

XV SIMPOZIJUM URGENTNE MEDICINE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM
08-11.10.2023. godine, Zlatibor, Hotel Palisad

SRPSKO LEKARSKO DRUŠTVO
SEKCIJA URGENTNE MEDICINE



XV SIMPOZIJUM
URGENTNE MEDICINE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM
Dispneja-diferencijalno dijagnostički
izazov

Zlatibor,
08-11. oktobar 2023. godine

ZBORNİK SAŽETAKA

GENERALNI SPONZORI SIMPOZIJUMA



Beograd 2023

ABC – ČASOPIS URGENTNE MEDICINE
Volumen XXIII, Supplement I
ISBN 978-86-6061-155-2

Glavni i odgovorni urednik
prim. dr Kornelija Jakšić-Horvat

Uređivački odbor

Prof. dr Velibor Vasović
Prof. dr Lidija Ristić
Prof. dr Dragana Bogićević
Prof. dr Slađana Anđelić
Doc. prim. dr Dragan Milojević
Doc. prim. dr Vladimir Gajić
Prof. dr Aleksandra Lučić Prokin
Asist. dr sci. med. Radojka Jokšić-
Mazinjanin
Prim. dr Zagorka Maksimović
Dr Slavoljub Živanović
Dr Nikola Beljić
Dr Mihaela Budimski

Izdavač

Sekcija urgentne medicine
Srpskog lekarskog društva
Džordža Vašingtona 19, Beograd

Međunarodni Naučni odbor

Prim. mr sci. med. dr. Viktor
Švigelj, Ljubljana, Slovenija
Prof. dr Nada Banjac, Banja Luka,
BiH

Priprema i prelom teksta

Asist. dr sc. med. Radojka Jokšić-
Mazinjanin

Štampa

Pergament, Sombor

Tiraž

150 primeraka

Mesto i godina izavanja

Beograd, 2023. godina

XV SIMPOZIJUM URGENTNE MEDICINE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM Dispneja-diferencijalno dijagnostički izazov

Zlatibor,
08-11. oktobar 2023. godine

POČASNI ODBOR

Prof. dr Danica Grujičić

Ministarka zdravlja Republike Srbije

Prof. dr Zoran Gojković

Pokrajinski sekretar za zdravstvo AP Vojvodine

Akademik Radoje Čolović

Predsednik Srpskog lekarskog društva

Prim. dr Goran Čolaković – ZUM Beograd

Dr Slavoljub Živadinović – ZUM Niš

Dr Gordana Đokić – ZUM Kragujevac

Dr Bogdan Živanović – ZZHMP Novi Sad

Prim. dr Kornelija Jakšić–Horvat, specijalista urgentne medicine

Prim. dr Zagorka Maksimović, specijalista urgentne medicine

Prim. dr Milan Božina, specijalista urgentne medicine

Doc. prim. dr Dragan Milojević, specijalista urgentne medicine

Prim. mr sci. med. dr Siniša Saravolac, specijalista urgentne medicine

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsednik:

Prim. dr Snežana Holcer Vukelić

Članovi:

Dr Ankica Vasić

Mr sci. med. dr Aleksandra Opačić

Dr Suzana Randelović

Prim. dr Biljana Tomić

NAUČNI ODBOR

Predsednik:

Prof. dr Velibor Vasović

Članovi:

Doc. prim. dr Vladimir Gajić

Asistent dr sci. med. Radojka Jokšić-Mazinjanin

Prof. dr Dragan Milovanović

Dr Bojana Uzelac

Akreditacija:

XV Simpozijum urgentne medicine sa međunarodnim učešćem je akreditovan kod
Zdravstvenog saveta Srbije pod brojem A-1-1735/23

*Tekst sažetaka nije lektorisan. Za sve stručne navode odgovoran je autor.



ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®

ZOLL Medical Corporation | 269 Mill Road | Chelmsford, MA 01824 | 978-421-9655 | 800-804-4356 | www.zoll.com

ZOLL

 **DEM**
www.dem.rs

XV Simpozijum urgentne medicine sa međunarodnim učešćem

“DISPNEJA – diferencijalno dijagnostički izazov”

08-11. oktobar 2023, Hotel Palisad, Zlatibor, Srbija

15th Symposium of Emergency Medicine with International participation

“DYSPNEA - a challenging differential diagnosis”

08-11. October 2023. Hotel Palisad, Zlatibor, Serbia

Poštovane kolege i saradnici, čast nam je da vas ugostimo na XV Simpozijum urgentne medicine sa međunarodnim učešćem u organizaciji Sekcije urgentne medicine SLD pod nazivom ”Dispneja-diferencijalno dijagnostički izazov”, na Zlatiboru, u Hotelu Palisad, 08-11. oktobra 2023. godine.

Tokom Simpozijuma biće održana predavanja po pozivu, praktične radionice i prezentacije radova učesnika skupa.

Razmatraćemo prehospitalni i hospitalni pristup trijaže, dijagnostike i inicijalnog zbrinjavanja dispnoičnog pacijenta sa aspekta urgentne medicine, a iz svih oblasti medicine dečjeg i odraslog uzrasta. Dispnoičan pacijent je često izazov u trijaži i inicijalnom zbrinjavanju zbog diferencijalno dijagnostičke raznolikosti. Zato će nam predavači, ugledni srpski i strani stručnjaci, koji se bave urgentnom medicinom, ali i hirurijom, internom medicinom, pulmologijom, intenzivnom medicinom i drugim specijalnostima, olakšati u svim izazovima sa kojima se susrećemo u svakodnevno praksi.

DOBRO DOŠLI NA ZLATIBOR!!!

Predsednik SUM SLD

**Dr Ankica Vasić
specijalista urgentne medicine**

**Program XV Simpozijuma urgentne medicine sa međunarodnim
učešćem**

Nedelja, 08. oktobar 2023.

18:00 Svečano otvaranja XV Simpozijuma urgentne medicine sa međunarodnim učešćem

Prof. dr med Velibor Vasović : **“Budućnost urgentne medicine u Srbiji, šta možemo očekivati”**

Kamin sala, hotela Palisad, koktel dobrodošlica



19: 00 Kartsana i MIT: Marc Ribes (ESP): **“Prezentacija budućnosti medicinskog transporta-
električna nosila”**



Ponedjeljak, 09. oktobar 2023.

Sesija: Internistički razlozi dispneje

08:00 **Radno predsjedništvo**

08:20 Dr Lucrezia Rovati (ITA): **Evaluation of patientes with dyspnea in the Emergency Department using the CERTAIN approach**

08:40 Prof. dr med. Ilija Srdanović (SRB): **Dispneja kardiološke etiologije**

09:00 Doc.dr sci. Vedrana Makarović (CRO): **Dispneja zbog dijastolne disfunkcije**

09:20 Dr Bojana Uzelac (SRB): **EKG u trijaži dispnoičnog pacijenta-primeri iz prakse**

09: 40 Ass.dr Jelena Janković (SRB): **Trijaža dispnoičnog pacijenta sa pulmološkog aspekta**

10:00 **Diskusija**

10:15 Komercijalno predavanje Alkaloid: Prof. dr med. Vladimir Zdravković (SRB): **Akutni koronarni sindrom - Prasugrel**

10:30 **Kafe pauza**

Sesija: Internistički, toksikološki razlozi dispneje i drugo

11:00 Dr Marina Đikić (SRB): **Metabolički i endokrini uzroci dispneje**

11:20 Prof. dr med. Jasmina Stošić (SRB): **Dispneja, gde u toksikologiji?**

11:40 Prof. dr med. Nebojša Knežević (USA): **Burnout and Stress:The Silent Pandemic Amongst Us**

12:00 Prof.dr med. Sava Nenić (USA): **Indikacije za mehaničku ventilaciju pluća, neinvazivnu i invazivnu**

12:20 **Diskusija**

12:35 Komercijalno predavanje DEM: dr Dragan Tančik (SRB): **“AED i stopa preživljavanja”**

13:00 **Pauza za ručak**

15:00-17:00 **Prezentacija radova aktivnih učesnika – usmene/poster prezentacije**

17:00/18:00 Radionica 1: **”Mechanical ventilation, simplified”**; Dr Marina Đikić, Dr Dušica Gujaničić (SRB)

17:00/18:00 Radionica 2: **“Put srčanog udara – od dispneje do apneje i nazad”** ; Doc. dr sci. med. Vedrana Makarović (CRO)

17:00/18:00 Radionica 3: **”Tumačenje rezultata gasnih analiza u krvi”**; Dr Jelena Tijanić (SRB)

20:00 **Veče uz vino i muziku, Kamin sala Hotela Palisad**

Utorak, 10. oktobar 2023.

Sesija: Dispneja u dečjem uzrastu

08:00 **Radno predsedništvo**

08:20 Prof. dr Goran Rakić (SRB): **Dispneja kod odojčeta i malog deteta-prepoznavanje i inicijalno zbrinjavanje**

08:40 Dr sci. med Ivana Filipovic (SRB) : **Imunoloski uzroci dispneje kod odojčeta**

09:00 Dr Jelena Tijanić (SRB): **Posebne okolnosti dečijeg uzrasta kod dispnoičnog pacijenta**

09:20 Doc. dr sci. med. Nenad Barišić (SRB): **Kardiološki uzroci dispneje kod dece**

09:40 **Diskusija**

10:00 **Kafe pauza**

Sesija: Dispneja traumatizovanog pacijenta

10:30 Dr Nora Mayer (CH): **Blunt Chest trauma – Initial Management**

10:50 Doc. dr sci. med. Aleksandar Gluhović (SRB): **Dispnoičan pacijent sa traumom trbuha, zašto?**

11:10 Dr Domagoj Schunk (GER): **Neurotrauma, zašto se guši i loše diše**

11:30 Dr spec. Mirjana Šikić (AUS) **Rapid sequence intubation - indications and management**

11:50 Prof. dr med. Radovan Radonić (CRO): **USG u trijaži dispnoičnog pacijenta**

12:10 **Diskusija**

12:10 Okrugli sto pod pokroviteljstvom PAN STAR: Dr Danilo Karadžić (SRB) (Science Liaison Manager at Schülke&Mayr) : **“Oktenidini-obrađa rane”**

13:00 Pauza za ručak

15:00/16:00 Radionica 1: **“Životna potpora neonatusa”**; Mag.med.techn. Ivan Vilović (CRO)

15:00/16:00 Radionica 2: **”Rapid sequence intubation tru clinical scenarios”**; Dr spec. Mirjana Šikić (AUS)

17:00/18:00 Radionica 1: **“USG pluća u dijagnostici akutnih respiratornih stanja”**; Prim. dr Snežana Holcer Vukelić, Dr Ankica Vasić (SRB)

17:00/18:00 Radionica 2: **“Zbrinjavanje pneumotoraksa-torakocenteza”** Mr sci. med. dr Aleksandra Opačić, Dr Mirjana Bursać (SRB)

20:00 **Svečana večera XV Simpozijuma urgentne medicine Srbije sa međunarodnim učešćem**

Sreda, 11. Oktobar 2023.

09:00 *Donošenje zaključaka Simpozijuma i predlozi Ministrastvu zdravlja*

Prezentacije radova aktivnih učesnika kongresa:

USMENA PREZENTACIJA:

1. DISPNEJA KAO DOMINANTAN SIMPTOM DISEKCIJE GRUDNE AORTE; Ina Konjević Jokić i saradnici, ZZHMP Novi Sad
2. DISPNEJA KARDIOLOŠKOG ILI PLUĆNOG POREKLA? – DILEMA NA TERENU; Radule Jokić i saradnici, ZZHMP Novi Sad
3. ENCEFALITIS UZROKOVAN VIRUSOM ZAPADNOG NILA; Milena Jokšić Zelić i saradnici; SHMP, DZ Bečej
4. DISPNEA SIMPTOM AKUTNOG POGORŠANJA KARDIOLOŠKE BOLESTI; Mirko Vidović i saradnici; SHMP, DZ Bečej
5. AKUTNA RESPIRATORNA INSUFICIJENCIJA KOD ODOJČETA – PRIKAZ SLUČAJA; Dragan Tančik i saradnici; SHMP, DZ Bečej
6. ATIPIČNA PREZENTACIJA DISEKCIJE AORTE: PRIKAZI SLUČAJEVA; Danijela Velikinac i saradnici, UC UKCS, Beograd
7. KLINIČKI ZNAČAJNE INTERAKCIJE AMINOFILINA/TEOFILINA SA FLUOROHINOLONSKIM I MAKROLIDNIM ANTIBIOTICIMA; Roland Antonić, Akademija strukovnih studija, Šabac
8. NAJČEŠĆI UZROCI DISPNEJE U DEČIJEM UZRASTU; Nikolina Marić i saradnici, ZZHMP Novi Sad
9. DISPNEA TRAUMATIZOVANOG PACIJENTA, DA LI SE STVARNO GUŠI?; Stanislava Radojčin i saradnici, OB Sombor
10. PLUĆNE MANIFESTACIJE VANPLUĆNIH BOLESTI, SERIJA SLUČAJEVA; Zlatan Bojić i saradnici, Klinika za pulmologiju, UKCS, Beograd
11. DISPNEJA – NAJČEŠĆI SIMPTOM SRČANE SLABOSTI; Aleksandar Đuričin i saradnici; ZZHMP Novi Sad

POSTER PREZENTACIJA

12. DISPNEJA – DIFERENCIJALNO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV; Verica Vukićević i saradnici, ZUM Beograd
13. DISPNEJA – DIFERENCIJALNO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV; Andrijana Ilić i saradnici, ZUM Beograd
14. COVID 19 I PLUĆNA TROMBOEMBOLIJA KAO UZROK DISPNEJE; Sandra Simić i saradnici; SHMP DZ Bečej
15. KONVULZIJE – EPILEPTIČNI NAPAD ILI POSLEDICA HIPOKSIJE U AKUTNOM ASMATIČNOM NAPADU; Nikolina Marić i saradnici, ZZHMP Novi Sad
16. UTICAJ OBUČENOSTI NA BRZINU I USPEŠNOST OBEZBEĐIVANJA DISAJNOG PUTA; Nikolina Marić i saradnici, ZZHMP Novi Sad
17. DISPNEA KAO SIMPTOM VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE; Milovan Radulović i saradnici, ZUM Novi Sad

**SPONZORI I PRIJATELJI XV SIMPOZIJUMA URGENTNE
MEDICINE SRBIJE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

ZLATNI SPONZORI:



DEM



KARTSANA

Life-moving innovation

MIT

MEDICINSKI INSTRUMENTI I TEHNOLOGIJA
www.mit-med.co.rs

SPONZORI:

PanStar ✨ **schülke** -+

Vizija za medicinsko snabdevanje



**АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ**

EDIACOR



M A G N A
P H A R M A C I A

Sanol S



USMENO IZLAGANJE

09.10.2023. godine

1. DISPNEJA KAO DOMINANTAN SIMPTOM DISEKCIJE GRUDNE AORTE

Konjević Jokić Ina¹, Jokić Radule¹, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}

¹Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

²Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu

E-pošta: inakonjevic@gmail.com

Uvod: Disekcija aorte predstavlja ozbiljan zdravstveni problem koji se relativno retko javlja. Imitira simptome drugih bolesti, što može dovesti do odlaganja postavljanja prave dijagnoze. U najvećem broju slučajeva disekcija aorte se prezentuje bolom.

Cilj: Obzirom da se dispneja retko javlja kao dominantan simptom kod disekcije aorte, cilj ovog prikaza slučaja je ukazati na značaj pravovremenog prepoznavanja i nezanemarivanja simptoma.

Prikaz slučaja: Lekarska ekipa Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP NS) je poslata na intervenciju kod pacijentkinje starosti 79 godina zbog gušenja i bola u grudima. Pacijentkinja je zatečena u sedećem položaju, nagnuta prema napred. Koristila je pomoćnu respiratornu muskulaturu. Žalila se na nedostatak vazduha, osećaj pritiska u grudima, suvoću usta i teškoće pri gutanju. Imala je i blag bol u grudima koji se širio u leđa. Sat vremena pre dolaska ekipe je izmerila arterijski krvni pritisak 190/100 mmHg, nakon čega je na savet dispečera ZZHMP NS uzela tabletu katopila od 50 mg. Negirala je ranije hronične bolesti. Tokom pregleda pacijentkinja je svesna, orjentisana, komunikativna, dispnoična, posebno u ležećem položaju. Auskultatorno nad plućima pooštren disajni šum sa produženim ekspirijumom, bez patološkog nalaza. Neurološki nalaz u fiziološkim granicama. Vrednosti vitalnih parametara su bile: TA 150/90 mmHg (na obe ruke), frekvencija srčanih otkucaja 84/min. saturacija kiseonika u perifernoj krvi (SpO₂) 98 %. EKG: sinusni ritam frekvence oko 80/minut, levogram, bez poremećaja ritma i sprovođenja, bez znakova za akutnu ishemiju ili leziju. Pacijentkinja je odavala utisak teškog bolesnika, pa je pod dijagnozom: Dyspnoea, Hypertensio arterialis prevežena u prijemnu ambulantu Instituta za kardiovaskularne bolesti Vojvodine (IKV BV). U prijemnoj ambulanti ehokardiografijom je postvljena dijagnoza disekcije descendentne aorte i pacijentkinja je primljena u intenzivnu jedinicu IKV BV.

Zaključak: Dispneja retko bude dominantan simptom disekcije aorte, ali treba razmotriti i tu mogućnost diferencijalno dijagnostički, kada ne možemo da nađemo drugi uzrok.

Ključne reči: dispneja, disekcija aorte, bol u grudima

Literatura:

1. Levy D, Goyal A, Grigorova Y, Farci F, Le JK. Aortic Dissection. [Updated 2023 Apr 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441963/>
2. Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black III J, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;146(24): e334–e482.
3. Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J. The Differential Diagnosis of Dyspnea. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(49):834-45.

2. DISPNEJA KARDIOLOŠKOG ILI PLUĆNOG POREKLA? – dilema na terenu –

Jokić Radule¹, Konjević Jokić Ina¹, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}

¹Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

²Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu

E-pošta:radulejokić@gmail.com

Uvod: Dispneja (lat. dyspnoe) predstavlja subjektivni osećaj nedostatka vazduha praćen osećajem otežanog disanja. Najčešći uzrok dispneje kod osoba sa hroničnim pulmološkim ili kardiološkim poremećajima je egzacerbacija osnovne bolesti.

Cilj rada: prikazati dilemu lekara na terenu da li je dispneja kardiološkog ilipulmološkog porekla.

Prikaz slučaja: Lekarska ekipa Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP NS) je poslata na intervenciju, kao drugi red hitnosti, kod pacijenta starosti 63 godine. Razlog pozivanja ekipe je bio gušenje. Pacijenta zatičemo u poluležećem položaju, dispnoičnog. Od tegoba nam navodi otežano disanje koje se pogoršava u poslednja dva sata. Negira bolove u grudima. Pri pregledu pacijent svestan, orijentisan, komunikativan, afebrilan, normotenzivan 110/70 mmHg, tahikardan SF 100/min. Auskultatorno nad plućima produžen ekspirijum, bez patoloških propratnih fenomena, inicijalno saturacija kiseonika u perifernoj krvi (SpO₂) 60%. Pacijent podjednako dispnoičan i u sedećem i u ležećem položaju. EKG: sinusni ritam frekvence oko 100 bez akutnih znakova ishemije i lezije miokarda, bez dinamike u odnosu na poslednji EKG. Pri uvidu u medicinsku dokumentaciju saznajem da je reč o kardiološkom pacijentu koji ima ugrađen kardioverter, leči se od hronične ishemijske bolesti srca i srčane insuficijencije. Na terenu, dobija Lemod Solu 40mg i kiseonik 6 l/min. Sa dijagnozom respiratorne insuficijencije odlučujem dapacijenta odvezemo na Institut za plućne bolesti Vojvodine (IPBV). Tokom transporta do saniteta, pacijent prijavljuje aktiviranje kardioverter defibrilatora dva puta. Na primenjenu terapiju, tokom transporta IPBV postiže se vrednost SaO₂ 93%.

Pacijent je u prijemnoj ambulanti IPBV dobio još jedan Lemod Solu 40mg, inhalaciju kratkodjelujućim β_2 agonistom, infuziju NaCl 0.9 % i kiseoničku potporu. Otpušten je kući sa dijagnozom hronične respiratorne insuficijencije i astme sa adekvatnom terapijom.

Zaključak: dispneja kao dominantan simptom kod kardioloških hroničnih bolesnika predstavlja veliki izazov za lekara na terenu da odluči da li je nastala kao uzrok kardioloških bolesti ili je simptom novonastale pulmološke bolesti.

Ključne reči: dispneja, respiratorna insuficijencija, kardioverter

Literatura:

1. Barnes PJ, Szefler SJ, Reddel HK, Chipps BE. Symptoms and perception of airway obstruction in asthmatic patients: Clinical implications for use of reliever medications. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;144(5):1180-6.
2. Moore LE, Brotto AR, Phillips DB, Bhutani M, Stickland MK. Exertional dyspnea and operating lung volumes in asthma. *J Appl Physiol (1985).* 2018;125(3):870-7.
3. Dubé BP, Agostoni P, Laveneziana P. Exertional dyspnoea in chronic heart failure: the role of the lung and respiratory mechanical factors. *Eur Respir Rev.* 2016;25(141):317-32.

3. ENCEFALITIS UZROKOVAN VIRUSOM ZAPADNOG NILA

Jokšić Zelić Milena¹, Jokšić-Mazinjanin Radojka², Šijačić Siniša¹, Berčenji Emilija¹, Saravolac Siniša

¹ Dom zdravlja Bečej, Služba hitne medicinske pomoći, Bečej

² Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu; Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

E-pošta: milenajoksiczelic@gmail.com

Uvod: Infekcija virusom zapadnog Nila se u 80% slučajeva završi asimptomatski, u 20% slučajeva groznicom zapadnog Nila, a u 1% slučajeva se razvija teška neuroinvazivna forma bolesti. U okviru neuroinvazivne forme bolesti može doći do pojave teškoća sa disanjem u vidu dispnee i tahipnee, a u nekim slučajevima i akutne respiratorne insuficijencije.

Cilj rada: ukazati na značaj tremora i dispnee u dijagnozi infekcije virusom zapadnog Nila.

Prikaz slučaja: ekipa hitne medicinske pomoći (HMP) dolazi na teren kod pacijentkinje starosti 81 godinu zbog naglo nastalog tremora i gušenja. Ekipa zatiče bolesnicu u postelji, zažarenog lica, žali se na hladnoću, tremor i nedostatak vazduha. Pacijentkinja svesna, orjentisana, komunikativna, izražen tremor celog tela, otežano govori, ali se stiče utisak da je zbog tremora vilice. Simptomi počeli unazad sat vremena, pre toga nije imala tegoba. Dugogodišnji kardiološki pacijent, redovno se kontroliše. Vrednosti vitalnih parametara: TA 155/95mmHg, SpO₂ 97%, fr. 137/min., ŠUK 6,7mmol/l, tt 38,9°C. Žali se da joj nedostaje vazduha, negira kašalj, negira probleme sa mokrenjem. Auskultatorno srčana radnja ritmična, tahikardna, srčani

tonovi jasni, dobro čujan disajni šum, simetričan, bez pukota, vizinga ili stridora. Pacijentkinji data ampula Novalgetola i preporučeno da se urade laboratorijske pretrage. Posle tri dana rodbina ponovo zove za istu pacijentkinju zbog pogoršanja opšteg stanja. Ekipa HMP zatiče pacijentkinju izmenjenog mentalnog statusa, konfuznu, sa izraženim tremorom i ubrznaim površnim disanjem. Pacijentkinja afebrilna 36,9°C, TA105/45mmHg, SaO₂ 96%, fr. 127/min. Transportovana je na Kliniku za infektivne bolesti KCV. Postavljena je dijagnoza encefalitisa, a naknadnim pretragama je utvrđeno da je izazivač virus zapadnog Nila. Zbog progresivnog pogoršanja bolesti i razvoja akutne respiratorne insuficijencije pacijentkinja je sedirana, intubirana i stavljena na mehaničku ventilaciju sedmog dana od početka simptoma.

Zaključak: Dispnea je najčešće simptom kardioloških ili pulmoloških bolesti. Međutim, virusne bolesti centralnog nervnog sistema takođe mogu da se manifestuju dispneom. Uzrok dispnee i posledične respiratorne insuficijencije kod neuroinvazivne bolesti uzrokovane virusom zapadnog Nila može biti encefalitis i polsedično oštećenje centra za disanje u mozgu ili lezija odgovarajućih segmenata prednjih rogova kičmene moždine. Dispnea predstavlja negativan prognostički faktor kod ovih bolesnika.

Ključne reči: dispnea, encefalitis, virus zapadnog Nila

Literatura:

1. Popović N, Nikolić N, Milošević B, Dulović O, Urošević A, Mitrović N. Kliničke manifestacije infekcije virusom Zapadnog Nila. *Serbian Journal of Anesthesia and Intensive Therapy*. 2014;36(1-2):127-32.
2. Tso G, Kaldas K, Springer J, Barot N, Kamangar N. West Nile Meningoencephalitis Presenting as Isolated Bulbar Palsy With Hypercapnic Respiratory Failure: Case Report and Literature Review. *J Intensive Care Med*. 2016;31(4):285-7.
3. Madden K. West Nile virus infection and its neurological manifestations. *Clin Med Res*. 2003;1(2):145-50.

4. DISPNEJA SIMPTOM POGORŠANJA AKUTNE KARDIOLOŠKE BOLESTI

Vidović Mirko¹, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{2,3}, Đuričin Aleksandar^{2,3}, Marić Nikolina³, Jokšić-Zelić Milena¹, Saravolac Siniša

1.Dom zdravlja Bečej, Služba hitne medicinske pomoći

2.Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu

3.Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

E-pošta: mirko.urgentna@gmail.com

Uvod: Oko 25% pacijenata koji se jave u hitne službe, dolaze zbog dispneje. Akutna dispneja može biti znak akutnog kardiološkog, pulmološkog ili neurološkog oboljenja, ali može biti i simptom razvoja komplikacija akutne bolesti.

Cilj rada: ukazati na značaj dispneje kao prvog simptoma komplikacije akutnog kardiološkog oboljenja

Prikaz slučaja: Pacijent starosti 53 godine dolazi u urgentni prijem u 9:27 zbog bola u grudima koji se pojavio prethodnog dana u večernjim satima. Bol se širi u leđa i praćen je preznojavanjem. Pacijent u momentu pregleda svestan, orjentisan, komunikativan, uznemiren, preznojan. Negira hronične bolesti i upotrebu terapije, afebrilan, TA 138/95mmHg, SpO₂ 97%. Auskultatorno srčana radnja ritmična, tahikardna, srčani tonovi oslabljeni, nad plućima obostrano bazalno (izraženije desno) kasno inspirijumski pukoti. EKG sinusna tahikardija frekvence oko 130/min., dekstrogram, bez poremećaja ritma i sprovođenja, elevacija ST segmenta u DI, aVI, V2-V6, depresija ST segmenta DII, DIII i aVf. Postavljena je dijagnoza akutnog infarkta miokarda (AIM) i pozvana je ekipa Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP NS) da transportuje pacijenta u Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine (IKVBV). Tokom opservacije, pacijent počinje da se žali na nedostatak vazduha, pokušava da ustane iz ležećeg položaja. Na monitoru se registruje usporavanje srčanog ritma. Pacijent gubi svest, na monitoru srčana frekvencija oko 40/min., bez palpabilnog pulsa nad karotidnom arterijom, agonalnog disanja. Odmah započete mere kardiopulmonalne reanimacije. Pacijent intubiran, primenjen adrenalin intravenski. Zbog perzistentne bespulsne električne aktivnosti, primenjene tri ampule atropina i noradrenalin. Urađen FAST ultrazvuk srca kojim je registrovano akinezija septuma i prednjeg zida sa perikardnim izlivom. Dežurni hirurg preduzima mere perikardiocenteze, evakuše oko dvadesetak mililitara hemoragičnog sadržaja iz perikarda, nakon čega puls nad karotidom postaje palpabilan i dolazi do hemodinamske stabilizacije pacijenta. Pacijenta ekipa ZZHMPNS transportuje u IKVBV. U IKVBV je potvrđena dijagnoza ruptуре miokarda sa hemoperikardiumom. Kardiohirurški tim je postinfarktну rupturu sanirao šavom, nakon čega se postigla adekvatna hemodinamska stabilnost pacijenta, ali se tokom dalje intervencije prednji zid miokarda ponovo cepa. I pored svih preduzetih mera, smrtni ishod je nastupio u 14:23h.

Zaključak: Ruptura infarktоm zahvaćenog zida miokarda kao rana komplikacija AIM, predstavlja komplikaciju sa visokim procentom smrtnog ishoda. Glavni symptom akutne tamponade perikarda su bol u grudima i dispnea, na koju treba naročito obratiti pažnju ukoliko nije bila prisutna od početka pojave simptoma.

Ključne reči: dispneja, infarkt miokarda, tamponada srca

Literatura:

1. Koutsampasopoulos K, Grigoriadis S, Vogiatzis I. Exertional dyspnea after myocardial infarction: thinking beyond the diagnosis of heart failure. *J Int Med Res.* 2018;46(11):4769-4774.
2. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes:

Developed by the Task Force on the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2023;191:[Epub ahead of print].

3. Sharma NK, Waymack JR. Acute Cardiac Tamponade. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534806/>

5. AKUTNA RESPIRATORNA INSUFICIJENCIJA (ARI) KOD ODOJČETA – PRIKAZ SLUČAJA

Tančik Dragan, Vasić Ankica, Šijačić Siniša, Simić Sandra, Gondoš Atila, Perišić Suzana

Dom zdravlja Bečej, Služba hitne medicinske pomoći

E-pošta: ddtancik@gmail.com

Uvod: Akutna respiratorna insuficijencija (ARI) podrazumeva naglo nastali poremećaj funkcionisanja respiratornog sistema u čijoj osnovi se nalazi poremećaj razmene O₂ i CO₂ na nivou plućne kapilarne membrane. Uzrok nastanka može biti disfunkcija na nivou respiratornog centra, nerava, mišića, pleure i pluća. Javlja se u obliku:

A) Pumpne insuficijencije (poremećaj mehanike disanja) ili kao

B) plućna insuficijencija (bolest disajnih puteva i parenhima).

Jedan je od najčešćih uzroka životne ugroženosti kod dece.

Cilj rada: Ukazivanje na značaj ranog prepoznavanja potencijalno opasne i/ili životno ugrožavajuće ARI kod pacijenata u period odojčeta. Ukazivanje na značaj korišćenja protokola u inicijalnom pregledu, radi brze i lakše procene u zbrinjavanju i donošenju odluke o upućivanju u zdravstvenu ustanovu višeg nivoa.

Prikaz slučaja: Majka donosi muško odojče starosti 9 meseci u noćno dežurstvo Službe hitne medicinske pomoći (SHMP) sa podatkom da je bolest počela pre 2 dana kašljem i povišenom temperaturom. Pregledano od strane pedijatra, dobilo inhalacije i antibiotik, ne zna koji. Navodi da je dete u toku večeri prvo "poplavelo a potom pobledelo", nije gubilo svest. Slabo jede, drugo negira. Ranije bolesti: pre 3 meseca preležao koronu. Opšti utisak: beba svesna, adinamična, plitkog disanja sa stenjanjem, cijanotičnih usnica. Disajni putevi slobodni, disanje tahipnoično, RR 36/min., pojačan disajni rad. Auskultatorno na plućima - levo pukoti. SpO₂ mereno pulsним oksimetrom 81%. Bez znaka cirkulatornog kolapsa, SF 180/min. Koža bleđa, usnice cijanotične, bez promena. Rektalno merena telesna temperature 38C⁰. Započeta oksigena i dezopstruktivna inhalatorna terapija na nebulizator, primenjen antipiretik rektalno, dato 20 mg Lemod solu iv. Dete transportovano na Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine (IZZDIOV) stabilnih vitalnih parametara sa SpO₂ 99%. U bolnici konstatovana levostrana pneumonija prouzrokovana respiratornim sincicijalnim virusom te je lečeno po protokolu i desetog dan otpušteno u dobrom zdravstvenom stanju.

Zaključak: Zbog fizioloških karakteristika i još nedovoljno razvijenih kompenzatornih mehanizama respiratornog sistema kod beba i male dece, ARI nastaje brže i češće, čak i kada uzročnik potencijalno nije opasan. Prehospitalno, zbog ograničenih dijagnostičkih mogućnosti, ne možemo znati šta je pravi uzrok njenog nastanka. Oslanjamo se na protokolarni pristup u proceni i zbrinjavanju malog pacijenta. Na osnovu opšteg utiska, uzimanja potpune anamneze, inicijalnog pregleda po ABCDE protokolu, procenjujemo stepen vitalne ugroženosti i potrebu za transport u ustanovu višeg nivoa.

Ključne reči: respiratorna insuficijencija, odojče, pneumonija, cijanoza

Literatura:

1. Matthew L Friedman, Mara E Nitu, *Acute Respiratory Failure in Children* 2018 Jul 1; 47(7): e268-73.
2. Weiner DL. *Causes of acute respiratory distress I children*. U: *UpToDate*, Fleisher GR ed. *UpToDate* [Internet]. *UpToDate*; 2020. Dostupno na : https://www.uptodate.com/contents/causes-of-acute-respiratory-distress-in-children?source=history_widget
3. Vo P, Kharasch VS. *Respiratory failure*. *Pediatr Rev*. 2014; 35(11): 476-8.

6. ATIPIČNA PREZENTACIJA DISEKCIJE AORTE - PRIKAZI SLUČAJEVA

Velikinac Danijela¹, Vasić Sanja¹

¹ Urgentni centar, UKCS, Beograd

E-pošta: adnadjevicsanja@gmail.com

Uvod: Disekcija aorte (AD) je životno ugrožavajuće stanje, koje zahteva hitno reagovanje. Rana dijagnoza i urgentno zbrinjavanje su imperativ za preživljavanje. Tipična prezentacija AD su naglo nastali jaki bolovi u grudima, leđima ili stomaku, tipa cepanja ili kidanja. Atipična prezentacija uključuju širok spektar najčešće kardioloških i neuroloških simptoma (1,2,3) Bezbolna prezentacija je retka. (4)

Cilj rada: Prikaz slučajeva atipične prezentacije disekcije aorte

Prikazi slučajeva:

1. Pacijentkinja Ž.M. 72 god, dovežena u žutu zonu UC zbog gubitka svesti i gušenja. Porečima lekara u pratnji, tog jutra osetila je gušenje, malaksalost, na kratko izgubila svest, pala, povredila glavu. U ličnoj anamnezi navodi: HOBP, kardiološki bolesnik. Objektivno budna, tahidispnoična, ekstremno cijanotična, TA 155/100mm HG, SpO2 38% na AV. Odmah po prijemu stavljena na NIV, SpO2 se koriguje do 90%. Nalaz na plućima odgovara pogoršanju HOBP-a. U GA respiratorna acidoza. Zbog pogoršanja stanja svesti pacijentkinja je intubirana i upućena na CTPA, gde se isključena PTE ali je viđena suspektna disekcija torakalne aorte, koja je i potvrđena na CTA (disekcija ascendentnog

dela aorte, do truncusa brachiocephalicus-a i segmentna disekcija descendentnog dela). Pacijentkinja je upućena kardiohirurgu na operativno lečenje, ishod dobar.

2. Pacijent G.K. 81 god, dolazi na pregled zbog izrazite malaksalosti, groznice unazad dva dana, otežanog disanja i febrilnosti. Negira bolove. Objektivno: TA 80/50, SpO₂ 93% na AV. U LA: HTA, DM na OAD, 2 bypass-a. Urađen EHO abdomena na kom je viđena AAA (72x79mm) sa tromoziranom ½ lumena. Učinjena CTA gde je, opisana disekcija infrarenalnog dela aorte sa propagacijom u levu AIC. Zbog pogoršanja opšteg stanja, pacijent je intubiran, potom nastupa cardiac arrest i uprkos merama reanimacije nastupa smrtni ishod.

Zaključak: Disekcija aorte sem naglo nastalog jakog bola, tipa cepanja, se može prezentovati i znatno suptilnije, uz simptome koji mogu odvesti dijagnostiku u pogrešnom smeru. Po podacima iz literature, pravilno postavljena dijagnoza je u 15% do 43% slučajeva, a svako odlaganje zbrinjavanja povećava stopu smrtnosti do 50% u prvih 48h (5). Za dijagnozu disekcije aorte najbitnije je da lekar posumnja na nju.

Ključne reči: disekcija aorte, atipična disekcija aorte, dispneja

Literatura:

1. Morita S, Shibata M, Nakagawa Y, Yamamoto I, Inokuchi S. Painless acute aortic dissection with a left hemiparesis: a case report. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2005;14(1):36-8.
2. Garg S, Perez L, Griffin S. Painless type A aortic dissection presenting as complete heart block. *Resuscitation.* 2007;75(3):398-9.
3. Mondon K, Blechet C, Gochard A, Elaroussi D, Fetissov F, De Toffol B, Autret A, Hommet C. Transient global amnesia caused by painless aortic dissection. *Emerg Med J.* 2007;24(1):63-4.
4. Park SW, Hutchison S, Mehta RH, Isselbacher EM, Cooper JV, Fang J, et al. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. *Mayo Clin Proc.* 2004;79(10):1252-7. doi: 10.4065/79.10.1252. PMID: 15473405.
5. Levy D, Goyal A, Grigorova Y, et al. Aortic Dissection. [Updated 2023 Apr 23]. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441963/>*

7. KLINIČKI ZNAČAJNE INTERAKCIJE AMINOFILINA/TEOFILINA SA FLUOROHINOLONSKIM I MAKROLIDNIM ANTIBIOTICIMA

Antonić Roland¹, Berić Vladimir²

¹Akademija strukovnih studija Šabac, Odsek za medicinske i poslovno-tehnološke studije

²Dom zdravlja „Dr Draga Ljočić“ Šabac

E-pošta: vberic2038@gmail.com

Uvod: Aminofilin (teofilin-etilendiamin) i teofilin (ksantinski bronhodilatatori) se često primenjuju u terapiji dispneje u sklopu respiratornih bolesti. Lekovi su uskog terapijskog indeksa. a povećanje njihove koncentracije u krvi može dovesti do pojave toksičnih efekata (mučnina, povraćanje, uznemirenost, hipertenzija, konvulzije, hipotenzija, tahikardija, hipokalijemija, hiperglikemija, metabolička acidoza, koma u teškim slučajevima i dr.) a postoje prijavljeni i smrtni slučajevi.

Cilj: Predstaviti klinički značajne interakcije aminofilina/teofilina sa fluorohinolonskim i makrolidnim antibioticima, kao i moguće intervencije u sprečavanju posledica ovih interakcija.

Metod: Pregled literature je realizovan upotrebom ključnih reči na PubMed-u i Google Scholar-u i primenom PICO metode (patient problem, intervention, comparison and outcome).

Rezultati: Brojni lekovi, posebno fluorohinolonski (ciprofloksacin i norfloksacin) i makrolidni antibiotici (eritromicin i klaritromicin) stupaju u klinički značajne interakcije sa ksantinskim bronhodilatatorima i dovode do porasta njihove koncentracije u krvi. Mehanizam interakcijauključuje snažnu inhibiciju hepaticnog metabolizma aminofilina/teofilina preko CYP1A2 i CYP3Aod strane ciprofloksacina, norfloksacina, eritromicina i klaritromicina. Faktori kao što su virusna infekcija, povišena telesna temperatura, oboljenje jetre i srčana insuficijencija, takođe mogu smanjiti klirens aminofilina/teofilina i pogoršati posledice navedenih interakcija. Ciprofloksacin povećava koncentracijuteofilina u krvi za 17-113%, što može dovesti do ozbiljnih posledica, uključujući smrtni ishod. Eritromicin dovodi do povećanja nivoa teofilina u krvi za 28%, a klirens se smanjuje za 22%. Slični su i efekti klaritromicina na koncentraciju aminofilina/teofilina.

Diskusija: U slučaju klinički značajne interakcijeaminofilina/teofilina sa antibioticima, potrebno je intervenisati u cilju sprečavanja nastanka toksičnosti ksantina i ublažavanja njenih posledica. Potrebno je razmotriti opravdanost primene ksantinskih bronhodilatatora, kao i potrebu za antibiotikom u terapiji. Ukoliko postoji mogućnost, razmotriti zamenu antibiotika lekom iz druge grupe.Upotreba levofloksacina i azitromicina su bezbedne alternative jerne utiču na metabolizam aminofilina/teofilina i njihovu koncentraciju. Zbog varijabilne farmakokinetike, naročito ako postoji lek-lek interakcija, režimdoziranja aminofilina/teofilina se prilagođava individualno (pušački status, starost, telesna masa), uz praćenje koncentracije u plazmi (10-20 µg/mL) i njegovih efekata(terapijski monitoring).

Zaključak: Ciprofloksacin, eritromicin i klaritromicin mogu usporiti metabolizam aminofilina/teofilina, što dovodi do porasta njihove koncentracije u krvi i pojave toksičnih efekata, te ih sa oprezom propisivati. Praćenje koncentracije u krvi i individualno prilagođavanje režima doziranja su neke od meraprevenciji pojave toksičnosti aminofilina/teofilina.

Ključne reči: aminofilin, teofilin, interakcije, fluorohinoloni, makrolidi

Literatura:

1. Cazzola M, Calzetta L, Barnes PJ, Criner GJ, Martinez FJ, Papi A, Gabriella Matera M. Efficacy and safety profile of xanthines in COPD: a network meta-analysis. *Eur Respir Rev.* 2018;27(148):180010.
2. Łój P, Olender A, Ślęzak W, Krzych ŁJ. Pharmacokinetic drug-drug interactions in the intensive care unit - single-centre experience and literature review. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2017;49(4):259-67.
3. Nabovati E, Vakili-Arki H, Taherzadeh Z, Saberi MR, Abu-Hanna A, Eslami S. Incidence rate and pattern of clinically relevant potential drug-drug interactions in a large outpatient population of a developing country. *Res Pharm Sci.* 2016;11(3):233-42.
4. Nikolić B, Popović J, Bećarević M, Rakić D. Exposure to potential drug-antimicrobial agent interactions in primary health care. *Vojnosanit Pregl.* 2018;75(8):795-802.
5. Navid A, Ng DM, Wong SE, Lightstone FC. Application of a Physiologically Based Pharmacokinetic Model to Study Theophylline Metabolism and Its Interactions With Ciprofloxacin and Caffeine. *CPT Pharmacometrics Syst Pharmacol.* 2016;5(2):74-81.
6. Delfahedah Arsiaty Y. Study of prescription profile of patients with bronchial asthma at Parsoburan community health city Pematangsiantar period january-march 2017. *Medalion.* 2020;1(4):141-6.
7. Khan S, Jones S, Preston C. Theophylline interactions. *Pharmaceutical Journal.* 2014;293:7818.
8. Ma YJ, Jiang DQ, Meng JX, Li MX, Zhao HH, Wang Y, Wang LQ. Theophylline: a review of population pharmacokinetic analyses. *J Clin Pharm Ther.* 2016;41(6):594-601.
9. Petrović M, Antonić R, Bagi B, Ilić I, Kočović A, Milosavljević M, et al. Inappropriate prescribing of antibiotics to patients with acute bronchitis. *Vojnosanit Pregl.* 2019;76(7):684-9.

8. NAJČEŠĆI UZROCI DISPNEJE U DEČIJEM UZRASTU

Marić Nikolina¹, Đuričin Aleksandar^{1,2}, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}, Tabš Dane¹, NocMartini Tamara¹, Radulović Milovan¹, Rakić Goran^{2,3}

¹ Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

² Univerzitet u NovomSadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu

³ Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Klinika za dečiju hirurgiju Novi Sad

E-pošta: maric1992@gmail.com

Uvod: Respiratorne bolesti čine više od 25% svih pregleda dece pedijatrijskog uzrasta. Najčešće su to astma, akutni bronhitis i respiratorne infekcije. Uglavnom su praćene dispnejom, povišenom telesnom temperaturom i kašljem (1-2).

Cilj rada: Ispitati učestalost, razlike u godinama i sezonski karakter respiratornih oboljenja u pedijatrijskom uzrastu.

Metode i materijali: Podaci su analizirani retrospektivno, koristeći elektronsku bazu podataka Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP NS) u periodu od 01. jula 2022. do 01.jula 2023. godine. U istraživanje su uključeni pacijenti

pedijatrijskog uzrasta sa dijagnozom – laryngitis (J04 prema MKB-10), akutni bronhitis (J20 prema MKB-10), astma (J45 prema MKB-10) i zapaljenje pluća (J18 prema MKB-10),. Analizirano je 11.259 pacijenta oba pola. Za analizu podataka korišćene su deskriptivne statističke metode i standardna devijacija.

Rezultati: Od ukupno 11.248 pregledane dece, njih 840 (7%) se javilo zbog respiratornih tegoba. Od toga, dečaka je bilo 519 (62%), a devojčica 321 (38%). Prosečna starost dece je bila 4 godine (SD ± 3,2). Najviše je pregledano dece u uzrastu od 0-5 godina – 644 (77%). Kod 472 (56%) je dijagnostikovao laryngitis, akutni bronhitis kod 267 (32%) dece, 81 (10%) dete je imalo astmu, 20-oro dece (2%) zapaljenje pluća. U oktobru je pregledano najviše dece - 135 (16%) , najčešće zbog laryngitis-a - 73 (54%). Na licu mesta zbrinuto je 765-oro (91%), dok je njih 75 (9%) upućeno na IZZDIOV, od čega je 33 (44%) dece upućeno zbog akutnog bronhitisa. Najčešće korišćena terapija je bila Lemod Solu – 368 (46%), najviše kod 202 (24%) dece sa dijagnozom laryngitis-a.

Diskusija: Akutne respiratorne bolesti kod dece predstavljaju globalni problem. Deca predškolskog uzrasta su posebno podložna respiratornim infekcijama. Zapazili smo sezonski karakter javljanja (2-3).

Zaključak: Prevencija, rana dijagnostika i terapija su neophodne kako bismo sprečili teže komplikacije ovih bolesti.

Ključne reči: dispneja; pedijatrija; respiratorne bolesti.

Literatura:

1. *Cutrera R, Baraldi E, Indinnimeo L, Giudice MMD, Piacentini G, Scaglione F, et al. Management of acute respiratory diseases in the pediatric population: The role of oral corticosteroids -italian journal of pediatrics. BioMed Central; 2017.*
2. *Larry C. Dyspnea in children: What is driving it and how to approach it. Paediatric respiratory reviews, 2017, 24: 29-31.*
3. *She C, Wang L, Liu Y, Liu J, Ahmad F, Hamulati H, Gu T, Horvath D, Jiao F. Acute Laryngitis in Children: A Study of 121 Cases. Clin Res Pediatr 2020;3(1):1-4.*

9. DISPNEJA TRAUMATIZOVANOG PACIJENTA, DA LI STVARNO DIŠE?

Radojčin Stanislava¹, Holcer Vukelić Snežana¹

¹Odeljenje za prijem, trijažu i zbrinjavanje urgentnih stanja

Opšta bolnica “Dr Radivoj Simonović” Sombor

E-pošta: cacaradojcin@gmail.com

Uvod

Dispneja i tahipneja poli/traumatizovanog pacijenta je simptom i znak koji se često prezentuje ekipama SHMP, kao i na urgentnim prijemima bolnica i kliničkih centara . Respiratorna frekvenca može da bude povećana kod trauma različitih sistema organa:

neurotraume, traume grudnog koša i organa respiratornog sistema ali i kao najraniji znak hemoragijskog šoka, usled tupe trauma trbuha.

Cilj rada: Cilj rada je da se prikaže pacijent sa tupom traumom trbuha, koji se pri primarnom pregledu prezentovao kao dispnoičan, tahipnoičan, konfuzan, normoksemičan, iako nije imao povredu grudnog koša.

Prikaz slučaja: Pacijenta dovozi SHMP na Odeljenje za prijem, trijažu i zbrinjavanje OB "Dr Radivoj Simonović" u Somboru, kao povređenog motociklistu, koji je naleteo na kamion. Imao je kacigu, rekonstruiše događaj tihim glasom i vidno nezainteresovan za sebe i okolinu, govori uz prekide nakon jednu do dve reči da uzme vazduh, negira gubitak svesti, mučninu i povraćanje, žali se na bol u trbuhu.

Primarnim pregledom uočava se da je pacijent svestan, prohodnog disajnog puta, na donjim partijama oba hemitoraksa i gornjim partijama trbuha uočava se hematom nepravilnog oblika, veličine oko 15x30 cm, grudni koš simetrično pokretan, bolan u donjim partijama oba hemitoraksa u predelu opisanog hematoma, tahipnoičan RF=30/min, auskultatorno normalnog disajnog šuma obostrano bez prisustva patoloških zvukova, SaO₂ 94% na sobnom vazduhu, koža hladna, orošena znojem, srčana akcija ritmična, SF=100/min., TA=70/40mmHg, trbuh sa opisanim hematomom, difuzno bolan, prisutan peritonealni nadražaj, na ekstremitetima bez vidljivih povreda, GCS 14, zenice izokorične, uredne reakcije na svetlost i akomodaciju, bez lateralizacije.

Pri pregledu i postavljanju IV kanile, uzimaju se uzorci krvi za laboratorijske analize: KKS i biohemijske analize i parametri hemostaze, te krvna grupa. Ordinira se sol NaCl 0,9% 500 ml No II, amp Analgin iv, O₂ potpora, te rezervišu dve jedinice krvi O-, te se odlučuje zbog mehanizma povreda i povrede grudnog koša i abdomena, na CT-trauma sken (1). Tokom CT dijagnostike, a bez nalaza dežurnog radiologa, primećena slobodna tečnost u abdomenu i odmah se obaveštava dežurni hirurg i operaciona sala, a po dobijanju rezervisanih derivata krvi koji se ordiniraju, radi se priprema za operativni zahvat i po dobijanju nalaza trauma skena od strane radiologa (uočava se povišen denziteta mezenterijuma inframezokolično sa trakastim tečnim hiperdenznim kolekcijama; zadebljanje zida duodenuma na prelazu D2/D3 segmenta; susp. laceracija zida VMI; uočava se slobodna tečnost perisplenično i parakolično levo i u maloj karlici denziteta 35 HU), pristupi se operativnom zahvatu (resekcija tankog creva sa pripadajućim mezenterijumom i terminalnom anastomozom)

Zaključak: Tupa povreda trbuha i organa koji se ređe povređuju, kao što su tanka creva i mezenterijum je teško dijagnostikovati, i prezentuju se u 16% svih trauma trbuha, a brzo dovode do hemoragijskog šoka (2). Dispnoičan i tahipnoičan poli/traumatizovan pacijent ne znači nužno i povredu grudnog koša kao i organa respiratornog sistema, nego mogu biti samo simptom i znak kompenzatorne faze hemoragijskog šoka. Zbog toga je pored ostalih vitalnih parametara, jako bitno odrediti i respiratornu frekvencu pri primarnom pregledu traumatizovanog pacijenta.

Ključne reči: dispneja, tahipneja, hemoragijski šok

Literatura:

1. *Blunt Abdominal Trauma Guidelines, Medscape, Updated: Mar 30, 2022; Author: Eric L Legome, MD; Chief Editor: John Geibel, MD, MSc, DSc, AGAF*
<https://emedicine.medscape.com/article/1980980-guidelines>
2. *A big mesenteric rupture after blunt abdominal trauma: A case report and literature review; Christos K. Stefanou,^{a,*} Stefanos K. Stefanou,^a Kostas Tepelenis,^b Stefanos Flindris,^a Thomas Tsiantis,^a and Spyridon Spyrou^a; Int J Surg Case Rep. 2019; 61: 56–9.*
3. *Multiple isolated small bowel perforations following blunt abdominal trauma; Author: João Louro, Miguel Albano, Teresa Carço, Luís Reis, Carlos C. Almeida, International Journal of Surgery Case Reports.2018;53:46-9.*

10. PLUĆNE MANIFESTACIJE VANPLUĆNIH BOLESTI, SERIJA SLUČAJEVA

Bojic Zlata¹, Jankovic Jelena^{1,2}, Buha Ivana^{1,2}

¹ Klinika za pulmologiju, UKCS

² Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

E-pošta: bojic.zlatan@gmail.com

Uvod: Respiratorni simptomi tipa dispneja, kašalj i bol u grudima, mogu biti manifestacija i vanplućnih oboljenja. Prikazivanjem ove serije slučajeva želimo da pokažemo koliko nas ovi simptomi mogu lažno navesti na dijagnozu plućne bolesti.

Prikaz slučajeva: Prvi slučaj je ruptura horde mitralne valvule, koje je shvaćeno kao pogoršanje HOBP usled tegoba u vidu dispneje i umora. Međutim, uzimajući u obzir normalan auskultatorni nalaz, da je pacijent nepušač, celokupan nalaz nije ukazivao na HOBP. Hitan ultrazvuk srca zbog auskultatorno novootkrivenog sistolnog šuma, dao je pravu dijagnozu. Drugi pacijent je hospitalizovan zbog radiografski opisane bilateralne pneumonije sa normalnim vrednostima CRP, ali sa tegobama u vidu kašlja, dispneje i bola u grudima. Skener toraksa je pokazao da je u pitanju hernija velikog dela creva, gradus 4. Treći slučaj je pacijent sa radiografski opisanim pleuralnim izlivom, koji je pregledan zbog akutno nastale dispneje i bola u sredogruđu. Profilnom radiografijom i skenerom grudnog koša dijagnostikovana je disekcija aneurizme aorte i pacijent je podvrgnut hitnom operativnom lečenju. Četvrtom pacijentu je urađena radiografija grudnog koša u okviru preoperativne pripreme kalkuloze žučne kese, gde je uočena kružna tumorska senka desno parakardijalno. Multidisciplinarnom obradom pacijenta dokazano je da se radi o perikardnoj cisti.

Diskusija: Dispneja je čest simptom kardiovaskularnih, gastrointestinalnih, psiholoških, hematoloških i neuromišićnih bolesti. Dispneja se javlja kod polovine hospitalizovanih pacijenata i jedne četvrtine ambulantno lečenih pacijenata. Među opisanim slučajevima dispneja je bila akutni simptom rupture horde i dominantni simptom kod hernijacije creva usled kompresije plućnog parenhima crevnim

vijugama. Nije neuobičajeno da se pacijenti upućuju pulmologu sa dijagnozom HOBP, a da nikada nije učinjena spirometrija u cilju dijagnostike, samo zbog osećaja dispneje. Važno je znati da nemaju svi pušači HOBP. U našem slučaju, pacijentu je zbog akutne dispneje, lekar opšte prakse pretpostavio da je u pitanju astma ili HOBP. Brojne su plućne radiografske manifestacije neplućnih bolesti. Radiografski pleuralni izliv može biti u sklopu sistemskih bolesti, pankreatitisa, srčane i bubrežne insuficijencije.

Zaključak: Multidisciplinarni pristup, više dijagnostičkih procedura sa adekvatnom istorijom bolesti će nam dati pravu dijagnozu. Poznavanje tipičnih i atipičnih karakteristika plućnih i vanplućnih bolesti sa sličnim manifestacijama je ključno u pravilnoj dijagnozi i lečenju.

Ključne reči: dispneja, radiografija toraksa, respiratorni simptomi, CT toraksa

Literatura:

I. Michael A. Grippi, Danielle E. Antin Ozerkis, Charles S. Dela Cruz, Robert M. Kotloff, Camille N. Kotton, Allan I. Pack; Fishman's pulmonary diseases and disorders, Sixth edition, 2023.; 394-430

11. DISPNEJA – NAJČEŠĆI SIMPTOM SRČANE SLABOSTI

Đuričin Aleksandar^{1,2}, Marić Nikolin², Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}, Tabš Dane², NocMartini Tamara², Radulović Milovan², Kopilović Sandro²

¹ *Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu*

² *Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad*

E-pošta: aleksandar.djuricin@mf.uns.ac.rs

Uvod: Akutno srčano popuštanje (ASI), bilo da je novonastalo ili je posledica pogoršanja hronične srčane slabosti (HSI), može dovesti do akutnog edema pluća koje se manifestuje dispnejom i hipoksijom (1). To je urgentno stanje gde se dijagnoza postavlja u prehospitarnim uslovima, a zahteva neodložnu medicinsku pomoć i hitan prijem u bolnicu (2).

Cilj rada: Ispitati kliničke parametre i lečenje pacijenata sa srčanom insuficijencijom i akutnim edemom pluća u prehospitarnim uslovima.

Metod rada: Retrospektivno su analizirani podaci iz elektronske baze podataka Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMP) u periodu od 1. jula 2022. do 1. jula 2023. godine. U ispitivanje je uključeno ukupno 240 pacijenata, od toga 88 bolesnika sa dijagnozom Oedema pulmonum, a 152 sa dijagnozom Insufficiencia cordis. Za analizu podataka korišćene su deskriptivne statističke metode.

Rezultati: Od 240 ispitanika, 112 (46,67%) je bilo muškog pola, a 128 (53,33%) ženskog pola. Prosečna starost je iznosila 77,32 godine. Gušenje je najčešći simptom koji su imali pacijenti (78%), pogotovo pacijenti sa dijagnozom edema pluća

(96,6%). Pri pregledu najčešće su pacijenti bili svesni (94,17%), sa prosečnim sistolnim pritiskom od 134,15 mmHg i pulsom od 99,13 u minuti. Prosečna SpO₂ iznosila je 82,93%, a SpO₂ manju od 90% imalo je 62,35% bolesnika. Od terapije prosečno je data 1,82 ampule Furosemida. Pacijenti su pored furosemida (85,93%), dobili još i kiseonik (41,71%), morfin (7,04%) i nitroglicerina s.l. (4,52%). Pet pacijenata je stavljeno na NIMV (CPAP), a dva pacijenta su endotrahealno intubirana na terenu i stavljena na invazivnu mehaničku ventilaciju (IMV). Na IKVBV je odveženo 87,92% bolesnika.

Diskusija: U prehospitalnim uslovima dijagnoza ASI se sprovodi na osnovu kliničke slike i fizikalnog pregleda sa monitoringom vitalnih funkcija. Lečenje treba započeti odmah, a ciljevi su poboljšanje simptoma i stabilizacija hemodinamskog stanja. U tu svrhu treba primeniti kiseonik, diuretike i vazodilatatore, dok je kod nekih bolesnika indikovana neinvazivna, ali i invazivna mehanička ventilacija (3).

Zaključak: Najčešći simptom ASI bila je dispneja, praćena padom SpO₂. Od terapije najčešće su primenjeni furosemid i kiseonik. Pet pacijenata je stavljeno na NIMV, a dva su zahtevala endotrahealnu intubaciju i IMV.

Ključne reči: dispneja; srčana insuficijencija; hitna medicinska pomoć; lečenje

Literatura

1. Arrigo M, Jessup M, Mullens W, Reza N, Shah AM, Sliwa K, et al. Acute heart failure. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):16.
2. Kalezić N. Inicijalni tretman urgentnih stanja u medicini. Medicinski fakultet. Beograd, 2016.
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-726.

POSTER PREZENTACIJE

12. DISPNEJA – DIFERENCIJALNO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV

Vukićević Verica, Ilić Andrijana

Zavod za urgentnu medicinu Beograd, Srbija

E-pošta: verica.vukicevic@gmail.com

Uvod: Dispnejom nazivamo osećaj nedostatka vazduha ili teškog disanja (glad za vazduhom, potrebu da se više diše). Predstavlja nesklad između ventilacije pluća i čovekovu potrebu za vazduhom. Prema uzroku može biti: akutna nastaje naglo, razvija se kroz nekoliko minuta i izazvana je plućnim uzrocima (pneumotoraks, plućna embolija, bronhijalna astma, inhalacija stranog tela, toksično oštećenje

disajnih puteva), srčanim uzrocima (AIM, disfunkcija ili ruptura papilarnog mišića, akutni zastoj srca) i ostali uzorci (paraliza, anksiozni poremećaj-hiperventilacija); subakutna ima postupniji početak i razvija se za nekoliko sati ili dana. Izazvana je plućnim uzrocima (pneumonija, egzacerbacija HOBP-a), srčanim uzorcima (angina, perikardni izliv ili tamponada srca) i hronična razvija se od nekoliko sati pa do nekoliko godina (kada traje duže od 4 nedelje). Odgovara dispneji u emfizemu pluća, pleuralnom izlivu, karcinomima pluća i insuficijenciji srca, anemiji. Lekar na terenu ima težak zadatak da brzo i pravilno uz ograničene dijagnostičke metode postavi dijagnozu bolesti, jer lečenje dispneje je uvek lečenje osnovnog oboljenja koje je i uzrokovalo dispneju.

Cilj rada: je prikaz slučaja kojim ćemo predstaviti značaj identifikacije uzroka dispneje i zbrinjavanju pacijenta prehospitalno.

Prikaz slučaja: Pacijent je muškarac 59 godina star koji je zatečen na ulici (pošao na redovnu kontrolu). Žali se na nedostatak vazduha, uznemiren, dispnoičan, ortopnoičan, tahikardičan, cijanotičan, agitiran, teškog opšteg stanja. Zauzima prinudan položaj. Auskultatorno na plućima difuzno oslabljen disajni šum uz produžen ekspirijum i difuzan vizing. Heteroanamnestički dobijen podatak da se leči zbog HOBP, na redovnoj je inhalacionoj terapiji. U nazad dva dana je u pogoršanju i nije se javljao lekaru. Dugogodišnji je dijabetičar na oralnoj terapiji. Inicijalno zbrinut, nakon plasiranja intravenske kanile i ordinirane terapije, uz monitoring vitalnih funkcija transportovan u dežurnu ustanovu uz poboljšanje opšteg stanja.

Zaključak: Treba istaći da bez obzira da li je uzrok dispneje pulmološke, kardiološke, endokrine, psihološke prirode ili je posledica načina života ovom diferencijalno dijagnostičkom izazovu za lekara na terenu treba pristupiti temeljno i bez odlaganja. Brza procena stanja pacijenta i ordiniranje terapije su put ka efikasnom lečenju, smanjenju mortaliteta i očuvanju kvaliteta života.

Ključne reči: dispneja, HOBP

Literatura:

1. Hashmi MF, Modi P, Basit H, Sharma S. Dyspnea. 2023 Feb 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 29763140.
2. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/dispneja>
3. <http://media.uis.org.rs/2023/06/XXII-UIS-2023-07062023-WEB.pdf>
4. Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis. Guidelines for healthcare providers. 2021 May. Dostupno na: www.resus.org.uk, accessed 6th september 2023.

13. DISPNEJA – DIFERENCIJALNO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV

Ilić Andrijana , Vukićević Verica

Zavod za urgentnu medicinu Beograd, Srbija

E-mail: annchhy993@gmail.com

Uvod: Dispneja je subjektivni osećaj nedostatka vazduha, kao posledica nesklada između ventilacije i potreba za vazduhom. Može biti prva manifestacija kardiogene, respiratorne, neuromišićne, sistemske bolesti, psihogenog porekla, ili njihove kombinacije. Akutna dispneja nastaje naglo ili kroz nekoliko časova i izazvana je nekim urgentnim stanjem. Prognoza je varijabilna i zavisi od uzroka dispneje, a lečenje se sprovodi prema algoritmu za zbrinjavanje bolesti čiji je dispneja simptom. Izazov za lekara na terenu je da brzo i pravilno uz ograničena dijagnostička sredstva postavi dijagnozu bolesti koja je u osnovi otežanog disanja i donese odluku o terapijskom pristupu prehospitalno.

Cilj rada: je da se na prikazu slučaja anafilaktičkog šoka pokaže značaj u identifikaciji uzroka dispneje i zbrinjavanju pacijenta.

Prikaz slučaja: Pacijent je žena stara 56 godina koja poziva centralu hitne medicinske pomoći zbog naglo nastalog otežanog disanja, pri čemu navodi da je u toku dana imala saobraćajnu nezgodu, nakon koje je osećala bol u predelu grudne kosti, bez gušenja. Na licu mesta zatečena u ležećem položaju, somnolentna, adinamična, bradipnoična sa edemom šaka i stopala. Heteroanamnestički dobijen podatak da je popila lek protiv bolova i nakon 5 minuta se požalila na osećaj nedostatka vazduha i osećaj „da tone“. Inicijalno pregledana i zbrinuta, nakon ordinirane terapije po protokolu za anafilaktički šok, uz monitoring vitalnih funkcija transportovana u dežurnu ustanovu uz poboljšanje opšteg stanja.

Zaključak: Varijabilni uzroci dispneje je čine diferencijalno dijagnostičkim izazovom za lekara na terenu. Brza evaluacija stanja pacijenta i ordiniranje terapije su krucijali u smanjenu mortaliteta i očuvanju kvaliteta života koji su imperativ moderne medicine.

Ključne reči: dispneja, anafilaktički šok

Literatura:

1. Hashmi MF, Modi P, Basit H, Sharma S. *Dyspnea*. 2023 Feb 19. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 29763140.*
2. Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J. *The Differential Diagnosis of Dyspnea*. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(49):834-845.
3. Resuscitation Council UK. *Emergency treatment of anaphylaxis. Guidelines for healthcare providers*. 2021 May. Dostupnona: www.resus.org.uk , accessed 9th september 2023.

14. COVID 19 I PLUĆNA TROMBOEMBOLIJA (PTE) KAO UZROK DISPNEJE – PRIKAZ SLUČAJA

Simić Sandra, Vasić Ankica, Šijačić Siniša, Tančik Dragan, Vidović Mirko
Dom zdravlja Bečej, Služba hitne medicinske pomoći
E-pošta: drsandrina77@gmail.com

Uvod: Plućna tromboembolija (PTE) predstavlja okluziju jedne ili više grana plućne arterije izazvane trombom pridošlim iz venskog sistema bilo kod dela tela, a najčešće iz vena donjih ekstremiteta i male karlice. Studije pokazuju da se u svetu javlja oko 600.000 PTE godišnje, a da oko 200.000 ima letalan ishod (15% svih bolničkih smrti). Veći broj novih studija za vreme i posle pandemije COVID 19 pokazuje da je rizik od PTE 33 puta veći i do 6 meseci posle preležane infekcije.

Cilj rada: Ukazati na značaj ranog prepoznavanja, dijagnostike i ranog lečenja PTE. Značaj upotrebe antitrombotika u lečenju i profilaksi recidiva. Značaj produženog praćenja i nadzora nakon otpusta iz bolnice.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja starosti 61 godinu javlja se u Službu hitne medicinske pomoći (SHMP) zbog iznenadnog osecaja nedostatka vazduha. Negira bolove u grudima, druge respiratorne i ostale tegobe. Negira ranije bolesti osim sto "prima injekcije u kolena" zadnjih mesec dana. Vakcinisana sa tri doze Sinofarm vakcine protiv Covid 19.

U miru kardiološki kompenzovana, tahikardna, normotenzivna, tahipnoična, afebrilna, bleđe kože i sluzokoza, gojazna, sa gonartrozom, bez kliničkih znakova duboke venske tromboze (DVT) na donjim ekstremitetima. Auskultatorni nalaz na plućima normalan, srčana akcija - tahikardija.

SpO₂ 90%, EKG – sinusni ritam, 135/min., negativan T talas u D3, aVf, V3-V4, bez poremećaja ritma i sprovođenja.

Brzi Ag test na SARSCoV 2 - negativan, brzi Troponinski test negativan.

Pri minimalnom naporu dolazi do pogoršanja dispneje.

Pod sumnjom na PTE transportuje se na Institut za plućne bolesti Vojvodine Sr. Kamenica gde je potvrđena dijagnoza PTE (GAK, D dimer, Rtg, EHO, CTPA), započeta terapija prema protokolu. Lečena u Covid bolnici zbog pozitivnog PCR testa. U toku lečenja razvila znake koagulopatije sa trombocitopenijom. Nakon 25 dana se otpušta iz bolnice hemodinamski, ritmicki i respiratorno stabilna sa preporukom za antikoagulantnu terapiju Rivaroksabanom i redovne kontrole kod izabranog lekara. Pacijentkinja se nije javljala na kontrolu.

Sedmog dana po otpustu dolazi do smrtnog ishoda, pretpostavka je da je uzrok smrti recidiv PTE.

Zaključak: COVID 19 se pokazao kao vrlo protrombogena bolest. Pojava koagulopatija i trombocitopenije predstavljaju loš prognostički znak. Oralna antikoagulatorna terapija smanjuje rizik od recidiva oko 5% (prema studijama). Pacijenti nakon otpusta iz bolnice moraju biti pod kontinuiranim nadzorom.

Ključne reči: Covid 19, plućna tromboembolija, dispneja

Literatura:

1. *Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, et al. COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up. J Am Coll Cardiol 2020;75(23):2950-2973.*
2. *2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). European Heart Journal (2019) 00, 161*
3. *Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. 2020;18(5):1094-9*

15. KONVULZIJE – EPILEPTIČNI NAPAD ILI POSLEDICA HIPOKSIJE U AKUTNOM ASMATIČNOM NAPADU

Marić Nikolina², Kopilović Sandro², Đuričin Aleksandar^{1,2}, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}, Vasović Velibor³

¹*Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu*

²*Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad*

³*Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; Zavod za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju*

E-pošta: maric1992@gmail.com

Uvod: Dispneja, kao jedan od najčešćih fizičkih simptoma određenih oboljenja, a definisana kao “osećaj teškog, napornog ili neugodnog disanja”, često može biti razlog nedoumice u smislu determinisanja uzroka ovakvog stanja. Akutni asmatični napad je ozbiljno i životno ugrožavajuće pogoršanje astme i zahteva promptno reagovanje i adekvatnu terapiju. Akutni asmatični napad karakteriše hipoksija kao i izostanak terapijskog odgovora na β -agoniste (1,2,4). Postoje dokazi koji ukazuju da hipoksija može da dovede neurone u stanje konvulzije (3).

Cilj: Razmotriti diferencijalnu dijagnozu hipoksije, praćene poremećajem stanja svesti i spazmom čitavog tela.

Prikaz: Muškarac, starosti 35 godina, javlja se na pregled u noćnu ambulantu ZZHMPNS u 23:20, dispnoičan, uznemiren, cijanotičan. Odmah zatim počinje spazam čitavog tela. Pacijent je soporozan, tahipnoičan, cijanotičan, hipertenzivan (170/90mmHg), inicijalna SpO₂ merena pulsним oksimetrom je 35%, srčana frekvencija je 130/min. Pacijentu je odmah uključen O₂-15l/min, zatim ordinirana jedna ampula bensedina 10mg intramuskularno i otvara se venski put. Od majke se dobija informacija da se u detinjstvu dugo lečio od astme, ali trenutno ne uzima terapiju. Majka takođe navodi postojanje alergije na polen, ambroziju, travu, prašinu, kao i da su mu tegobe počele pre sat vremena u vidu mučnine, zatim gušenja. Poziva se urgentna ekipa, koja pacijenta prebacuje u sanitet, gde je ordinirano 80mg Lemod Solu intravenski, protok kiseonika od 6l/m, podignuto uzglavlje i time se postiže

SpO₂ 89%. Nad plućima je čujan produžen ekspirijum, sa vizingom obostrano difuzno. Srčana radnja ritmična, tonovi jasno čujni, šumovi se ne registruju. EKG: Sinusni ritam, srčana frekvencija 130/min., bez sigurnih znakova ishemije i lezije, bez poremećaja ritma. ŠUK: 11,2 mmol/l. Pacijent je tokom transporta somnolentan, afebrilan, bled, tahipnoičan, koristi pomoćnu disajnu muskulaturu, više se ne zapažaju nevoljni pokreti tela. Pacijent se transportuje na IPBV, gde se odmah prebacuje na odeljenje intenzivne nege (ICU). Prilikom prijema u ICU, odmah je sediran i intubiran, te je započeto je sa primenom invazivne mehaničke ventilacije.

Zaključak: Stanje hipoksije, koje je karakteristično za akutni astmatični napad, može da izazove ili imitira epileptični napad. Brzo prepoznavanje, promptno rešavanje diferencijalno dijagnostičkih dilema i adekvatna terapija su ključni u zbrinjavanju astmatičnog napada.

Ključne reči: akutni astmatični napad, hipoksija, konvulzije

Literatura:

1. Moore LE, Brotto AR, Phillips DB, Bhutani M, Stickland MK. Exertional dyspnea and operating lung volumes in asthma. *J Appl Physiol* (1985). 2018;125(3):870-7.
2. Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA Main report 2023.*
3. Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J. The Differential Diagnosis of Dyspnea. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(49):834-45.

16. UTICAJ OBUČENOSTI NA BRZINU I USPEŠNOST OBEZBEĐIVANJA DISAJNOG PUTA

Marić Nikolina², Đuričin Aleksandar^{1,2}, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}, NocMartini Tamara², Bebić – Glumac Olivera², Vasović Velibor³

¹Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu

²Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

³Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; Zavod za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju

E-pošta: maric1992@gmail.com

Uvod: Obezbeđivanje disajnog puta, oksigenacija i ventilacija predstavljaju prioritet u zbrinjavanju kritično obolelog pacijenta (1, 2). Zlatnim standardom se i dalje smatra endotrahealna intubacija (ETI) (3). Iako zahteva dugotrajnu i iscrpnu obuku, pravilno postavljanje endotrahealnog tubusa sa kafom (ET) osigurava prohodnost disajnog puta i omogućava sprovođenje oksigenacije i ventilacije bolesnika (4).

Cilj: Cilj ovog rada jeste da pokaže uspešnost i brzinu plasiranja endotrahealnog tubusa, laringealne maske i I-gel maske kao i postojanje razlike u zavisnosti od akademskog zvanja.

Materijal i metode: Prospektivna opsevaciona studija je sprovedena u Edukativnom centru Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad (ZZHMPNS) u periodu januar – februar 2020. godine. Učestvovali su zaposleni ZZHMPNS - medicinske sestre-tehničari (MST), doktori opšte prakse (LOP), specijalizanti/specijalisti urgentne medicine (SUM) i studenti šeste godine medicinskog fakulteta Novi Sad. Učesnici su na lutki za intubaciju obezbeđivali disajni put pomoću tri različita sredstva (ET; LM, I-gel), a vreme je mereno oduzimanja sredstva u ruke do momenta insuflacije vazduha ambu-balonom, odnosno provere uspešnosti plasiranja sredstva za intubaciju. Za analizu su korišćene deskriptivne metode, Welch ANOVA (F) i post hoc Tukey test.

Rezultati: Iz prvog pokušaja ET je uspešno postavljen kod 68 (85%) ispitanika. Najveći procenat uspešno postavljenog ET iz prvog puta je bio kod SUM (20; 29,4%), zatim kod MST (18; 26,5%), potom kod LOP (17; 25%), dok je najmanji procenat uspešno postavljenog ET bio kod studenata (13; 19,1%). Najbrže postavljanje ET iz prvog pokušaja su imali lekari SUM (17,05±2,06 sekundi), najsporije studenti (35,98±6,93sekundi). Iz prvog pokušaja LM je uspešno postavljena kod 78 (97,5%) ispitanika. Svi ispitanici su da plasirali I-gel iz prvog puta. Dokazana je statistički značajna razlika u brzini plasiranja sva tri sredstva između različitih zanimanja/zvanja u našoj studiji.

Diskusija: Studije pokazuju značajnu razliku među obučenosti zdravstvenih radnika i uspešne endotrahealne intubacije. Pojava novijih generacija supraglotičnih sredstava olakšava obezbeđivanje disajnog puta (4-6).

Zaključak: Iako ETI ostaje „zlatni standard“, supraglotična sredstva su pogodnija i za neiskusnije zdravstvene radnike, što je značajno za brzo obezbeđivanje disajnog puta.

Ključne reči: disajni put, endotrahealna intubacija, supraglotična sredstva, simulaciona medicina

Literatura:

1. Rehn M, Hyldmo PK, Magnusson V, Kurola J, Kongstad P, Rognås L, et al. *Scandinavian clinical practice guideline on Pre-Hospital Airway Management. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2016;60(7):852–64.*
2. Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. *European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2015. Resuscitation. 2015;95:100–47.*
3. Thoeni N, Piegeler T, Brueesch M, Sulser S, Haas T, Mueller SM, et al. *Incidence of difficult airway situations during prehospital airway management by emergency physicians—a retrospective analysis of 692 consecutive patients. Resuscitation. 2015;90:42–5.*
4. Garza AG, Gratton MC, Coontz D, Noble E, Ma OJ. *Effect of paramedic experience on orotracheal intubation success rates. J Emerg Med 2003;25:251-6.*
5. Rakic G, Fabri I, Stanisavljevic S, Jovanovic G, Gavrilovic S, Draskovic B. *The choice between clma and I-gel during CPR. Resuscitation. 2016;106.*

6. Thoeni N, Piegeler T, Brueesch M, Sulser S, Haas T, Mueller SM, et al. Incidence of difficult airway situations during prehospital airway management by emergency physicians—a retrospective analysis of 692 consecutive patients. *Resuscitation*. 2015;90:42–5.

17. DISPNEJA KAO SIMPTOM VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE

Radulović Milovan¹, Jokšić-Mazinjanin Radojka^{1,2}, Marić Nikolina¹, Đuričin Aleksandar^{1,2}, Jokšić-Zelić Milena³, Vasović Velibor⁴

1.Zavod za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad

2.Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za urgentnu medicinu

3.Dom zdravlja Bečej, Služba hitne medicinske pomoći

4.Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju

E-pošta: radulovicmilovan94@gmail.com

Uvod: Dispneja je subjektivni osećaj nelagodnosti pri disanju. Ovaj simptom predstavlja niz kvalitativno različitih senzacija, a reči kojima pacijent opisuje nelagodnost pri disanju sugerišu na osnovnu patofiziologiju bolesti.

Cilj rada: značaj dispnee kao simptoma ventrikularne tahikardije kod hemodinamski nestabilnog pacijenta.

Prikaz slučaja: ekipa Zavoda za hitnu medicinsku pomoć Novi Sad 27.7.2023. godine preko radioveze dobija izlaz kod pacijentkinje starosti 80 godina zbog osećaja nedostatka vazduha i gubitka svesti. Ekipa zatiče pacijentkinju u ležećem položaju na leđima, zatvorenih očiju, reaguje na dozivanje. Žali se da joj nedostaje vazduha, da ima utisak da ne može dovoljno da udahne i da prilikom ustajanja iz ležećeg u sedeći položaj gubi svest. Simptomi traju unazad dva sata, praćeni su preznojavanjem i trnjenjem leve ruke. Pacijentkinja somnolentna, otežano govori, konfuzna (GKS=13), krvni pritisak (TA) nemerljiv u ležećem položaju, kao i saturacija kiseonika u perifernoj krvi merena pulsnom oksimetrijom(SaO₂). Srčana radnja ritmična, tahikardna, srčani tonovi slabije čujni, nad plućima disajni šum uredan, prilikom podizanja u sedeći položaj pacijentkinja gubi svest, tako da je detaljna auskultacija pluća otežana. Elektrokardiografski zapis (EKG) ventrikularna tahikardija frekvence oko 230 otkucaja u minutu. Negira ranije krize svesti, nije do sada imala slične simptome. Zbog znakova hemodinamske nestabilnosti (nemrljiv TA, gubitak svesti) , pacijentkinja je sedirana midazolamom 3 mg, data je terapija bola tramadol amp 100 mg, klometol amp i 0,9% NaCl. Primenjena su tri sinhrona DC šoka (100J, 120J i 150J). Nakon trećeg DC šoka je uspostavljen sinusni ritam frekvence oko 110/minutu. Dato je 300 mg amjodarona u 20 ml 5% glukoze polako intravenski, nakon čega se uspostavlja srčana frekvencija 85/minutu, TA 75/45 mmHg, SaO₂ 96%. Tokom transporta na Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine (IKVBV)

pacijentkinja se budi. Negira osećaj nedostatka vazduha, preznojavanje i trnjenje leve ruke. Primljena je hemodinamski stabilna u Koronarnu jedinicu IKVBV.

Zaključak: dispneja je zastupljena kao simptom u preko 25% slučajeva svih intervencija hitnih službi. Uzrok može biti različit, od emocionalnih razloga, preko ozbiljnih po život ugrožavajućih stanja, kao što je ventrikularna tahikardija praćena hemodinamskom nestabilnošću koja zahteva hitan tretman kako bi se prevenirao iznenadni srčani zastoj. Tretman akutne dispneje u suštini zahteva tretman osnovne bolesti.

Ključne reči: ventrikularna tahikardija, dispneja, kardioverzija

Literatura:

1. Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J. *The Differential Diagnosis of Dyspnea. Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(49):834-45.
2. Ryan JJ, Waxman AB. *The Dyspnea Clinic. Circulation.* 2018;137(19):1994-6.
3. Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, Winkel BG, Behr ER, Blom NA, et al; ESC Scientific Document Group. *2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J.* 2022;43(40):3997-4126.

CIP - Каталогизација у публикацији Народна библиотека Србије, Београд

616-083.98(048)

616.24-008(048)

**СИМПОЗИЈУМ ургентне медицине Србије са међународним учешћем
(15 ; 2023 ; Златибор)**

Dispneja – diferencijalno dijagnostički izazov : zbornik sažetaka / XV simpozijum
urgentne medicine Srbije sa međunarodnim učešćem, Zlatibor, 08-11. oktobar 2023.
godine ; [organizovalo] Srpsko lekarsko društvo, Sekcija urgentne medicine. -
Beograd : Sekcija urgentne medicine Srpskog lekarskog društva, 2023 (Sombor :
Pergament). - 34 str. ; 30 cm. - (ABC – Časopis urgentne medicine ; Vol. XXIII,
Suppl. I)

Tiraž 150.

ISBN 978-86-6061-155-2

a) Ургентна медицина -- Апстракти b) Диспнеја -- Апстракти

COBISS.SR-ID 126325769