prvi povređeni: muškarac, oko 30god. svestan, disajni put slobodan, diše čujno, nema spoljašnjeg krvarenja - žuti. Drugi povređeni: žena oko 20god. bez svesti, diše usporeno i otežano, nema spoljašnjeg krvarenja - crveni. Treći povređeni nedostupan, vidljiva ruka na kojoj se ne palpira puls - crveni. Zatražena pomoć još jedne ekipe i vatrogasaca. Zajedničkim naporima svih spasilačkih službi povređeni izvučeni za 40min. *Retrijaža:* prvom povređenom očišćen disajni put od povraćajnog sadržaja, vitalni parametri u granicama normale, ponovo ocenjen kao žuti zbog poremećaja na nivou svesti. Drugi pacijent: očišćen disajni put (delovi zuba i tkiva, postavljen airway, disanje očuvano, znaci poremećene hemodinamike prisutni, bez svesti, ponovo ocenjena kao crveni. Treći pacijent: vrat u nepravilnom lateralnopoložaju, iz leve ušne školje i nozdrve vidljivi tragovi krvarenja, bez svesti, disanja i pulsa, na defibrilatoru asistolija u 2 odvođa, ocenjen kao crni. *Pristup i terapija povređenih:* po principima PHTLS (stabilizacija kičmenog stuba, ABCDE principi). Otvoren IV put, ordiniran sol Ringer.

ZAKLJUČAK: Za uspešno zbrinjavanje povređenih u saobraćajnoj nesreći potrebno je da ekipa HMP stigne u najkraćem vremenskom roku, timski rad i uigranost članova ekipe, dobra saradnja sa dispečerom, poštovanje protokola i adekvatna saradnja sa drugim spasilačkim službama.

KLJUČNE REČI: Saobraćajna nesreća, više povređenih

e-mail: majaknezevic74@gmail.com

81.

TRAUMA TRIJAŽA PROTOKOL (TTP)

Biljana Radisavljević Snežana Mitrović, Dušan Gostović, Ana Dimić, Radica Krstić, Draginja Manić

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD. TTP se stalno revidira u određenim vremenskim razmacima. Studije pokazuju bolje preživljavanje i smanjenu smrtnost u regionima sa trauma centrima.

CILJ RADA. Prikaz i analiza revidiranog TTP.

MATERIJAL I METODE. Pregled elektronskih baza podataka PubMed, KOBSON pod odrednicama: Trauma Triage Protocol.

DISKUSIJA. TTP ima 4 nivoa donošenja odluka: **Nivo 1. i 2.** identifikuje najozbiljnije povređene koje treba urgentno transportovati u Trauma centar sa najvišim nivoom zbrinjavanja.

Nivo 1. Fiziološki kriterijumi: GCS < 14 ili TA < 90mmHg ili RF <10 ili >29/min. (<20 deca <godinu dana.

Nivo 2. Anatomski kriterijumi: Sve penetrantne povrede glave, vrata, grudnog koša i ekstremiteta iznad lakta i kolena; Klataći grudni koš; Dva ili više preloma proksimalnih dugih kostiju; Kraš, smrskani ekstremiteti; Amputacija proksimalno od ručnog i skočnog zgloba; Pelvične frakture; Otvoreni ili utisnuti prelomi lobanje; Paraliza.

Nivo 3. Kriterijumi prema mehanizmu povrede: Padovi kod odraslih sa visine > 6m (2 sprata) ili dece > 3m (1 sprat) ili 2-3 puta visina deteta; Automobilske nesreće sa visokim rizikom ako ima deformiteta > 30cm sa strane povređenog ili > 45cm za bilo kog u kolima, ejakcija (parcijalna ili kompletna) iz

automobila, smrtni ishod u istom vozilu, izgled vozila ukazuje na veliki rizik povreda; Obaranje pešaka ili bicikliste automobilom; Pregaženi automobilom; Signifikantni sudar automobilima ili akcident motociklom pri brzini >30km/h.

Nivo 4. Posebna stanja: Stariji od 55 godina; Deca; Antikoagulantna Th. i poremećaji zgrušavanja krvi; Opekotine; Trijaža prema mehanizmu traume; Vremenski okvir za spasavanje ekstremiteta; Hemodijaliza; Trudnoća >20 nedelja; Procena spasioca na osnovu znanja i iskustva.

Nivo 3 i 4. Pacijente transportovati u najbliži odgovarajući trauma centar. Kod nesigurne procene uvek ići na viši nivo.

ZAKLJUČAK. Postoji potreba za uvođenjem Nacionalnog TTP.

KLJUČNE REČI: trauma, trijaža, protokol

e-mail: birad@sbb.rs

82.

POVREDE ŠAKE UZROKOVANE BERAČEM KUKURUZA

Suzana Milutinović (1), Slađana Anđelković (1), Tomislav Palibrk (1), Jovan Mihajlović (2), Marko Bumbaširević (1)

(1)KLINIKA ZA ORTOPEDSKU HIRURGIJU I TRAUMATOLOGIJU KCS, BEOGRAD, (2)CENTAR ZA ANESTEZIOLOGIJU KCS, BEOGRAD

Poljoprivredni i industrijski traumatizam je u stalnom porastu. Savremena poljoprivredna mehanizacija i pored unapređenih mera zaštite prouzrokuje veliki broj povreda uglavnom usled nepažnje i nepravilnog rukovanja. U našoj patologiji se najčešće susrećemo sa povredama uzrokovanim beračem kukuruza.

CILJ. Cilj rada je da se ukaže na značaj težine povreda šake uzrokovane beračem kukuruza kao i posledični invaliditet koje ovakve povrede ostavljaju.

MATERIJAL I METODE: U poslednje tri godine na odeljenju mikrohirurgije UC-a lečeno je 46 pacijenata sa ovim povredama. Od toga muškaraca je bilo 93,75%, a dominantna ruka je povređivana u 75% slučajeva. Uzrok povreda je nepažnja i nepravilno rukovanje beračem, neadekvatna zaštita, premorenost usled prekovremenog rada kao i alkoholisanost radnika. Svi su pacijenti operativno lečeni u periodu od dva do šest sati od trenutka povređivanja. Povrede su u vidu konkvasacije prstiju ili češće cele šake, sa čupanjem tkiva i opsežnim opekotinama posebno dorzalne strane. Replantaciona i revaskularizaciona hirurgija su često bezuspešne zbog opsežne destrukcije dorzalnih vena, pa se povrede završavaju amputacijama.

REZULTATI: Kod svih pacijenata rađena je amputacija od jednog do svih pet prstiju šake, a u četiri slučajeva rađena je amputacija cele šake. Tokom tretmana radili su se ponavljani mekotkivni i koštani debridmani. Započinjalo se sa trojnom antibiotskom terapijom koja se posle menjala prema brisu rane. Svi pacijenti su slati u hiperbaričnu komoru. Zaostali defekti su pokriveni vezanim ili reverznim radijalnim reznjevima.

ZAKLJUČAK: Češće se povređuju osobe muškog pola, dominantna ruka, a povrede se najčešće dešavaju pred kraj radnog vremena. Povrede se dešavaju u septembru i oktobru. Ovakve povrede ostavljaju teški invaliditet i narušenu radnu i životnu sposobnost što ima veliki socio-ekonomski značaj.

KLJUČNE REČI: povrede šake, poljoprivredna mašina

83.

PRIKAZ ZBRINJAVANJA POVREĐENOG U SAOBRAĆAJNOJ NESREĆI

Elizabeta Jovanović, Tatjana Rajković, Dragana Ševo, Aleksandra Stankov, Maja Knežević
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Trauma nastaje kada količina predate energije tkivu premaši sposobnost tkiva da primi, raspodeli i apsorbuje predata energiju.

CILJ: Prikaz slučaja zbrinjavanja povređenog u saobraćajnoj nesreći.

MATERIJAL I METOD RADA: Deskriptivni prikaz podataka. Izvor podataka: knjiga poziva, knjiga protokola Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Niš.

PRIKAZ SLUČAJA: Poziv je primljen kao prvi red hitnosti, udaren pešak. U roku od 2min. stižemo na mesto događaja, obezbeđujemo mesto događaja, jer MUP stiže kasnije. Pacijent je kao pešak udaren od strane putničkog automobila, koji se udaljio od mesta nesreće. Pacijenta zatičemo kako leži potrbuške licem okrenutim ka asfaltu. Pri primarnom pregledu utvrđeno je da je bez svesti, otežanog čujnog disanja.

Povređenog okrećemo na leđa uz manuelnu stabilizaciju vratne kičme. Obezbeđuje se disajni put airway-om. Postavlja se Šancova kragna. Disanje obostrano očuvano, kapilano punjenje duže od 2s. Svest po skali AVPU procenjena kao U. Pacijent timski rolovan i postavljen na ferno nosila. U sekundarnom pregledu: TA80/50mmHg, SF60/min, RF12-14/min. Otok desno okcipitalno, desna zenica dilatiranija od leve, krvarenja iz desnog uva. Hematom veličina jajeta, frontalno-parijetalno levo. Oguljotine nosa, usne krvave, jezik pregrizen, usna duplja čista. Male oguljotine oko pupka i na koži desnog kolena. Ne postoje deformiteta i dislokacije ekstremiteta i karlice, trbuh palpatorno mek. Otvorene dve intravenske linije, uključen Sol.Ringer a 500ml, izvršena obrada rane. Odmah obaveštena ekipa Urgentnog centra za neurohirurgiju. Uputne dijagnoze: Accidens, Coma, susp.Fractura basis cranii U toku transporta pacijent hemodinamski stabilan.

ZAKLJUČAK: Konceptija savremene urgentne medicine nalaže da ekipa koja je na mestu povređivanja započinje zbrinjavanje povređenog, postupa prema jedinstvenoj dijagnostičko-terapijskoj doktrini, tako da je svaka sledeća faza do konačnog izlečenja samo logičan medicinski nastavak prethodne faze. Pravilno primarno prehospitalno zbrinjavanje je prva karika u uspešnom tretmanu povređenog.

KLJUČNE REČI: saobraćajna nesreća, zbrinjavanje povređenog

e- mail: jovanovicelizabetha72@gmail.com

84.

KARAKTERISTIKE SAOBRAĆAJNOG TRAUMATIZMA SA SMRTNIM ISHODOM NA AUTOPSIJSKOM MATERIJALU ZAVODA ZA SUDSKU MEDICINU U NIŠU

Miodrag Zdravković, Aleksandra Antović, Jovan Stojanović, Miroslav Milić, Stevan Todorović, Ivan Stojanović
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ;

CILJ: Cilj studije je proučavanje strukture, zastupljenosti i epidemioloških karakteristika saobraćajnog traumatizma, te prirode povreda i mogućnosti prevencije.

MATERIJAL I METODE: Istraživanje je izvršeno analizom autopsijskog materijala Zavoda za sudsku medicinu u Nišu, u petogodišnjem periodu, koji se odnose na saobraćajne nezgode sa smrtnim ishodom. Dobijeni rezultati su statistički obrađeni i prikazani grafički i tabelarno.

REZULTATI: Na osnovu rezultata analiziranog materijala proizilazi da je ¼ od ukupnog broja obdukovanih lica tokom navedenog perioda smrtno stradala u saobraćajnim zadesima, najčešće u svojstvu vozača putničkog motornog vozila ili motocikla. U pogledu specifičnosti žrtava saobraćajnih zadesa, najčešće su smrtno stradale osobe muškog pola, životne dobi od 20 do 40 godina, dobrog opšteg zdravstvenog stanja i bez prethodno postojećih oboljenja. Među povredama najčešće se radilo o izolovanim povredama glave i/ili organa grudnog koša, odnosno o politraumatizovanim osobama. Prema stepenu oštećenja zdravlja, ove povrede susudsko-medicinski kvalifikovane kao teške telesne povrede opasne po život, koje su se i pored najčešće blagovremene i adekvatno ukazane stručne medicinske pomoći, zbog svoje obimnosti, završile smrtnim ishodom. Saobraćajne nesreće su se statistički značajno češće događale tokom letnjih meseci i vikendom u večernjim satima. Među smrtno stradalim vozačima motcikla 65% nije nosilo zaštitnu kacigu. Deca su najčešće povređivana kao pešaci i putnici u automobilima. Broj umrlih je u ispitivanom vremenskom intervalu bio ravnomeran sa manjim ili većim odstupanjima, ali je u poslednjoj ispitivanoj godini broj umrlih ponovo u porastu.

ZAKLJUČAK: Rezultati naše studije ukazuju da je ljudski faktor uzrok saobraćajnih nezgoda u 90% slučajeva, te da suvozači muškog pola, starosti između 20 i 40 godina, posebno motociklisti, najrizičniji deo stanovništva, pa je u skladu sa tim, neophodno usmeravanje mera prevencije ka ovoj je populacionoj grupi.

KLJUČNE REČI: saobraćajni trumatizam, smrtni ishod, autopsije

e-mail: drmiki26@yahoo.com

85.

SUICIDNA TROVANJA LEKOVIMA

Suzana Tomić(1), Nenad Markovic(2), Dejan Jevtić, (3)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR VRANJE, SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA;

(2)ZDRAVSTVENI CENTAR ALEKSINAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (3)ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC,SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD. Otrov je svaka supstanca uneta u organizam, bilo kojim putem, koja može da izazove manja ili veća oštećenja organizma. Veliki broj supstanci koje se koriste za lečenje su izuzetno toksične ako se ne poštuje namena i određena doza. U savremenom društvu takve supstance su često dostupne i olako se koriste tokom suicidalnih pokušaja.

CILJ RADA. Razlog porasta suicidalnih pokušaja korišćenjem lekova.

MATERIJAL I METODE. Korišćeni su protokoli prijemno trijažnog odeljenja u Vranju u periodu od tri meseca.

REZULTATI.Bilo je 48 pacijenata sa uputnom dijagnozom trovanje lekovima, a od toga 40 pokušaja samoubistva i 8 zadesnih trovanja. Bilo je 33 ženskog, a 15 muškog pola., starosne dobi od 23 do 65 godina. Od 40 pacijenata koji su pokušali samoubistvo, 10 je koristilo po jedan lek,16 kombinaciju dva i više leka, a 14 pacijenata u kombinaciji sa alkoholom. 6 pacijenata je bilo u komi, a sa ostalima je uspostavljena komunikacija. Kao razlog za pokušaj trovanja, najmlađi pacijenti su naveli sukob u porodici, nesrećne ljubavi, osećaj beznadežne situacije, a stariji kao razloge navodili su probleme u braku, sa decom, na poslu, loše materijalno stanje. Nakon observacije 7 pacijenata je upućeno na Kliniku za toksikologiju, a ostali pacijenti na odeljenje psihijatrije.

ZAKLJUČAK. U namernom trovanju lekovima najčešće se koriste psihofarmaci, kardiotonici, opijati. Stepen oštećenja zavisi od vrste i količine unetog leka. Sva trovanja, bez obzira na trenutno ispoljenu situaciju su urgentna stanja u medicini.

KLJUČNE REČI: suicid, trovanje lekovima

e-mail: st9572@gmail.com

86.

LAVAŽA ŽELUCA: KAKO NAĆI PRAVI BALANS IZMEĐU RIZIKA I KORISNIH EFEKATA

Tanja Stevović

KLINIKA ZA URGENTNU I KLINIČKU TOKSIKOLOGIJU,VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, BEOGRAD.

CILJ RADA:je da se iz literaturnih podataka i prikaza slučaja ukaže na mesto i vrednost lavaže u akutnim intoksikacijama, kao i na veoma veliki značaj prethodne zaštite respiratornog sistema, čime se sprečava nastanak vrlo ozbiljnih komplikacija kod akutno otrovanih pacijenata. Lavaža i primena medicinskog uglja predstavljaju jednu od osnovnih mera lečenja peroralnih trovanja uz primenu suportivne terapije. Indikacije za lavažu preporučene su na osnovu konsenzusa i važećih preporuka. Primena aktivnog medicinskog uglja je metoda koja se nadovezuje na lavažu ili samostalno primenjuje. Za razliku od lavaže želuca, koja uklanja toksični agens iz želuca, aktivni ugalj lako prolazi u tanko crevo, primarno mesto apsorpcije leka.

PRIKAZ BOLESNIKA: U radu su prikazana dva bolesnika. Bolesnica 35 godina, hospitalizovana nakon akutnog trovanja tabletama Lamotrigina. Kod bolesnice urađena lavaža želuca, dat medicinski ugalj u matičnoj ustanovi, pacijentkinja u komi GKS 4. Na prijemu u našu ustanovu bolesnica u komi, kod bolesnice se radiografski dijagnostikuje aspiracija, koja se kasnije komplikuje razvojem ARDS-a. Bolesnica zbog respiratorne insuficijencije, intubirana na mehaničkoj ventilaciji u kasnijem toku traheostomirana.

Bolesnik 56 godina,hospitalizovan nakon prethodnog pregleda i zbrinjavanja u matičnoj ustanovi gde je konstatovano da je uz konzumaciju alkoholnog pića popio veći broj tableta Bensedina. Urađena GIT dekontaminacija u toku koje dolazi do respiratornog aresta. Pacijent intubiran, reanimiran dovežen u našu ustanovu. U toku hospitalizacije konstatovan razvoj hipoksične encefalopatije uzrokovane kardiorespiratornim zastojem, a nakon aspiracije sadržaja u stanju nakon samotrovanja. Poremećaj stanja svesti se održava sve vreme lečenja u jedinici intenzivne nege naše ustanove, i ne pokazuje poboljšanje niti klinički niti elektroencefalografski.

ZAKLJUČAK: Zaštita disajnog puta i respiratornog sistema sprečava nastanak vrlo ozbiljnih komplikacija kod peroralno akutno otrovanih pacijenata, smanjuje morbiditet i dužinu lečenja.

KLJUČNE REČI: gastrična lavaža, akutna trovanja, intubacija

e-mail: stevovic73@gmail.com

87.

ŽENE KAO SAMOUBICE

Branka Ilić David, Ana Kasap
SHMP SOMBOR

UVOD: Svetska zdravstvena organizacija upozorila je da svake godine skoro milion ljudi u svetu oduzme sebi život, što znači da se svakih 40 sekundi u svetu ubije po jedna osoba, a više od 20 osoba dnevno pokuša samoubistvo. Žene pokušavaju suicid tri puta češće od muškaraca, a muškarci izvršavaju suicid četiri puta češće od žena.

CILJ ovog rada je prikaz epidemiološke situacije na teritoriji opštine Sombor na temu samoubistava u ženskoj populaciji.

MATERIJALI I METODE: retrospektivna analiza podataka iz protokola SHMP Sombor i knjige mrtvozorstava Gradske službe mrtvozornika grada Sombora za period 01.01.2010. do 31.12.2012. Statistička obrada podataka.

REZULTATI RADA: U ukupnom broju terenskih pregleda suicidi su zastupljeni u 1,2 %. U ukupnom mortalitetu sa 38% su zastupljene žene u sve tri godine. Najmlađi pacijent ženskog pola sa pokušajem samoubistva imala je 16 godina, a najstarija u grupi izvršenih samoubistava među ženama imala je 88 godina. Distribucija prema polu je bila 2010. 54% žene, 2011. 42%, a 2012. 43%. Ukupno izvršenih samoubistava bilo je 2010 33%, 2011. 59%, 2012. 43%. U sve tri godine najčešći način pokušaja samoubistva kod žena je bilo lekovima. Najveći broj izvršenih samoubistava bio je vešanjem. Najveća učestalost pokušaja kod žena bila je u period juli –septembar 2011 godine, a najveći broj izvršenih od pokušanih 2012 , u period juli-septembar (80%). Ukupno je bilo 80 žena u posmatranim godinama. 28 na selu 35%. Veća učestalost izvršenih samoubistava je među ženama na selu 12/28- 43%. Najčešće pokušavaju smoubistvo žene starosti 30 do 59 godina.

ZAKLJUČAK: U broju izvršenih samoubistava imamo četvorostruki porast 2011, u odnosu na 2010. Žene češće pokušavaju samoubistvo lekovima, a izvršavaju vešanjem.

KLJUČNE REČI: samoubistvo , žene, vešanje, lekovi.

e-mail: ilicmbranka@hotmail.com

88.

PREHOSPITALNI PRISTUP AKUTNO INTOKSIKOVANOM SUICIDALNOM PACIJENTU

Ana Adamović, Ljubinka Mitrović, Saša Đurđević, Miloš Pešić
DOM ZDRAVLJA "ĆUPRIJA", SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Pokušaj suicida čest je uzrok urgentne intervencije ekipe Hitne medicinske pomoći. Da bi se realizovali zahtevi koji se stavljaju pred lekara koji učestvuje u rešavanju ovakvih urgentnih stanja, osnovno je napraviti empatski odnos sa pacijentom, koristeći se prijateljskim pristupom, razumevanjem i strpljenjem, brzo obaviti pregled, proceniti vitalne parametre i otpočeti inicijalni terapijski tretman. Prikazan je princip zbrinjavanja akutno intoksikovanog pacijenta sa suicidalnom namerom iz prakse terenske ekipe Službe hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Ćuprija. Kao material korišćena je knjiga poziva 94, terenski protokol bolesnika, izveštaj terenskog lekara, istorije bolesti. Cilj rada je da ukaže da su akutna trovanja značajan uzrok smrtnosti i da su najčešće iz samoubilačke namere. Da najveći stepen rizika za suicid imaju osobe sa poremećajem raspoloženja, a da je predoziranje lekova zastupljeno među akutnim trovanjima, kao i da primat među lekovima drže benzodijazepini sami i/ ili u kombinaciji sa drugim lekovima ili alkoholom. Pristup akutno intoksikovanom pacijentu sa suicidalnom namerom veoma složen i specifičan zbog ozbiljnosti stanja u kome se nalazi, te takav pacijent zahteva multidisciplinarni pristup. Uspeh zbrinjavanja ovih pacijenata baziran je na pravovremenom pozivanju Službe hitne medicinske pomoći, dobro uzetoheteroanamnezi, brzom transportu ekipe do pacijenta, ciljanom pregledu u kućnim uslovima, proceni težine stanja, ranom prepoznavanju simptoma intoksikacije, inicijalnoj terapiji, urgentnom prijemu u bolnicu i tretmanu po savremenim principima toksikologije i psihijatrije.

KLJUČNE REČI: trovanje, lekovi, suicid

e-mail: dr.ana.adamovic@gmail.com

89.

TROVANJA- SLUČAJNA I NAMERNA U RADU SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI DOMA ZDRAVLJA BEČEJ

Milena Jokšić Zelić (1), Radojka Jokšić-Mazinjanin (2), Siniša Šijačić (1), Neda Jokšić (1), Lana Andrić (1), Eva Agoč-Benarik (1).

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

CILJ: da se prikažu demografske karakteristike intoksiciranih pacijenata na teritoriji Opštine Bečej i mogućnost njihovog zbrinjavanja u Službi hitne pomoći (SHMP) u zavisnosti od korištene supstance za intoksikaciju.

MATERIJAL I METODE: U radu je korišćeno retrospektivno, opservaciono istraživanje koje je sprovedeno u SHMP Doma zdravlja Bečej(DZ Bečej). Ciljna grupa su bili pacijenti koji su u periodu od 01.01.2010. do 31.12.2012. zbrinuti i lečeni zbog intoksikacije. Podaci su prikupljeni iz ambulantskih protokola i protokola terenskih ekipa. Obrađeni su upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

REZULTATI: Tokom posmatranog perioda u SHMP DZ Bečej pregledano je 29670 pacijenata. Dijagnoza trovanja postavljena je kod 195(0,66%) pacijenata, 126(64,62%) muškaraca i 69(35,38%) žena. Prosečna starosna dob otrovanih iznosila je 36,79±17,36 godina. Poremećaj stanja svesti utvrđen je kod 47(24,10%) intoksiciranih pacijenata. Najčešće su intoksikacije bile izazvane alkoholom (100(51,28%) pacijenata), potom lekovima (62(31,79%) pacijenta) ili kombinacijom alkohola i lekova (8(4,10%) pacijenata). U ostalim slučajevima kao toksin su identifikovani opijati, sredstva za čišćenje u domaćinstvu, sredstva na bazi nafte, herbicidi, ugljen monoksid ili insulin. Nakon primenjene terapije i opservacije 122(62,56%) intoksicirana pacijenata s vraćena kući bez potrebe za daljim tretmanom. Upućivanje pacijenata u sekundarnu i tercijernu zdravstvenu ustanovu zavisilo je od saturacije kiseonika u perifernoj krvi intoksiciranih, stanja svesti, vrste toksina i prethodne psihijatrijske bolesti. Od 73(37,44%) pacijenta upućena u sekundarnu i tercijernu ustanovu, nije preživelo 6 pacijenata, što znači da je smrtnost u posmatranom uzorku 3,08%.

ZAKLJUČAK: Svake godine se registruje veliki broj trovanja. Najčešće se za intoksikaciju koriste supstance iz neposrednog okruženja koje su uglavnom netoksične u manjim dozama, tako da lekari primarne zdravstvene zaštite mogu izvršiti detoksikaciju pacijenta u blažim slučajevima trovanja. Tako se u slučajevima udaljenosti zdravstvene ustanove od sekundarnih i tercijernih bolničkih ustanova može vršiti trijaža i samo teško intoksicirani pacijenti upućivati na bolničko lečenje.

KLJUČNE REČI: zadesna trovanja, namerna trovanja

e-mail: milenajoksic@hotmail.com

90.

AKUTNA INTOKSIKACIJA PARACETAMOLOM: PRIKAZ SLUČAJA

Dragana Đorđević(1), Gordana Babić(1), Nataša Perković Vukčević(1), Olivera Potrebić(1), Snežana Đorđević(2), Slavica Vučinić(1)

(1)KLINIKA ZA URGENTNU I KLINIČKU TOKSIKOLOGIJU, (2) ODELJENJE TOKSIKOLOŠKE HEMIJE, NACIONALNI CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA VMA

UVOD/CILJ. Akutna trovanja paracetamolom kod nas su vrlo retka, prema podacima NCKT VMA, za razliku od zapadnih zemalja. U SAD, Velikoj Britaniji, Australiji i Novom Zelandu su najčešća od svih trovanja lekovima, najčeši su uzrok akutne insuficijencije jetre u SAD i Velikoj Britaniji i čine 48% hospitalno lečenih trovanja, sa 100-200 letalnih ishoda godišnje. Cilj ovog rada je prikaz slučaja akutnog samotrovanja paracetamolom teškog stepena sa letalnim ishodom.

PRIKAZ SLUČAJA. Pacijentkinja, u dobi od 51god., primljena je u Kliniku za toksikologiju NCKT VMA dvadesetak sati nakon što je popila više od 10 tableta Panadola. Klinička slika počinje desetak sati nakon ingestije mučninom, povraćanjem, malaksalošću. Na prijemu svesna, orijentisana, hipertenzivna, tahikardična, subikteričnih sklera, sa lakom epigastričnom palpatornom bolnom osetljivošću, urednog

ostalog nalaza. Toksikološko-hemijskom analizom krvi dokazan je paracetamol u koncentraciji 27.71mg/l, deset sati kasnije 16.32mg/l. U biohemizmu krvi AST 2097, sa porastom do 19100 tokom istog dana, ALT 5997, potom 15290, LDH 10440-27090, INR 3.06, 5.41, APTT 35.43, 45.6, sa postepenim snižavanjem tokom narednih dana. Glikemije uredne, faktori koagulacije sniženi do minimalno 7% za VII faktor, u arterijskoj krvi pH 7,43, pO₂ 101, pCO₂ 31 SatO₂ 98%, laktati 5,1. Ehosonografskim pregledom abdomena, viđena nešto hiperehogenija struktura jetrenog parenhima, ostali nalaz normalan. Isključena je infektivna etiologija oštećenja jetre. Od prijema primenjena terapija infuzionim rastvorima glukoze i elektrolita, uz blokatore protonske pumpe i hepatoprotektive. Nije uočena pojava hemoragijskog sindroma, ali zbog poremećaja koagulacije sprovedena je supstitucionna terapija svežom smrznutom plazmom, uz vitamin K i ostalu suportivnu i simptomatsku terapiju. Zbog razvoja akutne bubrežne insuficijencije sprovedena hemodijaliza. Od četvrtog dana hospitalizacije, nakon faze izrazite psihomotorne agitacije, dezorjentisanosti, konfuznosti, pacijentkinja poremećnog stanja svesti nivoa kome, zbog čega je u terapiju uveden i flumazenil. Petog dana, zbog respiratorne insuficijencije, intubirana, započeta mehanička ventilacija, a zbog cirkulatorne slabosti dopaminska stimulacija. Uprkos merama intenzivnog lečenja stanje se progresivno pogoršavalo i sedmog dana hospitalizacije dolazi do letalnog ishoda.

ZAKLJUČAK. Akutna trovanja paracetamolom, iako retka u našoj populaciji, mogu biti vrlo teška i po život opasna. Rano prepoznavanje i pravovremeno lečenje, uz primenu specifičnog antidota N-acetil cisteina unutar 6h do 8h od ingestije, su od izuzetnog značaja za smanjenje morbiditeta i mortaliteta.

KLJUČNE REČI: akutna intoksikacija, paracetamol

91.

AKUTNO TROVANJE KOKAINOM

Radmila Furtula(1), Bojan Stojanović(2)

(1)JAVNA ZDRAVSTVENA USTANOVA HITNA MEDICINSKA POMOĆ – PODGORICA, (2)SPECIJALNA BOLNICA CODRA - PODGORICA

Kokain je droga koja se može ušmrkavati, pušiti i unositi intravenski. Pušenje ili intravensko unošenje dovode do maksimalnih efekata unutar 1-2 minuta, a oralna ili mukozna apsorpcija za 20-30 minuta. Toksična doza zavisi od individualne tolerancije, načina unošenja i prisustva drugih faktora. Visoke koncentracije u mozgu i srcu rezultiraju nizom toksičnih manifestacija.

Manifestacije toksičnosti centralnog nervnog sistema nastaju unutar nekoliko minuta nakon pušenja ili intravenskog unošenja ili 30-60 minuta nakon ušmrkavanja, mukozne aplikacije ili oralne ingestije. Euforiju prati anksioznost, agitacija, delirijum, psihoza, drhtavica, mišićna ukočenost ili hiperaktivnost i epileptički napadi. Status epilepticus ukazuje na produženu apsorpciju droge i hipertermiju. Hipertermija ili intrakranijalna hemoragija uzrokuju komu.

Kardiovaskularna toksičnost nastaje neposredno nakon pušenja ili intravenskog unošenja. Nagla hipertenzija dovodi do hemoragijskog šoka ili aortne disekcije. Koronarni spazam i tromboza dovode do nekroze miokarda. Infarkt miokarda, crijeva ili mozga, hipertermija, tahiaritmija i hipovolemija uzrokuju šok. Smrt nastaje usled ventrikularne tahihardije i fibrilacije, statusa epileptikusa, intrakranijalne hemoragije ili hipertermije.

Nivo kokaina u krvi rutinski se ne određuje i ne pomaže u urgentnom zbrinjavanju. Lako se detektuje u urinu, što obezbeđuje kvantitativnu potvrdu uzimanja. Dijagnostika obuhvata i biohemijske analize, EKG, CT glave ili RTG-snimak abdomena.

Urgentne mjere tretmana trovanja kokainom podrazumijevaju obezbeđenje disajnog puta i suzbijanje i liječenje kome, agitacije, epileptičkih napada, hipertermije, aritmija i hipotenzije. Pacijenti sa sumnjom na koronarni spazam primaju se u koronarnu jedinicu. Prate se vitalni znaci i EKG. Kod ingestije kokaina daje se aktivni ugalj ili se vrši kompletna crijevna irigacija. Povraćanje se ne izaziva zbog rizika od epileptičkih napada. Ukoliko se aktivni ugalj brzo primjeni, pražnjenje želuca nije neophodno. Laparotomija i hirurško uklanjanje neophodni su ako zaostanu progutani paketi. Dijaliza i hemoperfuzione procedure nemaju efekta, a acidifikacija urina ne pojačava značajno eliminaciju kokaina. Kokain se eliminiše metabolički i hidrolizom uz poluživot od oko 60 minuta i nema specifičnog antidota.

Ključne reči: akutno trovanje, kokain

e-mail: furtula.radmila@gmail.com

92.

KANULACIJA VENAЕ JUGULARIS EXTERNAЕ U TROVANJU BETA-BLOKATORIMA I BENZODIAZEPINIMA -PRIKAZ SLUČAJA

Miroslav Popović
SHMP ŠABAC

Spoljašnja jugularna vena spada u bočne prитоке vene jugularis interne. Ona se pojavljuje iza ušne školjke i nastaje spajanjem potiljačne i zadnje ušne vene i uliva se u završni deo unutrašnje jugularne ili potključne (subklavije) vene (slika 1). Njen spoj sa potključnom venom pod uglom od 90 stepeni onemogućava ili otežava centralnu vensku kateterizaciju ovim putem. Izbor ove vene za iv put ima niz prednosti: a) velika vena koja ne kolabira u šoku dugo vremena; b) Površnog je toka i lako se lociraca; c) nema bližeg odnosa sa važnim strukturama vrata čime se izbegavaju komplikacije centralnog venskog pristupa; d) zbog širokog lumena podesna je za infundovanje velikih količina tečnosti preko širokolumenskih kanila izato se smatra venom izbora za brzu nadoknadu izgubljenog volumena. Ono što ograničava njenu širu upotrebu je strah od povređivanja struktura vrata, embolizacije i infekcije na mestu kanulacije (posebno se odnosi na kanulaciju na terenu).

CILJ RADA je da se ukaže na mogućnost kanulacije vene jugularis externe u prehospitalnim uslovima radi brze nadoknade volumena i omogućavanja iv davanja lekova, prikazom slučaja pacijentkinje sa radnom dijagnozom trovanja benzodiazepinima i betablokatorima. Od unosa supstanci je prošlo nekoliko sati i pred sobom smo imali osobu sa manifestnim znacima trovanja: GCS 8/9 uskih nereaktivnih zenica, centralno cijanotična, spontanog neregularnog disanja, RR oko 10/min, periferni pulsevi se ne palpiraju, puls nad a. carotis communis palpabilan, bradiaritmican, preko lopatica DEF-a utvrđuje se kompletan AV blok sa sf oko 20-25 /min; TA nemerljiva, SaO₂: 70 %, te se odlučujemo za oksigenaciju i otvaranje iv puta. Nakon nekoliko bezuspešnih pokušaja kanulacije u predelu obe lakatne jame te u vene podlaktice šake, odlučujemo se za kanulaciju spoljašnje jugularne vene sa desne strane roze braunilom promera 20G (slike 3-6). Nakon provere položaja i protoka, učvršćujemo iv kanilu i započinjemo sa brzom iv primenom kristaloidnih rastvora uz davanje atropin amp. a 1mg I + I amp iv, Anexate a 0,5mg/5 ml Nol per infusiam u 500 ml fiziološkog rastvora te Dopamin amp. la 50 mg u 500 ml Ringera) U toku transporta pacijentkinja opservirana i monitorisana uz proveru vitalnih znakova na 5 min; predata Službi Urg. prijema OB Šabac oko 40 min posle prijema poziva sa GCS 9, SaO₂: 80%, i dalje disasnje spontano, EKG: bradiocardia 25/min; Lečena na Internom odeljenju OB Šabac, otpuštena oporavljena.

ZAKLJUČAK: punkcija vene jugularis eksterne je relativno lako izvodljiva na terenu i nepravedno zapostavljena a često spasonosna mera u okviru zlatnog sata pregleda, trijaže i lečenja pacijenta na terenu.

e-mail: mirkan9@gmail.com

93.

SUICIDALNO PONAŠANJE POD LUPOM U RADU SHMP

Zsuzsanna Sirovica, Lajko Nora, Milena Momirović Stojković
DOM ZDRAVLJA SUBOTICA – SHMP

Odavno je, nažalost, opšte poznato da je teritorija opštine Subotice na prvom mestu po incidenci suicida u našoj zemlji. Uprkos napretku medicine u svim sferama dijagnostike i lečenja suicid opstaje kao nerešiva enigma. Lekari službe hitne medicinske pomoći u Subotici sreću se sa ovim problemom u okviru obavljanja redovne dužnosti mrtvozorstva i u okviru pružanja prve pomoći u raznovrsnim slučajevima suicidalnih tendencija.

CILJ ovog rada bilo je prikupljanje podataka za statistički pregled suicidalnog ponašanja stanovnika Subotice u 2012.g., a kroz rad SHMP, pokušaj utvrđivanja određenih zakonitosti na osnovu nekoliko parametara, te naglašavanje značaja prepoznavanja ranih faza suicidalnosti.

Za realizaciju rada korišćeni su izveštaji sa intervencija i ambulantnih pregleda SHMP DZ SU i rađena je jednogodišnja deskriptivna studija. Rezultati su razmatrani i analizirani u odnosu na nekoliko parametara (pol, starost, način, doba godine...), upoređeni sa analognim podacima za 2002. i zatim grafički prikazani.

Na osnovu svega pomenutog moglo se zaključiti sledeće:

- da je učestalost suicidalnog ponašanja na posmatranoj teritoriji i dalje visoka, budući da je u proseku svaki drugi dan neko kontaktirao SHMP povodom određene suicidalne aktivnosti,
- da su raznovrsni načini korišćeni za izvršenje suicidalnog akta, a najčešće intoksikacije lekovima (50%) i mehaničke strangulacije (21,5%),

- te da je najmanje bilo intervencija zbog prijavljenih suicidalnih ideja i želja (12,8%).

Mišljenja smo da je uz preventivno delovanje edukacijom stanovništva, porodice i šire zajednice, možda ipak potrebno i svaku najraniju manifestaciju suicidalnog ponašanja tretirati kao urgentno stanje, jer je sa aspekta svakog humanog i društveno odgovornog pojedinca ovakav gubitak ljudskih života nedopustiv.

KLJUČNE REČI: suicidalno ponašanje, urgentno stanje, učestalost

e-mail: sirovicazsuzsi@gmail.com

94.

HIPERKALEMIJA – INDIKOVANOST I EFIKASNOST RAZLIČITIH TERAPIJSKIH PRISTUPA U URGENTNOM LEČENJU

Jasna Trbojević-Stanković

ODELJENJE HEMODIJALIZE, KLINIKA ZA UROLOGIJU, KBC „DR DRAGIŠA MIŠOVIĆ – DEDINJE“, BEOGRAD

CILJ: Hiperkalemija je stanje povišene koncentracije kalijuma u krvi. Cilj rada je da se prikaže indikovanost, primenljivost i efikasnost različitih terapijskih pristupa za rešavanje hiperkalemije kao urgentnog stanja.

MATERIJAL I METODE: Hiperkalemija kao urgentno stanje lečena je kod 30 bolesnika (14 žena i 16 muškaraca, starosti 58-90 godina) u KBC "Dr Dragiša Mišović – Dedinje". Bolesnici su na osnovu serumskih vrednosti K svrstani u grupe: teška hiperkalemija (>7.0 mmol/l) sa manifestacijama na EKG-u, teška hiperkalemija bez manifestacija na EKG-u, umerena hiperkalemija (6,1-7,0 mmol/l) i blaga hiperkalemija (5,5-6,0 mmol/l). Tridesetčetvoro bolesnika je bilo oligurično, dvadesetčetvoro je imalo očuvanu diurezu a dvoje je bilo anurično u trenutku dijagnostikovanja hiperkalemije.

REZULTATI: Pre započinjanja lečenja isključena je lažna hiperkalemija (hemoliza). Uzrok hiperkalemije u svim slučajevima bilo je smanjeno uklanjanje kalijuma usled: akutne ili akutizacije hronične bubrežne insuficijencije (20 bolesnika) i primene diuretika koji štede kalijum i ACE-inhibitora na terenu bubrežne insuficijencije (10 bolesnika). Dodatni faktor smanjenog ulaska kalijuma u ćelije usled dijabetesa postojao je kod 16 bolesnika. Metabolička acidoza je bila prisutna kod svih ispitanika.

U zavisnosti od vrednosti kalijuma i nalaza na EKG-u primenjene su različite mere lečenja: sredstva kojima se blokira uticaj hiperkalemije na srce (kalcijum-glukonat), kojima se stimuliše ulazak kalijuma u ćelije (rastvor glukoze sa brzodelujućim insulinom, natrijum-bikarbonat) i kojima se stimuliše uklanjanje kalijuma iz organizma (furosemid, sorbitolska klizma). U nekim slučajevima primenjene su i jonoizmenjivačke smole za spečavanje apsorpcije kalijuma iz hrane. Kod oligoanuričnih bolesnika je uspostavljena adekvatna diureza. Ni u jednom slučaju nije bila neophodna hitna dijaliza. Vrednosti kalijuma u serumu bile su statistički značajno niže posle primenjenih mera lečenja u svakoj grupi bolesnika (T test, $p < 0,01$).

ZAKLJUČAK: Primljenim konzervativnim terapijskim pristupima postignuta je zadovoljavajuća korekcija hiperkalemije u ispitanoj populaciji.

KLJUČNE REČI: hiperkalemija, terapijski pristup, lečenje

95.

HIPOGLIKEMIJSKA STANJA U ŠESTOMESEČNOM RADU HITNE POMOĆI KRAGUJEVAC

Aleksandra Vasović, Jelena Petković, Jasmina Stevanović, Vladimir Gajić, Goran Ignjatović, Dragan Milojević
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

CILJ RADA: Analiza incidence i prevalencije hipoglikemijskih stanja u radu hitne pomoći Kragujevac tokom šestomesečnog perioda.

METODOLOGIJA: Podaci su prikupljeni iz terenskih protokola rada ekipa u periodu 01.07-31.12.2012.godine, a zatim je izvršena komparativna analiza, statistička obrada i grafičko prikazivanje.

REZULTATI: Tokom posmatranog perioda bilo je 104 terenske intervencije, što je 0,85% svih terenskih izlazaka (12110). Najviše intervencija je bilo tokom jula (26), najmanje u decembru (12). U gradskom području je bilo 82, 69% izlazaka. Na javnom mestu je bilo 9,61% intervencija. 52,88% je bilo pacijenata ženskog pola. Najviše pacijenata je starosti 71-80 godina (37), najmanje ispod 30 godina (3). Najviše intervencija je u satnom i intervalu 8-10 h (13 intervencija), a najmanje u intervalima 00-02 i 02-04 (po 4). Kod izmerenih glikemija bilo je 81,25% pacijenata sa vrednostima ispod 2,8 mmol/l. 65 pacijenata je tretirano intravenskim slatkim rastvorima, 23 pacijenta peroralnim slatkim rastvorima, a 15 pacijenata

nije zahtevalo dodatnu terapiju. Četiri petine(82,69%) pacijenata je zbrinuto bez transporta u kućnim uslovima. Polovina zbrinutih pacijenata(50,96%) je imala ranije dijagnostikovanu šećernu bolest.

ZAKLJUČAK: Hipoglikemija je jedno od najurgentnijih stanja koje se može uspešno rešiti u kućnim uslovima. Ne postoji statistički značajna razlika u broju izlazaka po mesecima, po satnim intervalima, niti po polu, dok je značajna po dobnim kategorijama, mestu stanovanja, mestu intervencije, izmenjenim vrednostima glikemije, primenjenoj terapiji i transportu pacijenata.

KLJUČNE REČI: hipoglikemija, terenski rad, hitna pomoć

e-mail: hermiona970@gmail.com

96.

DIJAGNOSTIČKE METODE KETOACIDOZE NA TERENU

Milica Veličković, Jovanka Milak, Kornelija Jaksić-Horvat, Nikola Gavrilović
DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, SLUŽBA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

UVOD: Dijabetesna ketoacidoza je najučestalija i najteža akutna komplikacija diabetes melitusa. Praćena je hiperketonemijom, hiperglikemijom i metaboličkom acidozom. Najčešće nastaje zbog infekcije, neadekvatne terapije i kod novootkrivenog dijabetesa.

CILJ RADA: ukazati na dijagnostičke mogućnosti rane detekcije ketoacidoze u terenskim uslovima merenjem ketona pomoću ketonskih traka i primenom kapnografije merenje $ETCO_2$.

METOD RADA: retrospektivna analiza protokola SHMP Subotica, od početka primene traka za merenje ketonskih tela iz kapilarne krvi od 01.VI 2011. do 31.XII 2012. sa prikazom slučaja

REZULTATI RADA- od ukupnog broja lekarskih intervencija na terenu (16032) , u 79 su određivane vrednosti ketonskih tela (0,5%). U našem uzorku je veći procenat ženskog pola sa učestalošću od 59% u odnosu na muškarce. Najugroženija je starosna grupa iznad 60 godina (77,6%). Vrednosti glikemije su se kretale u najvećem procentu (43%) u opsegu između 15 i 20 mmol. Određivanjem ketonskih tela, -hidroksibuterne kiseline, iz kapilarne krvi kod najvećeg broja pacijenata (65%) vrednosti su bile između 0,0-0,6 , zatim u vrednosti 0,6-1,5 (19%), a više od 1,5 je bilo u 16% .

Od analiziranih protokola izdvojili smo slučaj pacijentkinje B.V. Poziv je primljen u 7h i 25min, 20.10.2012.god. kao prvi red hitnosti. Od tegoba, pacijentkinja se žalila na mučninu, povraćanje, bol u abdomenu. Pri pregledu je konstatovana hipotenzija, vrednosti glikemije 25,6mmol, vrednosti ketonskih tela 4,0 a $ETCO_2$ 30, te se pacijentkinja u somnolentnom stanju transportuje na urgentno odeljenje Opšte bolnice u Subotici. Pri prijemu u laboratorijskim nalazima registruju se pozitivni parametri inflamacije, povišene azotne materije, hiperkalijemija, hiperglikemija i izražena metabolička acidoza. Zbog refrakternosti acidoze, perzistiranja povišenih azotnih materija, plasiran je dual-lumen CVK, te je primenjena hemodijaliza u jednom aktu, posle čega se uspostavlja adekvatna diureza, dolazi do poboljšanja opšteg stanja, postiže se dobra glikoregulacija i pad vrednosti azotnih materija, a pacijentkinja se otpušta na kućno lečenje uz dalju preporuku terapije.

ZAKLJUČAK: određivanjem ketonskih tela na terenu i primenom kapnografije značajno se doprinosi prepoznavanju i adekvatnom zbrinjavanju pacijenata sa dijabetesnom ketoacidozom. U ranim fazama dijabetične ketoacidoze dolazi do hiperventilacije da bi se kompenzovala acidoza i dolazi do smanjenja $ETCO_2$. Vrednosti $ETCO_2$ manji od 29 mogu sa velikom sigurnošću predvideti dijabetesnu ketoacidozu.

KLJUČNE REČI: ketoacidoza, ketonskatela, hiperglikemija

97.

DA LI JE IZDAHNUTI UGLJEN DIOKSID POKAZATELJ KETOACIDOZE?

Saša Milić, Vasa Petrović, Borko Milanović, Tajana Hajder, Pavle Maksimović, Dragan Đorđević
DOM ZDRAVLJA "MILORAD-MIKA PAVLOVIĆ" INDIJA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

CILJ: Cilj istraživanja je utvrđivanje dali se neinvazivnim merenjem izdahnutog ugljen-dioksida ($EtCO_2$) u vanbolničkim uslovima može napraviti adekvatna diferencijacija između hiperglikemije sa ili bez ketoacidoze.

MATERIJAL I METODE: U periodu od 1.12.2011.-1.12.2012. u Indijskoj urgentnoj službi posmatrano je 42 bolesnika koji su imali vrednosti glukoze u kapilarnoj krvi veće od 11,1 mmol/l određivane na glukotest aparatu. Njima je kapnografski određivan $EtCO_2$ neinvazivnom metodom kapnometrom na „Zoll“ defibrilatoru. Dijabetesna ketoacidoza je dokazivana na osnovu kliničkih znakova, određivanjem ketonskih tela u urinu i/ili gasnim analizama u laboratoriji Doma zdravlja Indija i ili referentnim klinikama gde su transportovani. Rezultati su zatim statistički obrađivani.

REZULTATI: Od 42 posmatrana bolesnika, kod 13 je postojala dijabetesna ketoacidoza a kod 29 nije. U grupi hiperglikemičnih bolesnika sa dijabetesnom ketoacidozom prosečna vrednost EtCO₂ iznosila je 17,2 mmHg (min. 9 mmHg- max. 26 mmHg) dok je u grupi hiperglikemičnih bolesnika bez dijabetesne ketoacidoze prosečna vrednost EtCO₂ iznosila je 34,3 mmHg (min. 29 mmHg- max. 39 mmHg). Prosečne vrednosti glukoze u krvi su bile kod grupe bez dijabetesne ketoacidoze 16,6 mmol/l a kod grupe sa dijabetesnom ketoacidozom 24,9 mmol/l.

ZAKLJUČAK: Merenje izdahnutog ugljen dioksida preko nazalne kanule kod bolesnika sa povećanim vrednostima glukoze u krvi je adekvatan pokazatelj razvoja dijabetesne ketoacidoze koje se može veoma jednostavno i efikasno koristiti u vanbolničkim uslovima. Vrednosti EtCO₂ manje od 26 mmHg govore u prilog dijabetesnoj ketoacidozi a vrednosti EtCO₂ veće od 29 mmHg ukazuju da nije došlo do razvoja dijabetesne ketoacidoze. Istraživanje je neophodno potvrditi većim uzorkom.

KLJUČNE REČI: izdahnuti ugljen-dioksid, dijabetesna ketoacidoza, hiperglikemija

98.

ANAFILAKTIČKI ŠOK-PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Milenković, Tatjana Mičić, Ivana Jovanović

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Šok je stanje generalizovane ćelijske hipoperfuzije, izazvane akutnom cirkulatornom insuficijencijom, koje dovodi do tkivne i ćelijske hipoksije. Iako se anafilaktički šok ređe sreće na terenu, često predstavlja ozbiljan dijagnostički problem i zahteva hitne terapijske mere i postupke.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijentkinja stara 40 god, desetak minuta nakon sto je popila Cps. Palitrex-a počinje da oseća svrab po koži i mučninu, zatim gubi svest. Po dolasku na lice mesta 5 minuta nakon poziva, zatičemo je bez svesti, eupnoičnu, jedva čujnih srčanih tonova, bez pulsa nad a. radialis, nemejljive tenzije, blede, hladne kože. EKG, vrednosti ŠUK i SaO₂ su normalni. Heteroanamnestički postavljamo sumnju na anafilaktičku reakciju, otvara se iv put i započinje fracionirana iv aplikacija Amp. Adrenalin-a 1:10000 uz istovremenu oksigenoterapiju i infuziju kristaloidima. Nakon 3ml rastvora Adrenalina, dolazi do povratka svesti, pulsa nad a. radialis i tenzije. Zatim se ordiniraju Amp. Urbazon-a a 80 mg i.v i Amp.Synopen-a u infuziji. Na prijemu na Kliniku za hematologiju kod pacientkinje se uočava diskretan otok gornje usne koji se povlači nakon nekoliko časova, te se pacientkinja otpušta u dobrom opštem stanju.

DISKUSIJA: Po život opasan anafilaktički odgovor nastaje kod senzibilisanih osoba nakon izlaganja specifičnom antigenu, a manifestuje se respiratornim distresom, nakon koga sledi vaskularni kolaps ili šokom bez prethodnih respiratornih poremećaja. Karakteristika ove sistemske reakcije su i pruritus i urtikarija sa ili bez angioedema, kao i gastrointestinalni simptom: mučnina, povraćanje, abdominalni bol i dijareja. Kada je prisutan samo deo potpunog sindroma, teško je isključiti neimunološki, toksikološki ili idiosinkrazijski odgovor. Dijagnoza anafilaktičke reakcije zavisi od dobro uzete anamneze/ heteroanamneze.

ZAKLJUČAK: Obzirom da smrt može nastati vrlo brzo od pojave prvih simptoma, rano prehospitalno prepoznavanje anafilaktičke reakcije i adekvatan i pravovremeni tretman su imperativ.

KLJUČNE REČI: anafilaktička reakcija, prehospitalni tretman

99.

AUTOMEDIKACIJA KOD ZDRAVSTVENIH RADNIKA – PRO ET CONTRA

Vladimir Blanuša

INTERNISTIČKA ORDINACIJA PRIM. DR VLADIMIR BLANUŠA

CILJ RADA: Evaluacija efekata automedikacije kod zdravstvenih radnika sa akcentom na ispoljavanju neželjenih dejstava, toku bolesti i komplikacijama.

MATERIJAL I METODE: U petogodišnjem periodu je kontrolisano 140 zdravstvenih radnika koji su prethodno praktikovali automedikaciju zbog raznih abdominalnih smetnji (bol, mučnina, gorušica, poremećaji pražnjenja...) bez ikakve prethodne dijagnostičke obrade, u prosečnom trajanju od oko 7 godina! Svi su podvrgnuti fizikalnom pregledu, laboratorijskoj obradi, ultrasonografskoj i endoskopskoj dijagnostici uz PH-nalaze u slučajevima kada je to bilo potrebno, uz kontrolne preglede prema proceni terapeuta.

REZULTATI: Svi radom obuhvaćeni zdravstveni radnici su nekontrolisano i bez ikakvih provera koristili medikamente od kojih su neki apsolutno kontraindikovani u stanjima i oboljenjima od kojih su, ne znajući,

bolovali! Pri tome nije vođeno računa o indikacijama, načinu upotrebe, doziranju, interakcijama... Kod 52% bolesnika dijagnostikovano je hronični superficijalni gastritis, kod 46% GERB, 5% hijatus hernija, 15% želudačni ulkus, 30% duodenalni ulkus, 14% hronični atrofični gastritis, 2% parazitarna infestacija. 72% pacijenata je imalo pozitivan helicobacter-ureaza test, benigna stenoza pilorusa i duodenuma je dijagnostikovana u 5% slučajeva, a displazije želudačnog epitela kod 38% bolesnika. Posle ordinirane terapije dolazi do reepitelizacije želudačnog ulkusa u 64% slučajeva, duodenalnog ulkusa kod 71%, ali i do recidiva ulkusne bolesti u 38% slučajeva želudačnog ulkusa i 62% duodenalnog! Eradikacija Helicobacter pylori je uspešno izvršena u 86% slučajeva. Regresija displastičkih promena želudačne sluzokože je iz II u I stepen postignuta u 35% slučajeva, a potpuna u 11,5%. Od komplikacija tokom lečenja javljale su se perforacije ulkusa kod bolesnika, krvarenja iz erozija u 11, a iz ulceracija u 13 slučajeva. Na žalost, dijagnostikovano je i jedan karcinom želuca.

ZAKLJUČAK: Dualizam pacijent-terapeut u istoj ličnosti pokazao se kao limitirajući faktor u lečenju zbog potpunog odsustva objektivnog pristupa, neprofesionalnosti, a po nekim mišljenjima i neetičnosti! Od zdravstvenih radnika se očekuje najviši mogući nivo kritičnosti u procenivanju stanja i oboljenja koje rešavaju, pa i kada se radi o njima samima. Automedikacija ima opravdanja u strogo definisanim situacijama, po pravilu se mora primenjivati u kratkim vremenskim intervalima uz apsolutnu potvrdu da se radi o stanju koje se može i sme lečiti na ovaj način i uz izbor medikamenata koji su predviđeni za primenu kroz automedikaciju!

KLJUČNE REČI: automedikacija, zdravstveni radnici

e-mail: vord@open.telekom.rs

100.

POKAZATELJI KVALITETA U SLUŽBI HMP DZ LESKOVAC U 2012.GOD.

Dragana Petrović Kenić, Časlav Nedeljković, Svetlana Jovanović, Dragan Cakić, Bora Mitić
DZ LESKOVAC OGRANAK VUČJE

CILJ RADA: Procena kvaliteta rada u službi HMP DZ Leskovac u 2012.god.

MATERIJAL I METODE: Od materijala je korišćen izveštaj o pokazateljima kvaliteta u službi HMP u 2012.god. Izvršena je statistička obrada podataka.

REZULTATI: Ovim radom su prikazani pokazatelji kvaliteta za službu HMP u 2012.god. .

Broj poziva za prvi red hitnosti i izlazak ekipe na teren u službi HMP DZ Leskovac je 3007 Aktivaciono vreme u minutima je 1,41 reakciono vreme je 7,68, a vreme prehospitane intervencije 16,14. Broj iznenadnih srčanih zastoja je 128 i to u prisustvu ekipe HMP 20 a bez prisustva ekipe 108. Broj rađenih KPR je 60 što u procentima iznosi 46,88. Broj uspešnih KPR kod srčanih zastoja, koji su se desili bez prisustva ekipe, je 4 ili 9,76%, a u prisustvu ekipe 4 ili 21,05%. Broj pacijenata zbrinutih na terenu je 14160 a u ambulanti 30145. Samostalno je na terenu rešeno 9873 pacijenata ili 69,72%, dok je u ambulanti samostalno rešeno 23441 što u procentima iznosi 77,76%. Broj pacijenata na terenu sa teškom traumom je 311 a indikovani tretman je urađen kod 285 pacijenata što iznosi 91,64%. Broj pacijenata sa AKS je 269. Kod njih 188 ili 69,89% je otvoren venski put, dat morfijum ili ekvivalent morfijumu, kiseonik, preparat nitroglicerina u bilo kom obliku ili acetilsalicilna kiselina. Broj onih kojima je pored napred navedenog dat klopidogrel, kleksan-niskomolekularni heparin i koji su transportovani u najbližu ustanovu zbog primarne koronarne intervencije je 156 ili 57,99%. Broj onih kojima je započeta ili data prehospitana tromboliza je 16 ili 5,95%.

Služba HMP DZ Leskovac ima plan reagovanja u vanrednim prilikama.

ZAKLJUČAK: Na osnovu praćenih pokazatelja može se zaključiti da je u službi HMP kvalitet rada na visokom nivou, ali da na istom treba i dalje raditi kako bi se postignuti nivo kvaliteta održao i unapredio. Služba HMP nije služba koja je korisnicima zdravstvene zaštite potrebna svakodnevno, iz kojih razloga se o njoj ne misli dovoljno, do trenutka kada zatreba i kada se shvati koliko je ova služba bitna i koliko je bitno unapređenje kvaliteta rada iste.

KLJUČNE REČI: kvalitet rada, hitna pomoć

e-mail: kenic.dragana@gmail.com

101.

OBRADA STATISTIČKIH PODATAKA RADA ODELJENJA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA ZA 2012

Danijela Rackov

O.B.»ĐORĐE JOANOVIĆ» ZRENJANIN

CILJ: prikaz rada odeljenja za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja

METOD : retrospektivna studija dobijenih podataka iz porotokola bolnice za period 1.1.2012-31.12.2012.

REZULTATI: O.B: „Đ:Joanović“ je predstavlja regionalnu zdravstvenu ustanovu sekundarnog nivoa za srednje Banatski okrug . U njemu živi 210 000 stanovnika . Odeljenje za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja je podeljen na konzervativne i hiruške grane . Prijemo trijažna ambulanta sa specijalistima urgentne medicine i doktorima medicine, svrstana je u konzervativne grane . Pristup PTA je bez uputa a u specijalističke ambulante je sa uputom iz doma zdravlja ili iz PTA. Redosled prozivanja pacijenata u PTA se određuje na osnovu tegoba koje saopštavaju trijažeru koji se zatim svrstavaju u I , II, III red hitnosti. U konzervativne grane pored PTA je i internistička i neurološka ambulanta .U hiruške grane spada: hiruška , ortopedska, urološka, sala za reanimaciju .U zavisnosti od tegoba pacijenta je moguće pregledati i opservirati , uputiti drugom specijalisti, hospitalizovati na odeljenje bolnice , izvršiti ambulatnu hirušku intervenciju, hitnu operaciju , reanimaciju i uputiti u tercijalnu ustanovu .

ZAKLJUČAK: Prikaz statističkih podataka vezanih za ukupan broj pacijenata i broj pacijenata prema redu hitnosti kao i vreme zbrinjavanja .

KLJUČNE REČI: statistički podaci, obrada podataka, urgentna stanja

e- mail : danijelarackov@gmail.com

102.

KAKO FUNKCIONISE REGIONALNI URGENTNI CENTAR U SRBIJI

Danijela Rackov, Slavenka Petković-Curić, Svetlana Milićević, Živa Kozlovački

OPŠTA BOLNICA"ĐORĐE JOANOVIĆ", ZRENJANIN

CILJ - Analiza rada odeljenja za prijem i zbrinjavanje hitnih stanja

MATERIJAL I METODE - retrospektivna studija na osnovu dobijenih podataka praćenjem zbrinutih bolesnika po stepenu hitnosti, vremenu i načinu zbrinjavanja 1.1.2012.-31.12.2012.g. Korišćeni podaci iz protokola odeljenja i dnevne i nedeljne evidencije odeljenja.

Odeljenje za prijem i zbrinjavanje hitnih stanja O.Bolnice "Đorđe Joanovic" je jedino stacionarno odeljenje ovog tipa u regionu koji naseljava 186851 stanovnika po popisu iz 2011.g. Zbrinjavanje se sprovodi po redu hitnosti.

REZULTATI RADA-Broj dnevno pregledanih bolesnika se od 2008.g. kada je odeljenje u ovom obliku reorganizovano od prosečnih 166 dnevno, se povećao na 172 u 2012. Ukupno je pregledano u toku godine 62677 bolesnika . Prosečno vreme čekanja na pregled bolesnika I reda hitnosti je po mesecima od 1,59 minuta na 140 bolesnika pregledano u februaru, do najduzeg 6,62 min na 185 pregledanih u julu. Nije pronađena statistički značajna povezanost sa povećanim brojem prosečnih pregleda u tim mesecima. Najveci broj pregledanih je u periodu maj-jul. Od toga 4,3 % bolesnika je na ulasku u odeljenje trijažirano kao I red hitnosti,13,67 % kao II red i 82,03 % kao III red hitnosti. Od toga je 9,45 % bolesnika zadržano na stacionarnom lecenju. Bilo je 63 reanimacija sa uspešnošću od 56 %. Od ukpunog broja pregledanih 714 je hitno operisano u operacionim salama Urgentnog centra (1,13 %), a njih 255 (0,4 %) upućeno je u tercijarnu ustanovu.

ZAKLJUČAK - dominantan broj bolesnika III reda hitnosti, zadovoljavajuće prosečno vreme čekanja bolesnika I i II reda hitnosti, nizak procenat hitno operisanih i upućenih u tercijarnu ustanovu zahteva analizu organizacije celog sistema hitnog i hladnog zbrinjavanja bolesnika u Srbiji.

KLJUČNE REČI: red hitnosti, protokoli evidencije

e- mail : danijelarackov@gmail.com

103.

URGENTNE SLUŽBE U DONOR BOLNICAMA; PROCENE I POSTUPCI HITNOSTI KOD "HEART BEATING DONORA"

Nikola Beljić(1), Branko Vujković(2), Aleksandar Bogićević(3)

OPŠTA BOLNICA LAZA K. LAZAREVIĆ ŠABAC, (1) UROLOGIJA SA HEMIODIJALIZOM, (2) POMOĆNIK DIREKTORA ZA MENADŽMENT, (3) SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA

UVOD: Osnazivanje donor mreže, edukacija specijalizovanih timova za eksplantaciju-transplantaciju, osnivanje Donor bolnica, transfer znanja i tehnologija nameću pitanja organizovanja konstantne transplantacije organa sa ciljem održivog broja transplantiranih i mogućim povećanje broja transplantiranih na 1000 stanovnika.

CILJ: Cilj rada ima za zadatak da objasni hitnost postupaka, sinhronizovanost službi SHMP-Urgentna medicina-Timovi za potvrdu moždane smrti-ICU jedinice-Eksplantacioni timovi, te složenu interakciju jedinstvenih lista čekanja i alociranosti organa.

MATERIJALI I METODE: Imajući u vidu broj izvršenih transplantacija u 2012 godini, lista čekanja za bubrege, jetru, rožnjača, te broj potpisanih donor kartica sa potencijalnim povećanjem (oko 80000), te viabilnosti organa koji su vremenski ograničeni; srce 4h, jetra 6h, bubrege 24h, sasvim je razumljiv zaključak da je pravovremenost postupka i hitnost u Službi urgentnog prijema Opštih bolnica prioritet prvi među jednakima.

REZULTATI: Postavljanje posebnog algoritma trijaže i javljanja, te hitnost komunikacije sa Timovima za potvrdu moždane smrti, priprema odgovarajućeg transplantacionog centra sa potencijalnim primacima neophodno je da se sinhronizovano, istovremeno odvijaju.

ZAKLJUČAK: Najveći broj kadaveričnih donacija organa odnosi se na pacijente koji su pretrpeli trajna i ireverzibilna teška oštećenja moždane strukture, gubitak svesti, kao i ireverzibilnu nemogućnost kontrole disajnih funkcija. Ovakvo stanje moždane smrti, gde je još uvek očuvana kardijalna funkcija („heart beating donor“), smatra se najpogodnijim za davanje. Stanje moždane smrti se u većini zemalja prema priznatim međunarodnim kriterijumima, označava istovremeno i kao stanje definitivne smrti organizma. Sasvim je jasna hitnost procedura Urgentnog prijema Opštih bolnica predviđenih za Donor bolnice.

DISKUSIJA: Nakon dijagnostike i potvrde moždane smrti, pristupa se pripremi kadavera za eksplantaciju. Ovo podrazumeva pažljivi dalji monitoring i korekciju elektrolitnog statusa, kao i kardiovaskularnog statusa. Obzirom na potrebe potencijalnih primalaca, pristupa se eksplantaciji organa koja praktično uvek podrazumeva multiorgansku eksplantaciju u zlatnom satu, s obzirom na multivijabilnost različitih organa predviđenih za dalji proces transplantacije.

KLJUČNE REČI: Urgentne službe u Donor bolnicama, procene i postupci hitnosti, „heart beating donori“.

104.

MEDICINSKA DEONTOLOGIJA I ODGOVORNOST ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Radovan Karadžić, Aleksandra Antović, Goran Ilić, Miodrag Zdravković, Jovan Stojanović, Stevan Todorović
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

CILJ: Upoznavanje sa suštinom i odlikama zakonskih, profesionalnih i etičkih dužnosti zdravstvenih radnika, kao i posledicama koje mogu proisteći zbog njihovog kršenja.

MATERIJAL I METODE: Analiza i sistematizacija važećih krivično-pravnih i medicinsko-pravnih odredbi i propisa u vezi odgovornosti zdravstvenih radnika.

DISKUSIJA: Deontologija je nauka koja se bavi moralnim normama profesionalne delatnosti i oblicima normativno-zakonskog regulisanja. Medicinska deontologija se bavi proučavanjem prava i dužnosti zdravstvenih radnika i predstavlja širi pojam od medicinske etike, jer osim moralnih načela obuhvata i pravne propise koji su u vezi sa pozivom zdravstvenog radnika. Deontologija zdravstvenih radnika, pogotovo lekara, ima poseban značaj zbog specifičnih karakteristika tog zvanja: objekat medicine su čovek, ljudski život i zdravlje; lekarski poziv nije samo zanat; pacijent se nalazi u podređenom položaju u odnosu na lekara; vrlo je teško, a katkad nemoguće kontrolisati lekarske postupke. Odgovornost zdravstvenih radnika može biti: I Društvena (1. Profesionalna: ogrešenje o dužnosti koje proističu iz članstva u profesionalnim i staleškim organizacijama; 2. Disciplinska: ogrešenje o dužnosti koje proističu iz radnog odnosa ustanove u kojoj lice radi); II Pravna (1. Privatno-pravna (imovinsko-pravna): ako je učinjena šteta nad pacijentom ili društvom propustom, nemarkom, neznanjem, nehumanim odnosom ili nesmotrenošću, medicinsko pravo priznaje i izriče novčanu odštetu; 2. Krivično-pravna: zbog kršenja konkretnih propisa krivičnog zakona).

ZAKLJUČAK: Savremeni društveni tokovi od zdravstvenih radnika zahtevaju sve širi obim znanja i veština, ne samo iz domena medicinske struke, već i iz domena medicinskog prava. Zdravstveni radnici, a posebno lekari, su tokom obavljanja svakodnevne delatnosti izloženi uticaju različitih interesa iz kojih mogu proisteći pitanja o njihovoj odgovornosti, zbog čega je neophodna njihova edukacija u ovoj sferi.

KLJUČNE REČI: medicinska deontologija, odgovornost zdravstvenih radnika

e-mail: radovanrvs@gmail.com

105.

OBAVEZA PRIJAVLJIVANJA POVREDA OD STRANE ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Aleksandra Antović, Radovan Karadžić, Goran Ilić, Miodrag Zdravković, Stevan Todorović, Lidija Kostić-Banović

ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

CILJ: Upoznavanje zdravstvenih radnika sa zakonskom obavezom i profesionalnom dužnošću prijavljivanja povreda, kao i sa posledicama njihovog neprijavlivanja nadležnim državnim organima.

MATERIJAL I METODE: Analiza i sistematizacija važećih propisa iz domena krivičnog prava, medicinskog prava i oblasti zdravstvene zaštite u vezi obaveze i dužnosti zdravstvenih radnika za prijavljivanje povreda.

REZULTATI: Medicina modernog doba je odavno izašla iz okvira "umetnostilečenja" i poprimila epidemijске razmere "hajke" nad zdravstvenim radnicima. Pitanje njihove odgovornosti u različitim sferama medicinske struke. Jedan od važnih problema je odgovornost zbog neprijavlivanja povreda. Zakonska obaveza i profesionalna dužnost prijavljivanja povreda od strane zdravstvenih radnika, kao entitet *per se*, nije eksplicitno definisana, niti je sveobuhvatno i jasno precizirana bilo kojim zakonskim ili podzakonskim aktom. S toga se u svakodnevnoj praksi zdravstveni radnici sve češće susreću sa dilemama: koje povrede podležu obavezi prijavljivanja?; koji zdravstveni radnik je u obavezi da prijavi povredu?; kome prijaviti povredu?; kada i kako prijaviti povredu?; koje su posledice neprijavlivanja? Sudskomedicinski gledano, prijavljivanje povreda je: 1. Zakonska obaveza (shodno odredbama Krivičnog zakona Republike Srbije, Zakonika o krivičnom postupku i Porodičnog zakona); 2. Profesionalna obaveza (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Opšti protokol i Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja Ministarstva zdravlja Srbije); 3. Etička obaveza (Kodeks profesionalne etike Lekarske komore Srbije). Sankcije za neprijavlivanje podrazumevaju krivičnu (Neprijavlivanje krivičnog dela i učinioca, član 332 Krivičnog zakona Srbije) i/ili disciplinsku odgovornost (Pravilnik o radu sudova časti Lekarske komore Srbije).

ZAKLJUČAK: Nedovoljna upućenost zdravstvenih radnika u problematiku medicinskog prava, proistekla iz manjkavosti obrazovnog sistema tokom opštih i specijalističkih studija, sve češće za posledicu ima greške koje impliciraju njihovu odgovornost. Zbog toga je neophodno sprovesti aktivnu i kontinuiranu edukaciju iz ove oblasti, s obzirom da pitanje odgovornosti zasvez zdravstvenim radnicima predstavlja uslov bez koga se ne može.

KLJUČNE REČI: povrede, zdravstveni radnici, evidencija

e-mail: aleksantovic@yahoo.com

106.

ULOGA SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI U ZBRINJAVANJU ONKOLOŠKIH PACIJENATA U BANJOJ LUCI

Nada Banjac, Daniela Kesić-Mijić, Sanja Osmančević – Ljubojević

SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI SA EDUKATIVNIM CENTROM, JZU DOM ZDRAVLJA BANJALUKA

UVOD: Maligna oboljenja su jedan od vodećih uzroka smrtnosti u svijetu, a i kod nas. Po novim procjenama zauzimaju visoko drugo mjesto, odmah nakon bolesti srca i krvnih sudova. SHMP ima važnu ulogu u zbrinjavanju onkoloških pacijenata u fazama pogoršanja. Nedostatak hospicija na teritoriji RS razlog je da službe hitne medicinske pomoći imaju veliki značaj i ulogu u palijativnoj njezi onkoloških pacijenata.

CILJ RADA: Rad ima za cilj da pokaže koliki je značaj zbrinjavanja onkoloških pacijenata u SHMP, vrste i učestalost maligniteta, kao i najčešći razlog poziva pacijenata.

METOD RADA: Retrospektivno su obrađeni statistički podaci iz protokola mobilnih ekipa u periodu 1. juna 2011. god. do 1. juna 2012. god.

REZULTATI: U navedenom periodu bilo je 6110 intervencija mobilnih ekipa, od tog broja 632 intervencije na terenu bile su po pozivu od pacijenata oboljelih od malignih bolesti. Ukupan broj onkoloških pacijenata je 632 (260 žena i 372 muškaraca). Godine starosti su za muški pol od 60-69, a za ženski pol od 40-49. Najčešće je primjenjivana analgetska terapija I ostala simptomatska terapija. Ca pluća je na vodećem mjestu (55 žena i 131 muškarac). 76% svih intervencija završeno je na terenu, dok broj hospitalizovanih iznosi 95 pacijenata. Mobilne ekipe SHMP obavile su 54 kućne posjete pacijentima u slučajevima - ante finem.

ZAKLJUČAK: Uloga SHMP je velika u zbrinjavanju onkoloških pacijenata. Od ukupnog broja svih intervencija na terenu u 2012.god.(6110), broj intervencija učinjenih pacijentima oboljelih od malignih bolesti iznosio je 632, a to je značajan udio od 10,34%. Najčešće su pružane usluge hitne medicinske pomoći u cilju kupiranja kancerskog bola, napadu gušenja ili mučnine. Veliki postotak karcinoma se odnosi na digestivni trakt, a na vodećem mjestu je karcinom pluća.

KLJUČNE RIJEČI: onkološki pacijenti, komplikacije, uloga SHMP

107.

ZNAČAJ ELEKTRONSKOG KARTONA U ZBRINJAVANJU PACIJENATA KOJI SE JAVLJAJU U HITNU POMOĆ

Tomislav Tomić

HITNA POMOĆ, ŠABAC

CILJ RADA je da se prikaže značaj pravilnog vođenja elektronskog kartona za dijagnostiku i dalje lečenje pacijenata.

MATERIJAL je dobijen iz elektronskog kartona i protokola bolesnika; obrađen je deskriptivno i grafički. Upoređeni su slični slučajevi, sa razlikom što je u jednom medicinska dokumentacija uredno vođena, a u drugom nije.

REZULTAT rada je više nego očigledan. Pacijent koji se javio u hitnu pomoć imao je tegobe u vidu stezanja u grudima i gušenja. Došao je direktno sa posla i nije imao nikakvu raniju dokumentaciju kod sebe. Pregledom je ustanovljeno postojanje visoke tenzije i EKG je pokazao blok leve grane. Uvidom u elektronski karton nađeno je da je pacijent ranije imao takav blok i slične tegobe. Na osnovu svega njemu je obaran pritisak i stanje mu se stabilizovalo vrlo brzo. Drugi pacijent koji se javio u hitnu pomoć imao je isto stezanje u grudima, višu tenziju i takođe je došao bez ikakve dokumentacije. Na EKG zapisu je registrovan blok leve grane. Uvidom u elektronski karton nisu nađene prethodne slične tegobe. Zbog tegoba koje je imao, a bez istorije bolesti, odlučeno je da se pacijent preveze na interno odeljenje radi daljeg praćenja i dijagnostike. Naknadnim uvidom u dokumentaciju, videlo se da je pacijent poznat lekarima službe internog odeljenja i da je imao blok od ranije, te da mu je i tada samo skinut pritisak i poslat je kući na dalje lečenje.

ZAKLJUČAK je da je pravilno vođenje dokumentacije moglo skratiti posao i pomoći u zbrinjavanju pacijenta. Drugi pacijent sigurno ne bi završio na internom odeljenju da su svi podaci pravovremeno bili uneti u elektronski karton. Posao bi bio još lakši kada bi ceo zdravstveni sistem bio umrežen

KLJUČNE REČI: elektronska evidencija, zdravstveni karton

108.

OKLUZIJA CENTRALNE RETINALNE ARTERIJE-PRIKAZ SLUČAJA

Vinka Repac (1), Branislava Stanimirov(2), Ivan Antić(1)

(1)DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE,(2)DOM ZDRAVLJA NOVI SAD

UVOD: Bezbolni gubitak vida nastao okluzijom centralne retinalne arterije (OACR), češće se javlja kod starijih osoba koje boluju od povišenog krvnog pritiska s aterosklerotičnim promenama na krvnim sudovima. Kod mlađih osoba promene su ređe, ali sa značajnijim posledicama. Kapilarna, venska i arterijska cirkulacija oka su međusobno povezane te su promene na očnom dnu kod OACR karakteristične.

CILJ RADA: Da se ukaže na hitnost kod OACR i potrebu adekvatnog zbrinjavanja pacijenta.

PRIKAZ SLUČAJA: Muškarac star 42 godine, se javlja zbog naglog, bezbolnog gubitka vida na levom oku, od prethodnog dana (više od 26 časova je prošlo). Negira ranije očne bolesti, povremeno koristi lekove za hipertenziju. Otac i stric umrli od infarkta miokarda. Vidna oština na prvom pregledu je bila: VOD=1.0;

VOS:L+P+ (optotip Pflugerove kuke). Izmeren je intraokularni pritisak aplanacionim tonometrom: TOD: 14mmHg, TOD:22mmHg. Na očnom dnu levog oka nalaz je jasno ukazivao na OACR. Ordinira se antikoagulantna i antiglaukomatozna terapija te dozirana masaža oka. Pacijentu i pratnji (supruga) se predočava neophodnost hospitalizacije, što odbija. Ordinirajući lekar meri arterijski krvni pritisak 150/115mmHg. Urađena je osnovna laboratorija. Nakon 12 sati ,javlja se ponovo zbog dramatičnog, iznenadnog, bezbolnog gubitka vida. Sada je VOD:0.05 a VOS:L+P+. Pacijent se hospitalizuje, primenjuje se intenzivna antikoagulaciona, antiglaukomatozna terapija uz internističku i neurološku kontrolu. Mesec dana od hospitalizacije VOD:1.0 ;VOS:mahanje ruke; TOD:11mmHg, TOS:14mmHg. Nakon 5 meseci od iznenadnog gubitka vida,na levom oku se razvio sekundarni glaukom,bez mogućnosti poboljšanja vidne oštine.

ZAKLJUČAK:Okluzija arterije centralis retine spade u urgentna stanja u oftalmologiji. Ako u roku od 48 sati ne dođe do rekanalizacije, nastaje ireverzibilno oštećenje mrežnjače. Neophodan je multidisciplinarni pristup u lečenju.

KLJUČNE REČI: centralna retinalna arterija,okluzija,vidna oštrina,urgentno stanje.

e-mail : oko@dzzitiste.rs

109.

SEKUNDARNI (INTERHOSPITALNI) TRANSPORT VITALNO UGROŽENOG BOLESNIKA - ZNAČAJ UGOVARANJA PRIJEMA

Aleksandar Ćirić, M.Bojkić, R.Anđelković, I. Stojanović, M.Mitić

OPŠA BOLNICA PIROT, SLUŽBA ANESTEZIJE I INTENZIVNE NEGE

CILJ: Cilj rada je ukazati na značaj ugovaranja prijema kod interhospitalnog transporta komatoznih i vitalno ugroženih bolesnika, kako bi isti za najkraće vreme i sa najmanje rizika stigli u referentnu ustanovu i primljeni na dalje lečenje.

MATERIJAL I METODE: U radu je prikazano iskustvo službe čiji kadrovi vec decenijama medicinski obezbeđuju sekundarni drumski transport vitalno ugroženih bolesnika, najčešće do KC Niš (70 km) i KC Srbije (310 km).

REZULTATI: U periodu 2010-2012. god. transportovano je 185 kritičnih bolesnika. Po godinama 2010-78, 2011-54 i 2012-53, od čega do KC Niš ukupno 174 (94%). Najviše je bilo neurohirurških bolesnika 87 (47%), zatim hirurških 20 (10,8%), kardioloških 16 (8,6%), neuroloških 12 (6,5%) itd...

Van redovnog radnog vremena obavljeno je više od 50% transporta. Kod 19 bolesnika (11%) prijem nije realizovan, i oni su vraćani u matičnu bolnicu ili preusmeravani dalje, u KCS. Zbog loše komunikacije i neugovaranja (bez najave) prijema oni su na konačna odredišta stizali u gore stanju nego pri polasku na put, a dvoje je egzistiralo. Kod 34 bolesnika (18,4%) na prijem se nepotrebno čekalo više od 1 h, što je duže od vremena potrebnog da se stigne do Niša (40 minuta).

ZAKLJUČAK: Najčešći problem bilo je čekanje na dijagnostiku i prijem bolesnika. Dosta ređi ali ne i manje značajan problem je kašnjenje u polasku (bolnica nema svoj reanomobil već koristi vozila i vozače Hitne službe DZ-a). Sekundarni transport mora biti opravdan, i bez obzira na hitnost, najavljen i ugovoren sa ustanovom koja prima bolesnika. Na taj način se štedi dragoceno vreme, koje je često presudan faktor po ishod transporta. U suprotnom, treba razmotriti moguće posledice transporta i proceniti da li je rizik prihvatljiv, odnosno da li će mu transport dodatno pogoršati stanje. Bolesnika treba kompletno zbrinuti pre polaska (venske linije, disajni put, imobilizacija, hemodinamska potora i dr.) i predvideti moguće situacije ako bolesnik ne bude primljen.

KLJUČNE REČI: interhospitalni transport, vitalno ugroženi bolesnik

e-mail: daktari010@open.telekom.rs

110.

TRANSPORTNA LISTA - PROTOKOL U SLUŽBI HITNE MEDICINSKE POMOCI BEČEJ

Sandra Simić, Dragan Tančik, Ankica Vasić, Siniša Šijačić

DOM ZDRAVLJA BEČEJ

CILJ: Prikaz transportne liste – protokola koji se koristi u SHMP DZBečej

-Naglašavanje značaja postojanja kontinuiranog monitoringa pacijenata u toku transporta

-Sudsko medicinski značaj prehospitalno učinjenih procedura

MATERIJAL I METODE: U radu je korišten PROTOKOL TRANSPORTA koji je osmišljen i koristi se u SHMP DZ Bečej, nastao po ugledu na protokole drugih, uglavnom inostranih hitnih službi, naloga za interhospitalni prevoz bolesnika i anestezioloških lista, prilagođen uslovima i mogućnostima naše službe.

REZULTATI: Protokol sadrži

-osnovne podatke pacijentu : ime , prezime, godište , JMBG

-datum i vreme otpočinjanja transporta

-podatke o povređivanju, GCS

-polje za dijagnozu akutnog stanja

-ranije dijagnoze i terapiju

-praćenje vitalnih parametara u toku transporta : TA, puls, SpO₂ , kapnometrija , diureza , ŠUK, EKG

-izvedeni postupci : iv put , intubacija, urin kateter, nazogastrična sonda, itd. sa evidencijom vremena izvođenja

-deo za primedbe vezane za vreme i način javljanja tegoba, alergije, faktori rizika...

-inicijalna terapija u toku transporta

-mesto za potpis lekara i med.tehničara koji učestvuju u transportu

ZAKLJUČAK: U nedostatku zvaničnih transportnih lista – protokola , SHMP DZBečej osmislila je svoju listu. Koristi je već 4 godine.

Lista se popunjava u dva primerka , od kojih se jedan predaje sa ostalom med.dokumentacijom na prijemnim odeljenjima, omogućavajući lakši uvid u stanje pacijenta i prehospitalno primenjen tretman , a drugi primerak se čuva u arhivi SHMP kao sudsko medicinski dokument, sredstvo za kontrolu kvaliteta rada , kao i za eventualno naučno istraživanje. U pripremi su izmene dokumenta (scor-ing sistemi, vreme predaje pacijenta)...

KLJUČNE REČI: transport , protokol, lista

e-mail: drsandrina@open.telekom.rs

111.

SUDSKO-MEDICINSKE KARAKTERISTIKE PORODIČNOG NASILJA NAD ŽENAMA

Aleksandra Antović, Jovan Stojanović, Miodrag Zdravković, Miroslav Milić, Ivan Stojanović, Goran Ilić
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

CILJ RADA: Proučavanje i istraživanje karakteristika porodičnog nasilja nad ženama analizom medicinskih parametara vezanih za rasprostranjenost, strukturu, vrstui posledice nasilja nad ženama.

MATERIJAL I METODE: Analizirana je medicinska dokumentacija Zavoda za sudsku medicinu u Nišu (obдукcioni protokoli i lekarska uverenja) u periodu od 2001. do 2005. godine. Dobijeni rezultati su statistički obrađeni, naučno analizirani, grafički i tabelarno prezentovani.

REZULTATI: Porodično nasilje nad ženama je utvrđeno u 5.6% (159) slučajeva (80.50% - klinički sudsko-medicinski pregled; 19.50% - obdukcija). Među žrtvama dominiraju žene starosti od 19 do 40 godina (46.54%), iz grada (68,55%), sa ličnim prihodima (39,62%), u braku (48,43%), vanbračnoj zajednici (3,77%) ili u procesu okončanja bračne zajednice (3,77%). Žena je najčešće povređena u svom domu (83.02%), u večernjim (44.66%) satima, nakon svađe i rasprave (56,60%), od strane muškarca (62.26%) - bračnog (47,80%) ili vanbračnog partnera (23.00%). U 86.20% slučajeva nasilnik nije u bio pod uticajem alkohola u vreme izvršenja akta nasilja. U 96.80% slučajeva vršeno je fizičko nasilje, sa dominantnom zastupljenošću povreda na glavi (68.56%) u vidu krvnih podliva, oguljotina, nagnječina kože i razderno-nagnječnih rana (ukupno 78.51%), koje su u 73.50% slučajeva kvalifikovane kao lake telesne povrede. U po 9.03% slučajeva radilo se o teškim telesnim povredama i teškim telesnim povredama opasnim po život, dok su bezuslovno smrtonosne povrede bile zastupljene u 8.44% slučajeva. Povrede su nanete dejstvom tupine mehaničkog povrednog oruđa u 84.30%, vatrenim oružjem u 10.70%, a šiljkom i oštricom u 5.00% slučajeva.

ZAKLJUČAK: Istraživanje porodičnog nasilja nad ženama iz domena sudske medicine doprinosi uvođenju standarda za obavljanje medicinskog pregleda, čime se eliminišu individualne varijacije u praksi lekara različitih specijalnosti uključenih u rad sa žrtvama porodičnog nasilja.

e-mail: aleksantovic@yahoo.com

112.

ULOGA LEKARA SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI U PROCESU VEŠTAČENJA TELESNIH POVREDA

Radovan Karadžić, Aleksandra Antović, Goran Ilić, Jovan Stojanović, Miodrag Zdravković, Ivan Stojanović
ZAVOD ZA SUDSKU MEDICINU NIŠ

CILJ: Isticanje uloge lekara službe hitne medicinske pomoći u procesu veštačenja telesnih povreda i važnosti medicinski pravilnog utvrđivanja i evidentiranja povreda u medicinskoj dokumentaciji, kao dokaznom sredstvu u sudskom postupku.

MATERIJAL I METODE: Teoretsko razmatranje osnovnih sudskomedicinskih principa dijagnostike i evidentiranja povreda sa njihovom praktičnom primenom u kliničkoj praksi.

REZULTATI I DISKUSIJA: Osnovni zadatak lekara u službi hitne medicinske pomoći prevashodno se ogleda u pružanju hitne medicinske pomoći, spašavanju života povređenih lica, odnosno sprečavanju smrti i daljih oštećenja zdravlja i invaliditeta. Zadatak lekara je da u najkraćem mogućem vremenu, stručno i na najpovoljniji način po povređenog pacijenta, spasi njegov život na mestu događaja, u toku transporta i u zdravstvenoj organizaciji, kao i da spreči komplikacije koje bi mogle nastati. Pored toga, neophodno je razmišljati i o drugom delu problema, koji se ogleda u činjenici da su povrede često predmet sudskih sporova, a da je baza za njihovo rešavanje veštačenje na osnovu medicinske dokumentacije. Bez obzira na dodatno opterećenje lekara, profesionalna je obaveza i javnopravna dužnost lekara da po obavljanju pregleda detaljno opiše povrede prema sudskomedicinskim principima, jer dobra medicinska dokumentacija predstavlja kvalitetno dokazno sredstvo na sudu. Ukoliko je medicinska dokumentacija oskudna, nepotpuna, neprecizna, a povrede kod povređenog nisu ostavile nikakvog traga u smislu ožiljaka ili posledica, tada nema nikakvih mogućnosti da se iste ustanove i kvalifikuju.

ZAKLJUČAK: Vođenje medicinske dokumentacije predstavlja opštu javnopravnu dužnost regulisanu propisima iz domena zdravstvene zaštite. Prilikom opisa povrede obratiti pažnju na sve njene karakteristike, kako bi takva medicinska dokumentacija bila upotrebljiva za kasnije veštačenje. Vrsta povrede se posmatra kroz njene objektivno utvrđene karakteristike, tj. kroz njen patomorfološki supstrat. Konkretna dijagnoza određene povrede se evidentira u medicinskoj dokumentaciji isključivo u slučajevima kada je povreda objektivno ustanovljena, a nikadasamo na osnovu anamneze.

e-mail: radovanrvs@gmail.com

113.

SINDROM BOLNIH LEĐA U RADU HITNE POMOĆI KRAGUJEVAC

Jelena Milanović, Vladimir Gajić
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ KRAGUJEVAC

CILJ RADA: Analiza incidence i prevalence sindroma bolnih leđa u radu terenskih ekipa Zavoda za hitnu medicinsku pomoć u Kragujevcu.

METODOLOGIJA: Uvid u terenske protokole kućnih intervencija ekipa hitne pomoći u periodu 01.01.-31.12.2012.godine, analiza podataka, tabeliranje i grafičko prikazivanje i komparativnu metanalizu.

REZULTATI: U posmatranom periodu bilo je 501 intervencija kod pacijenta sa sindromom bolnih leđa (M54 po MKB), što je 1,99% svih terenskih intervencija (25215). Najviše interbencija je bilo u januaru (57), a najmanje u martu (26). Žene čine 63% svih pacijenata, pri čemu se najviše žena javljalo tokom maja (41), a najmanje u februaru (16). Muškaraca je bilo 37%, pri čemu ih je najviše u januaru (28), najmanje u septembru (5). Najviše žena je u dobnoj kategoriji preko 60 godina starosti (53,33%). I muškaraca je najviše u istoj dobnoj grupi (40,32%), s tim da je sličan broj i u grupi 41-60 godina (38,17%). Jedna četvrtina svih pacijenata je u terapiji dobila kombinaciju ampula Diklofena, Deksaazona i Bensedina, jedna petina je dobila monoterapiju ampule Diklofena, dok je po jedna šestina pacijenata dobila kombinaciju ampula Diklofena sa Deksaazonom ili sa Bensedinom. Niko nije tretiran tabletiranom terapijom.

ZAKLJUČAK: Ne postoji jedinstven stav u radu terenskih ekipa hitne pomoći, niti postoji algoritam u dijagnostičko-terapijskim protokolima lečenja sindroma bolnih leđa, naročito u terenskim uslovima. Potrebno je doneti nacionalni vodič lečenja sindroma bolnih leđa u terenskim uslovima, jer se ne mogu jednako tretirati pacijenti u ambulantnim i terenskim uslovima.

KLJUČNE REČI: sindrom bolnih leđa, terenski rad, ekipe hitne pomoći

e-mail: jelenadmilanovic@sbb.rs

114.

UTICAJ LUNARNIH FAZA NA FREKVENCIJU POZIVA I PATOLOGIJU HITNE POMOĆI

Snežana Mitrović, Dušan Gostović, Biljana Radisavljević, Radica Krstić, Ana Dimić, Ivana Ilić
ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Mnogi mitovi od vukodlaka do "Moon ludila" i epileptičkih napada su izgradili vezu sa efektima lunarnih faza na čoveka. "Mora da je pun mesec" i danas se često čuje od osoblja policije, hitne pomoći i psihijatrije.

CILJ RADA: Uticaj lunarnih faza na broj, prioritet poziva i patologiju bolesnika hitne pomoći.

Metode i materijal: Retrospektivna analiza lekarskih izveštaja terenske službe od 01.01.2012 - 01.01.2013.

REZULTATI I DISKUSIJA: Od ukupno 39375 intervencija na terenu najveći broj je u prvoj četvrtini 12006 (30,49%), a u ostalim fazama je slične zastupljenosti.

Najveći broj poziva prvog i drugog reda hitnosti je bio u prvoj četvrtini 3094 (29,68%), a u punom mesecu je 2450 (23,51%), zadnjoj četvrtini 2444 (23,45%) i mladom mesecu 2435 (23,36%).

Redosled zastupljenosti prema patologiji pravilan je u svim lunarnim fazama. Kardiovaskularne, neurološke i respiratorne bolesti su dominantne u svim lunarnim fazama, a zatim slede gastrointestinalne, traumatološke i psihijatrijske bolesti. Sve grupe bolesti su najbrojnije u prvoj četvrtini u odnosu na ostale lunarne faze, što se može objasniti najvećim brojem intervencija u ovoj fazi. Podgrupe, infarkt miokarda, moždani udar, epileptični napadi i srčani zastoj sa smrtnim ishodom razvrstan po lunarnim fazama pokazuje istu pravilnost. Izuzetak su kardiopulmonalne reanimacije sa povratkom spontane cirkulacije do bolnice (ROSC). U zadnjoj četvrtini i mladom mesecu je najmanji broj intervencija i smrtnih ishoda, a najveći broj CPR-a sa povratkom ROSC-a do bolnice.

Mnoge studije kao što je Austrijska (analizirana su sva registrovana samoubistva (65,206) od 1970-2006) i Kanadska (21-godišnja studija koja je ispitala broj kriznih poziva u policijskim stanicama, hitne pomoći i centra za trovanje) imale su veliku statističku masu i odbacile su lunarne efekte.

ZAKLJUČAK: Naši rezultati pokazuju da postoji uticaj lunarnih faza na ukupan i prioritetni broj intervencija hitne pomoći u prvoj četvrtini. Ograničenje je mala statistička masa.

KLJUČNE REČI: lunarne faze, frekvencija poziva, hitna pomoć

e-mail: drsmitrovic@yahoo.com

115.

**AKUTNA TROVANJA - UČESTALOST I ETIOLOGIJA U SLUŽBI URGENTNE MEDICINE
OPŠTE BOLNICE U LESKOVCU**

Irena Ignjatović, M.Stojković, T.Grujeski, B.Đorđević, D.Marinković, V.Milosavljević, Z.Stojanović, I.Čeranić
OPŠTA BOLNICA LESKOVAC, SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA

UVOD: Akutna trovanja su urgentno stanje pa se odmah, pri prvom pregledu, na licu mesta ili u ambulanti na prijemu, preduzimaju mere urgentnog lečenja koje podrazumevaju: podršku cirkulatorne i respiratorne funkcije, sprečavanje dalje apsorpcije leka i ubrzavanje eliminacije već apsorbovanog leka. Urgentno medicinsko lečenje akutno otrovanih pacijenata sa područja Jablaničkog okruga započinje sa pregledom lekara ekipe SHMP domova zdravlja, koji pacijenta pregledavaju na mestu događaja, ili lekara u ambulanti gde se pacijent javio na pregled, nastavlja se u toku transporta do stacionarnog dela Opšte bolnice u Leskovcu, gde se nastavlja lečenje i dijagnostikovanje akutno otrovanog pacijenta. Prijem akutno otrovanih pacijenata obavlja se u Službi urgentne medicine u okviru koje je formirana toksikološka ambulanta i stacionar za urgentno medicinsko lečenje akutnih trovanja.

CILJ RADA: Cilj rada je analiza učestalosti i kliničke težine akutnih trovanja u službi urgentne medicine bolnice u Leskovcu, način urgentno medicinskog zbrinjavanja akutno otrovanih, i da se pokaže značaj i uloga lekara specijaliste urgentne medicine u prihvatanju i urgentnom hospitalnom zbrinjavanju i lečenju akutno otrovanih pacijenata.

METODA RADA: Istraživanje je izvršeno po tipu desetodišnje retrospektivne, opservacione studije analiziranjem podataka iz protokola službe u periodu od 01.01.2002. do 31.12.2012. godine. Za ovaj rad korišćen je metod kvantitativne analize ukupnog broja otrovanih pacijenata i broja pregledanih pacijenata u službi sa grafičkim, procentulnim i tabelarnim prikazom.

REZULTATI RADA: U ovom periodu u službi je pregledano 375 725 pacijenata, od tog broja 4119 (1,09%) je akutno otrovanih. Najveći broj trovanja su trovanja lekovima 36,82 %, alkoholom 33,09%, opijatima

8,10 %, pesticidima 6,96 %, lekovima i alkoholom 6,04%, kiselinama 4.05%, gasovima 2,06%. Evidentiran je i porast broja trovanja lekovima. Analiza rezultata rada pokazuje da je većina akutno otrovanih pacijenata, 83,87% posle preduzetih mera lečenja i u stanju stabilnih vitalnih parametara, otpuštena iz službe. Smrtni ishod nastupio je kod 1,89% akutno otrovanih pacijenata. Većina akutno otrovanih pacijenata je ženskog pola. Samotrovanje je zabeleženo kod većeg broja pacijenata.

ZAKLJUČAK: Akutna trovanja lekovima su na prvom mestu po učestalosti. Za lečenje akutnih trovanja značajna je edukacija i saradnja lekara sa dežurnim toksikologom VMA u Beogradu.

KLJUČNE REČI: akutna trovanja, učestalost, etiologija

e-mail: ignjatle@yahoo.com