

ANNALES MEDICINAE URGENTIS

Zagreb, February 2025

International Journal of Emergency Medicine

AMU

9th Emergency Medicine Symposium

**When the Ordinary
Becomes Extraordinary**
"Challenges and Lessons
from Case Studies."

ANNALES
MEDICINAE
URGENTIS

Supplement 1
PP 1

IMPRESSUM

Editors-in-Chief

Višnja Nesek Adam - University Department for Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care, Emergency Department, Clinical Hospital Sveti Duh, Zagreb, Croatia

Ivan Gornik - Emergency Department, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Editorial Bord

Ana Marija Alduk - Clinical Department of Diagnostic and Interventional Radiology, University Hospital Centre Zagreb, Croatia

Aleksandar Džakula - Center for Health Systems, Policies and Diplomacy, Andrija Štampar School of Public Health, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Aristomenis Exadaktylos - Universitäres Notfallzentrum Inselspital, Switzerland

Murat Ersel - Department of Emergency Medicine, İzmir, Turkey

Ingrid Bošan - Kilibarda, CMA-Croatian Society of Emergency Medicine, Zagreb, Croatia

Daniel Lovrić - Department of Cardiology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Christofer L Moore - Department of Emergency Medicine, Yale School of Medicine, New Haven, CT, USA

Gregor Prosen - University Medical Centre, Maribor, Slovenia

Radovan Radonić - Department of Intensive Care Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Maša Sorić - Department of Emergency Medicine University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

Damir Važanić - Croatian Institute for Emergency Medicine, Zagreb, Croatia

Tamara Murselović - University Department for Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care, Clinical Hospital Sveti Duh, Zagreb, Croatia

Technical editor

Martina Pavletić - Emergency Department, Clinical Hospital Center Rijeka, Croatia

Language editor

Michael George Gable

Cover design

Benjamin Vukovic

Address of editorial office:

CMA - Croatian Society of Emergency Medicine

Clinical Hospital Sveti Duh, Sveti Duh 64, Zagreb, Croatia

Graphic design

Denine, marketing agency
Furićevo 37a, 15216 Viškovo - Rijeka

Web site: <https://hdhm.com.hr/>

Email: predsjednica@hdhm.hr

9. SIMPOZIJ HITNE MEDICINE

**Kad obično
postane
neobično**

**07.-08. veljače
2025. Rijeka**



CONTENTS

AKO JE NETKO MLAD, NE ZNAČI I DA JE ZDRAV!	9	ZABLUDA O PARAZITOZI	26
SUBDURALNI HEMATOM I HIPERGLIKEMIJSKO HIPEROSMOLARNO STANJE	9	DIJAGNOZE BEZ GRANICA	26
MELENA KAO PRVI ZNAK DISEKCIJE AORTE	10	KOMPLEKSNOST PREZENTACIJE HITNIH STANJA U BOLESNIKA SA ŠEĆERNOM BOLESTI	27
PLUĆA AUSKULTACIJSKI: PRETAKANJE	11	NEODGOVARAJUĆI ODGOVOR NA STANDARNU TERAPIJU – KOJA JE DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA?	27
SUBARAHNOIDALNO KRVARENJE U BOLESNIKA S BOLOVIMA U TRBUHU	11	NIJE UVIJEK ONAKO KAKO SE ČINI – PRIKAZ SLUČAJA	28
PIOGENI APSCES JETRE: PRIKAZ SLUČAJA	12	BOL U LEĐIMA: VIŠE OD OBIČNE LUMBOISHIALGIJE?	29
NEOBIČAN UZROK ZATAJIVANJA SRCA I NEPOSTOJANE VENTRIKULSKE TAHIKARDIJE U HITNOM PRIJEMU - OTPUŠTAMO LI PRETJERANO KUĆI BOLESNIKE SA ZATAJIVANJEM SRCA S HITNOG PRIJEMA?	13	OD HIPERTENZIJE DO KRONIČNE DISEKCIJE AORTE U MLAĐEG BOLESNIKA S NEPREPOZNATIM LOEYS-DIETZ SINDROMOM - PRIKAZ SLUČAJA	29
OPSESIVNO GUTANJE KOSE	14	OD KAŠLJA DO KARDIEKTOMIJE	30
NEUROLOŠKI SIMPTOMI VENTRIKULSKE TAHIKARDIJE: PRIKAZ SLUČAJA	14	ULTRAZVUKOM U OHBP-U I NA “OBIČNO”	31
ZDRAVSTVENA SKRB ZA OSOBU SA STATUSOM EPILEPTICUSOM USLIJED SAMOMEDIKACIJE INZULINOM	15	MOGUĆE I BEZ TRAUME - SLUČAJ SPONTANOG TENZIJSKOG PNEUMOTORAKSA U OHBP-U	31
IZAZOVI DIJAGNOSTIKE RUPTURE ANEURIZME DESCENDENTNE AORTE	15	MUSKULOSKELETNA BOL, ILI PAK NEŠTO VIŠE?	32
RIJEDAK SLUČAJ ASPIRACIJE STRANOG TIJELA TIJEKOM PREPARACIJE ZUBA USLIJED ODVAJANJA DIJELA STOMATOLOŠKE OPREME	16	MALIGNA STENOZA TRAHEJE KAO UZROK STRIDORA – PRIKAZ SLUČAJA	33
ATIPičNO INTRACEREBRALNO KRVARENJE	17	BOL NAKON TRENINGA- MUSKULOSKELETNA ILI PO ŽIVOT OPASNA?	33
IGRA IMITACIJE – MALIGNI TUMOR NEPOZNATOG PRIMARNOG SIJELA PRERUŠEN U KRONIČNI OSTEOMIJELITIS SKOČNOG ZGLOBA	17	SLIJEPO VJEROVANJE NALAZIMA KAO UZROK POGREŠNE DIJAGNOZE I DALJNJEG LIJEČENJA, ODNOSNO NELIJEČENJA	34
ODINOFAGIJA KAO PRVI SIMPTOM METASTATSKOG PLANOCELULARNOG KARCINOMA OROFARINKSA	18	BOLESNICA S PONAVLJAJUĆIM SINKOPAMA - PRIKAZ SLUČAJA	35
AKUTNA OPSTRUKCIJA DIŠNOG PUTA USLIJED SINDROMA GORNJE ŠUPLJE VENE UZROKOVANE KARCINOMOM PLUĆA	18	NEDOSTATAK ZRAKA ILI MOŽDA VIŠAK ISTOG?	35
„KRATKI SPOJ“ U SRČANOM RITMU - KOMPLETNI AV BLOK	19	JOŠ JEDNA ALKOHOLNA INTOKSIKACIJA - PRIKAZ SLUČAJA	36
RUPTURA ANEURIZME ABDOMINALNE AORTE PREZENTIRANA KAO BOL U TESTISIMA	20	OBIČNA BOL U LEĐIMA ILI ŽIVOTNO UGROŽAVAJUĆE STANJE?	37
KADA FEBRILITET POSTANE POŽELJAN: PRIKAZ SLUČAJA	20	BOL U TRBUHU KAO PRIMARNI SIMPTOM OPSTRUKCIJSKE UROPATIJE I RUPTURE MOKRAČNOG SUSTAVA	37
OPIOIDNA ANALGETSKA TERAPIJA KAO UVOD U OVISNOST: PRIKAZ SLUČAJA IZ IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SKRBI	21	SINDROM KOMPRESIJE CELIJAČNE ARTERIJE: PRIKAZ SLUČAJA	38
NOVOTVORINA PLUĆA KAO UZROK DISFAGIJE	22	KONSTRIKTIVNI PERIKARDITIS U PODLOZI DUGOGODIŠNJIH PLEURALNIH I PERIKARDIJALNOG IZLJEVA	39
SUBKUTANI EMFIZEM S RAZVOJEM AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA	22	SIMPTOMATOLOŠKA TRIJADA RABDOMIOLIZE NEJASNE ETIOLOGIJE	39
IZAZOVI U POSTAVLJANJU DIJAGNOZE AKUTNE MEZENTERIJSKE ISHEMIJE	23	KAD OBIČNO POSTANE NEOBIČNO – JEDNO (NE)OBIČNO PREDUZIRANJE BENZODIAZEPINIMA I ANTIDEPRESIVIMA?!	40
KAŠALJ KAO ZNAK RESPIRACIJSKOG INFEKTA ILI NEŠTO VIŠE?	24	GRLOBOLJA JE POSAO LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE, ZAR NE?	40
ATIPičNA PREZENTACIJA SPONTANE RUPTURE SLEZENE	24	JE LI TO ZAISTA BILA SAMO LAKŠA PROMETNA NESREĆA?	41
ISHEMIJSKI MOŽDANI UDAR I EPILEPTIČNI NAPADI KAO RIJETKA KOMPLIKACIJA LAJMSKE BOLESTI	25	(SVE SAMO NE) OBIČNA EPISTAKSA U AMBULANTI OBITELJSKE MEDICINE – PRIKAZ SLUČAJA	42
		TAMPONADA PERIKARDA – IZAZOV U HITNOJ SLUŽBI	42
		ŠTO SE KRIJE IZA LUMBALNE BOLI?	43

SINDROM SUPERHIKA	44	TROVANJE DIGITALISOM – KLASIČNO OTROVANJE, DANAS RIJETKO, MEĐUTIM JOŠ UVIJEK PRISUTNO	59
GRUDNA BOL, PLEURALNI IZLJEV UZ 200 CRP TE SUBFEBRILITET – NITKO SE NIJE NADAODISEKCIJI AORTE	44	TEŠKA HIPOKALEMIJA UZROKOVANA PRIMJENOM SISTEMSKIH KORTIKOSTEROIDA ZA AKUTNU BOL U DONJEM DIJELU LEĐA	59
ISHEMIJSKI INZULT PRODUŽENE MOŽDINE: PRIKAZ SLUČAJA	45	EGZACERBACIJA IMUNOSNE TROMBOCITOPENIČNE PURPURE U PREPARTALNOM RAZDOBLJU	60
ATIPičNA PREZENTACIJA RUPTURE SLEZENE U DVA AKTA - PRIKAZ SLUČAJA	45	BOL U LEĐIMA – DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA.....	61
SINDROM GORNJE ŠUPLJE VENE: NEOČEKIVANA PRIMARNA PREZENTACIJA MALIGNI BOLESTI KOD KLINIČKI ZDRAVE OSOBE	46	INTOKSIKACIJA PROPAFENONOM U LIJEČENJU FIBRILACIJE ATRIJA.....	61
PLUĆA EMBOLIJA UZ UREDNE D-DIMERE	47	MULTIPLI EMFIZEMI USLIJED UDARA STRUJOM	62
INFARKT LEĐNE MOŽDINE USLIJED AKTIVNE BORELIOZE – PRIKAZ SLUČAJA	47	KLINIČKI SLUČAJ: APSCES JETRE	63
INVAZIVNA STREPTOKOKNA BOLEST MASKIRANA TRAUMOM – PRIKAZ SLUČAJA	48	AKUTNA MEZENTERIJALNA ISHEMIJA	63
VRIJEDNOST CRP-a KAO PUTOKAZ U KLINIČKOM PREGLEDU – PRIKAZ SLUČAJA	49	KATAMENIJALNI PNEUMOTORAKS	64
PREZENTACIJA TROMBOZE KAVERNOZNOG SINUSA KAO RESPIRACIJSKI ZATOJ - PRIKAZ SLUČAJA	50	DUODENALNI ULKUS	65
POVRATAK TEMELJIMA DIJAGNOSTIČKOG POSTUPKA.....	50	SUBARAHNOIDALNO KRVARENJE KAO POSLJEDICA RUPTURE ANEURIZME.....	66
KAKO JE RETENCIJA URINA SPASILA ŽIVOT	51	PRIKAZ SLUČAJA AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA S ELEVACIJOM ST-SEGMENTA U BOLESNICE S ATIPičNIM SIMPTOMIMA U VANBOLNIČKIM UVJETIMA	66
DISEKCIJA AORTE - PRIKAZ SLUČAJA	52	HEMATOMI I PROMIJENJENO STANJE SVIJESTI : INTRAKRANIJALNO KRVARENJE KAO PRVI ZNAK STEČENE HEMOFILIJE A.	67
SITAGLIPTIN KAO UZROK EUGLIKEMIJSKE KETOACIDOZE	52	PRIKAZ SLUČAJA BOLESNIKA S AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA BEZ OPSTRUKCIJE KORONARNIH ARTERIJA....	68
PORFIRIJA KAO RIJEDAK UZROK AKUTNE BOLI U ABDOMENU: PRIKAZ SLUČAJA	53	CASE REPORT: PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITHOUT OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES (MINOCA).....	68
APSCESS PSOASA KAO RIJEDAK UZROK KRIŽOBOLJE	54		
PLUĆNA EMBOLIJA I TENZIJSKI PNEUMOTORAKS U IMUNOKOMPROMITIRANOG BOLESNIKA	54		
ZBRINJAVANJE KOMPLEKSNOG BOLESNIKA U OHBP-u – PRIKAZ SLUČAJA	56		
VRUĆICA KAO PRIMARNI SIMPTOM I UZROK IZAZOVNE DIJAGNOSTIKE INFEKTIVNOG ENDOKARDITISA	57		
DIPLOPIJA I RECIDIV FRONTOORBITALNE MUKOKELE NAKON OPERACIJE KRANIOTOMIJOM	57		
URTIKARIJA, SIMPTOM KOJI KRIJE IZNENAĐENJE	58		



MESSAGE FROM THE EDITORS



Prof. Višnja Nesek Adam,
MD, PhD



Prof. Ivan Gornik,
MD, PhD

9th Emergency Medicine Symposium – When the Ordinary Becomes Extraordinary February 7–8, 2025

Dear Colleagues,

We are pleased to invite you to the 9th Emergency Medicine Symposium, titled “When the Ordinary Becomes Extraordinary – Challenges and Lessons from Case Studies.”

In the fast-paced world of emergency medicine, we all face moments when common symptoms unexpectedly give rise to extraordinary challenges. These are the times when routine cases evolve into complex medical puzzles, requiring immediate and decisive action. This symposium aims to delve into these critical moments, highlighting the unpredictability of emergency situations and the importance of quick thinking, precision, and adaptability in our decision-making processes.

The program will feature a series of engaging and informative lectures, each centered on fascinating case studies from real-world practice. These case studies will allow for deep exploration of unusual or unexpected presentations in emergency care, encouraging dynamic discussions among experts and participants alike. Throughout the event, you will also have the opportunity to participate in discussions that focus on how we, as medical professionals, can remain calm and effective under pressure. The goal is to equip you with practical strategies to handle even the most challenging of cases.

Furthermore, we will share invaluable insights on how to identify subtle clinical signs that may be indicative of potentially life-threatening conditions. Our speakers will offer their expertise on how these signs can be easily overlooked, and how a heightened awareness can help improve early diagnosis and treatment outcomes.

The event will feature **90** carefully selected abstracts, all of which will be presented as oral presentations. These cases, drawn from a variety of emergency settings, promise to generate lively discussions and will provide participants with knowledge that can be immediately applied in your clinical practice. We are confident that this exchange of experiences and knowledge will offer fresh perspectives that can be implemented in your day-to-day practice.

We are particularly excited to announce that Dr. Aristomenis Exadaktylos will open the congress with his lecture titled “Fairytale, Myths, and Medical Syndromes – A Personal Collection.” In this intriguing session, Dr. Exadaktylos will provide a unique perspective on medical cases that have roots in the fairytales and myths we grew up with. He will show how many of these stories are actually based on real medical conditions, which are often considered unusual and unfamiliar. Through this analysis, Dr. Exadaktylos will highlight how these fairytales have shaped our understanding of illness and medical phenomena, as well as the way we approach treatment. The lecture will challenge traditional thinking by combining medical knowledge with cultural narratives, offering a deeper understanding of how myths and fairytales are connected to unusual medical cases.

In emergency medicine, where every second counts and each case presents its own set of challenges, this symposium offers an incredible opportunity to enhance our skills, share experiences, and explore new approaches to the problems we face every day. Whether you are an experienced clinician or a newcomer to the field, this event will provide valuable learning experiences that will contribute to your professional growth.

We look forward to welcoming you to what promises to be an exciting and stimulating event, where together we will explore the extraordinary challenges of emergency medicine and the lessons we can learn from them.

Yours sincerely,

Editors-in-Chief
Prof. Višnja Nesek Adam, MD, PhD
Prof. Ivan Gornik, MD, PhD



octaplex®

Koncentrat protrombinskog kompleksa

Vaši saveznici u koagulaciji!



fibryga®

Humani fibrinogen

octapharma®

For the safe and optimal use of human proteins

AKO JE NETKO MLAD, NE ZNAČI I DA JE ZDRAV!

**Dragana Bekić¹*

¹Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije

Sažetak

Plućna tromboembolija (PTE) osim svoje klasične prezentacije može se manifestirati u oligosimptomatično, s minimalno narušenim vitalnim pokazateljima, unatoč značajnom nalazu slikovne dijagnostičke obrade.

Prikaz slučaja: Bolesnica (41 godina), javlja se u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) zbog stalnih bolova ispod desnog rebrenog luka sa širenjem u leđa prema desnom bubregu i desnoj lopatici. Bolovi se pogoršavaju u ležećem položaju. Mjesec dana ranije, bolesnica je bila pregledana u OHBP-u zbog sličnih smetnji te je tada bila dijagnosticirana bubrežna kolika. Usprkos antibiotskoj terapiji zbog patološkog sedimenta urina, simptomi su se ponovili. Bolesnica je inače zdrava, rodila je jednom, a u redovnoj terapiji uzima oralnu hormonsku kontracepciju i dodatke prehrani. Fiziološke funkcije su uredne, i stabilna je na terapiji metforminom. Pušač je, a alkohol ne konzumira. Aktivno se bavi biciklizmom. U fizikalnom statusu: osim granične tahikardije (104 otkucaja/minuti) vitalni pokazatelji su uredni. Od učinjene obrade ističe se u laboratorijskim nalazima povišeni C-reaktivni protein (CRP) od 95,4 mg/L, te leukociturija u sedimentu urina (10-15 stanica). Elektrokardiogram (EKG) je uredan, kao i radiološka snimka grudnih organa u dva smjera, nativna snimka i ultrazvuk abdomena. Zbog bolova po tipu pleurodinije uzorkovani su D-dimeri koji su povišeni (7463 ng/L). Daljnjom radiološkom slikovnom obradom (CT toraksa s angiografijom plućnih arterija) potvrđena je obostrana plućna tromboembolija s trombotskim sadržajem na račvištu desne pulmonalne arterije. Bolesnica je dalje liječena u Jedinici intenzivnog liječenja kardioloških bolesnika, početno parenteralnom, a potom peroralnom antikoagulantnom terapijom. Dodatnom obradom isključena je nasljedna trombofilija, tumorski biljezi su bili uredni, kao i ultrazvuk srca.

Zaključak: PTE je bolest s mnogo lica, koja se ponekad previde u mladih i zdravih bolesnika. Njihove tegobe se umanjuju i bez odgovarajuće dijagnostičke obrade ili potvrde, često se proglašavaju banalnim bolestima. Iako

je opterećenje u svakodnevnom radu veliko, neophodno je zadržati kritičko razmišljanje i nastojati pronaći točno, a ne najlakše rješenje.

Ključne riječi: pleurodinija, plućna embolija, kritičko razmišljanje.

*Dopisni autor:

Dragana Bekić, dr.med., spec. hitne medicine
Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije,
Ispostava Cres
Franje Čandeka 6/A, 51000 Rijeka, Hrvatska
email: drdraganabekic@gmail.com

SUBDURALNI HEMATOM I HIPERGLIKEMIJSKO HIPEROSMOLARNO STANJE

**Tomo Trstenjak¹, Ozana Bujas Padovan¹, Luka Perajica³, Petra Jugovac¹, Marija Doronjga¹, Josip Lipovac¹, Ivan Raguž¹, Monika Ranogajec¹, Petra Terzić¹, Hrvoje Vraneš¹, Višnja Neseć Adam^{1,2}*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek

³Zavod za hitnu medicinu Dubrovačko-neretvanske županije, Dubrovnik

Sažetak

Subduralni hematoma je oblik intrakranijskog krvarenja koje nastaje uslijed nakupljanja krvi između dure i arahnoidne. Najčešće je uzrokovan ozljedom glave, no može se razviti i spontano kod starijih osoba, alkoholičara, te onih koji uzimaju antikoagulacijsku terapiju. Hiperglikemijsko hiperosmolarno stanje je ozbiljna komplikacija šećerne bolesti koja zahtijeva hitno liječenje zbog visoke smrtnosti.

Prikaz slučaja: Prikazat ćemo bolesnika u dobi od 75 godina koji je dovezen vozilom hitne medicinske pomoći u Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog epileptičkog napadaja. Bolesnik boluje od adenokarcinoma prostate, šećerne bolesti i arterijske hipertenzije. Prije dolaska u bolnicu, bolesnik je imao trzaje desne strane tijela u trajanju od nekoliko minuta koji su spontano prestali. Tijekom pregleda, bolesnik je bio pri svijesti, ali bez verbalnog odgovora, te nisu bili prisutni znakovi traume. Vitalni pokazatelji

bili su uredni. Nakon pregleda, bolesnik je doživio toničko-klonički epileptički status, koji je liječen diazepamom, levetiracetamom i midazolamom. Učinjen je MSCT mozga, koji je pokazao subduralni hematoma u lijevom temporoparijetalnom području. U laboratorijskim nalazima zabilježena je hiperglikemija i uremija, dok je acidobazni status bio uredan. Na temelju tih nalaza, postavljena je dijagnoza hiperglikemijskog hiperosmolarnog stanja.

Bolesnik je liječen infuzijama fiziološke otopine, uz primjenu brzodjelujućeg inzulina i kalijevog klorida. Smanjenjem razine glukoze, epileptički status je prestao. Nadoknada tekućine bila je postepena zbog opasnosti od razvoja cerebralnog edema, a 5% glukoza s inzulinom je izostavljena. Kontrolni MSCT mozga pokazao je regresiju subduralnog hematoma. U daljnjem tijeku hospitalizacije, bolesnik je bio stabilan.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ističe složenost liječenja istodobno dva hitna stanja. Cilj ovog prikaza je pokazati važnost individualnog pristupa bolesniku, s obzirom na specifičnosti svakog kliničkog slučaja.

Ključne riječi: subduralni hematoma, hiperglikemijsko hiperosmolarno stanje

***Dopisni autor:**

Tomo Trstenjak, dr.med.
Klinička bolnica Sveti Duh
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: tomotrstenjak1@gmail.com

MELENA KAO PRVI ZNAK DISEKCIJE AORTE

**Nikolina Borščak Tolić¹, Lada Marijan¹, Petra Jugovac¹, Petra Terzić¹, Hrvoje Vraneš¹ Marija Doronjga¹, Monika Ranogajec¹, Tomo Trstenjak¹, Josip Lipovac¹, Ivan Raguž¹*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Disekcija aorte je hitno stanje u kojem zbog oštećenja zida aorte dolazi do rupture njene intime, a vanjska ovojnica ostaje intaktna, uslijed čega nastaju pravi i lažni lumen. Opasnost nastaje kada dođe do rupture aneurizmatски proširene stijenke

aorte, što može dovesti do srčane tamponade ili hemoragijskog šoka, ovisno o lokalizaciji, zbog naglog i obilnog krvarenja.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 72 godine s poznatom anamnezom vrijeda na želucu i perifernom arterijskom bolesti dovezen je u hitnu medicinsku službu zbog melene. Kasnije je utvrđeno da je bolesnik nakon izrazito otežane defekacije primijetio crnu stolicu, a ubrzo su se pojavili i jaki tupi bolovi u donjem dijelu abdomena, bolovi u nogama, mučnina i zaduha. Tijekom pregleda, bolesnik je bio bez tegoba osim bolova u nogama, a vitalni pokazatelji bili su uredni. Klinički pregled je otkrio blagu bolnost na palpaciju donjeg dijela trbuha, nepalpabilne periferne pulzacije, crnu stolicu s primjesama svježe krvi na digitorektalnom pregledu, te auskultacijski nečujne srčane tonove. Temeljem navedenog, odmah je učinjen ultrazvučni pregled. FAST (*engl.* Focused Abdominal Sonography for Trauma) pregled nije pokazao odstupanja, no zbog anamneze vizualizirana je i aorta koja je u razini umbilikusa bila proširena, uz vidljiv intimalni „flap“ u lumen koji je ukazivao na disekciju aorte. MSCT angiografija potvrdila je aneurizmatско proširenje s dvostrukim lumenom koje je zahvatilo cijeli trbušni dio aorte, uz prijeteću rupturu u distalnom dijelu. Bolesnik je hitno operiran te je učinjen aortobifundalni bypass. Poslijeoperacijski tijek bio je uredan, a naknadni gastroskopski pregled nije pokazao znakove svježeg krvarenja.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ističe važnost pažljivog pristupa u dijagnostici, kako bi se izbjegla pogrešna radna dijagnoza i nepotrebna obrada, osobito u slučaju potencijalno smrtonosnih stanja kao što je disekcija aorte. Hitna dijagnoza i pravovremeno operacijsko zbrinjavanje ključni su za uspješan ishod.

Ključne riječi: melena, ultrazvuk, aneurizma abdominalne aorte, disekcija aorte.

***Dopisni autor:**

Nikolina Borščak Tolić, dr.med.
Klinička bolnica „Sveti Duh“
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: nina.borscak@gmail.com

PLUĆA AUSKULTACIJSKI: PRETAKANJE

**Nikolina Borščak Tolić¹, Ivan Mlakar², Petra Jugovac¹, Petra Terzić¹, Hrvoje Vraneš¹, Marija Doronjga¹, Monika Ranogajec¹, Tomo Trstenjak¹, Josip Lipovac¹, Ivan Raguž¹*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Ministrastvo obrane Republike Hrvatske

Sažetak

Ileus označava mehanički poremećaj ili potpuni zastoj prolaska crijevnog sadržaja uslijed različitih patoloških stanja. Može se klasificirati na ileus tankog i debelog crijeva. Dijagnoza se postavlja klinički, potvrđuje radiološki, a liječenje najčešće uključuje kiruršku intervenciju.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 51 godinu bez ranijih bolesti javila se u hitnu medicinsku službu zbog povremenih, jakih, tupih bolova u području epigastrija koji su trajali tri dana. Bolovi su se širili prema donjim kvadrantima trbuha, bili neovisni o konzumaciji hrane, pogoršavali su se u ležećem položaju, trajali nekoliko sekundi i spontano su regredirali. Uz bolove, povremeno je imala mučninu, pečenje u grlu i štucavicu, i povraćala je u dva navrata želučani sadržaj bez primjesa krvi. Stolica je bila redovita, normalne konzistencije i boje, bez patoloških primjesa, uz uredan apetit.

Tijekom kliničkog pregleda abdomen je bio mekan, blago bolan na palpaciju u epigastriju, bez organomegalije i palpabilnih masa, a auskultacija je pokazala normalnu crijevnu peristaltiku. Međutim, prilikom auskultacije pluća, obostrano nad projekcijama baza čulo se pretakanje crijevnog sadržaja. Zbog sumnje na ileus, napravljen je nativni RTG trbuha koji je potvrdio dijagnozu ileusa tankog crijeva („visoki ileus“).

Započeta je nadoknada tekućina i postavljena je nazogastrična sonda, kojom je izvučeno oko 1000 ml crijevnog sadržaja. S obzirom na nejasan uzrok opstrukcije, učinjen je MSCT abdomena, koji je pokazao infiltrativni stenozirajući proces u aboralnom dijelu sigmoidnog kolona s posljedičnim ileusom debelog i tankog crijeva, te nekoliko hipovaskularnih lezija na jetri koje su bile suspektne na sekundarizme. Odmah se pristupilo operacijskom zahvatu: izvršena je kolotomija i dekompresija kolona, te operacija po Hartmannu. Poslijeoperacijski tijek protekao je uredno. Naknadno je pristigao patohistološki

nalaz koji je potvrdio dijagnozu adenokarcinoma kolona, a daljnjom obradom potvrđeni su sekundarni tumori u jetri i plućima.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja naglašava kako naizgled neimpresivni simptomi mogu ukazivati na ozbiljnu patologiju. Također, pokazuje koliko je važan temeljit i kvalitetan klinički pregled u postavljanju ispravne dijagnoze i pravovremenom liječenju.

Ključne riječi: bol u trbuhu, ileus, maligna bolest

*Dopisni autor:

Nikolina Borščak Tolić, dr.med.

Klinička bolnica “Sveti Duh”

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Sveti Duh 64, Zagreb

email: nina.borscak@gmail.com

SUBARAHNOIDALNO KRVARENJE U BOLESNIKA S BOLOVIMA U TRBUHU

**Tomo Trstenjak¹, Ozana Bujas Padovan¹, Marija Doronjga¹, Hrvoje Vraneš¹, Josip Lipovac¹, Monika Ranogajec¹, Petra Jugovac¹, Ivan Raguž¹, Petra, Hana Franić²*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Zavod za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije

Sažetak

Subarahnoidalno krvarenje (SAH) ozbiljno je neurološko stanje koje nastaje uslijed krvarenja u subarahnoidalni prostor, a najčešće je uzrokovano rupturom intrakranijske aneurizme. Klinički se očituje iznenadnom i intenzivnom glavoboljom, često uz mučninu, povraćanje, gubitak svijesti ili neurološke deficite. Iako tipični simptomi olakšavaju dijagnozu, SAH može biti asimptomatski ili se očitovati nespecifičnim simptomima, što komplicira dijagnostički postupak.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 78 godina pregledan je u hitnoj medicinskoj službi zbog bolova u trbuhu. Bolesnik je imao grčevite bolove difuzno u trbuhu uz povraćanje i proljev koji su trajali tri dana. Bio je febrilan, osjećao se slabo. Iz anamneze se doznaje da boluje od šećerne bolesti tipa 2 i arterijske hipertenzije. Tijekom pregleda, bolesnik je bio pri svijesti,

hipertenzivan, subfebrilan i dehidriran. Trbuh je bio distendiran i bolan na palpaciju u području desnog rebrenog luka, uz čujnu crijevnu peristaltiku. U laboratorijskim nalazima bila je prisutna leukocitoza i hiperglikemija. Nakon primjene tekućine, antihipertenzivne terapije, brzodjelujućeg inzulina i intravenskog paracetamola, bolesnik je smješten u opservaciju. Tijekom boravka, bolesnik je postao somnolentan. U neurološkom pregledu utvrđena je psihomotorna usporenost, otežano održavanje ekstremiteta u antigravitacijskom položaju i smanjena suradnja pri ispitivanju bulbomotorike i vidnog polja. Učinjen je MSCT mozga koji je pokazao subarahnoidalno krvarenje u lijevom temporoparijetalnom području, uz masivnu intraventrikularnu hemoragiju s uslojavanjem krvi u okcipitalnim rogovima. Bolesnik je zaprimljen na Kliniku za neurologiju, gdje je praćena postupna djelomična resorpcija hemoragičnog sadržaja. Provedena je fizikalna terapija, te je modificirana antidiabetička i antihipertenzivna terapija.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava važnost temeljite dijagnostičke obrade koja može otkriti potencijalno životno ugrožavajuća stanja, čak i kada nisu vezana uz primarni razlog dolaska bolesnika. Iako somnolencija, kao blagi oblik poremećaja svijesti, može biti očekivana kod bolesnika starije dobi s febrilitetom i dehidracijom, pravovremeno upućivanje neurologu omogućilo je brzo otkrivanje subarahnoidalnog krvarenja, koje je bilo ozbiljno i po život ugrožavajuće.

Ključne riječi: subarahnoidalno krvarenje, somnolencija, neurološki status, MSCT mozga, aneurizma.

***Dopisni autor:**

Tomo Trstenjak, dr.med.
Klinička bolnica "Sveti Duh"
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: tomotrstenjak1@gmail.com

PIOGENI APSCES JETRE: PRIKAZ SLUČAJA

**Josip Lipovac¹, Marija Doronjga¹, Ivan Raguz¹, Monika Ranogajec¹, Petra Terzić¹, Tomo Trstenjak¹, Hrvoje Vraneš¹, *Tomislav Crnčević¹*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Bol u abdomenu jedan je od najčešćih razloga zbog kojih bolesnici traže hitnu medicinsku pomoć. Piogeni apsces jetre, iako rijedak uzrok abdominalnih bolova, može biti potencijalno smrtonosan ako se ne prepozna i ne liječi pravovremeno. Klinička slika ovog stanja je nespecifična, što može dovesti do kašnjenja u dijagnosticiranju.

Prikaz slučaja: Četrdesetpetogodišnji bolesnik zaprimljen je u hitnu medicinsku službu zbog probadajuće boli u desnoj lumbalnoj regiji, koja je trajala posljednja tri tjedna. Bol je isprva bila povremena, ali je posljednjih nekoliko dana postala konstantna i intenzivnija. Osim toga, bolesnik je imao povišenu tjelesnu temperaturu do 37,8 °C, ali bez zimice i tresavice. Negirao je mučninu, povraćanje i dizurične tegobe.

Tijekom pregleda, abdomen je bio bolan na palpaciju, osobito u području desnog rebrenog luka i desne lumbalne regije. U laboratorijskim nalazima istaknuti su povišeni upalni pokazatelji: leukocitoza ($10,8 \times 10^9/L$), povišen C-reaktivni protein (158,6 mg/L) te povišene vrijednosti gama-glutamilttransferaze (112 IU/L). Ultrazvuk abdomena pokazao je anehogeni cistični nepravilni areal promjera 5,5 cm u desnom režnju jetre. MSCT abdomena potvrdio je prisutnost lobulirane kolekcije tekućine u VI. jetrenom segmentu dimenzija 4,8 x 4,6 cm, što je ukazivalo na mogući apsces jetre. Zbog sumnje na apsces jetre, bolesnik je hospitaliziran na Zavodu za gastroenterologiju i hepatologiju, gdje je daljnjom obradom isključen neoplastični proces.

Liječenje je započelo primjenom antibiotske terapije i perkutane drenaže apscesa. Iz uzorka apscesa izolirana je bakterija *Streptococcus constellatus*, osjetljiv na započetu antimikrobnu terapiju. Na primjenjene mjere liječenja postignuto je kliničko poboljšanje uz regresiju upalnih pokazatelja te je bolesnik otpušten kući.

Zaključak: Apsces jetre je rijetka bolest s nespecifičnom kliničkom slikom, zbog čega je rano otkrivanje moguće samo uz pomoć slikovnih metoda. Unatoč napretku u dijagnostici i liječenju, mortalitet od apscesa jetre i dalje iznosi oko 10%, što naglašava važnost rane dijagnoze i odgovarajućeg liječenja.

Ključne riječi: piogeni apsces jetre, *Streptococcus constellatus*, ultrazvuk, MSCT, drenaža.

***Dopisni autor:**

Josip Lipovac, dr.med.
Klinička bolnica "Sveti Duh"
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email:jlipovac1999@gmail.com

NEOBIČAN UZROK ZATAJIVANJA SRCA I NEPOSTOJANE VENTRIKULSKE TAHIKARDIJE U HITNOM PRIJEMU - OTPUŠTAMO LI PRETJERANO KUĆI BOLESNIKE SA ZATAJIVANJEM SRCA S HITNOG PRIJEMA?

Marija Doronjga¹, Petra Jugovac¹, Kristijan Brkić¹, Petra Terzić¹, Ivan Raguž¹, Tomo Trstenjak¹, Monika Ranogajec¹, Hrvoje Vraneš¹, Josip Lipovac¹, *Ozana Bujas Padovan¹

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam

Sažetak

Iako je ishemijska bolest srca najčešći uzrok zatajivanja srca i/ili ventrikulskih aritmija kod bolesnika koji se javljaju na hitni bolnički prijam, u rjeđim slučajevima uzrok mogu biti rijetke strukturne bolesti srca. Takve kliničke prezentacije mogu predstavljati prvu manifestaciju smrtonosnih bolesti srca.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 63 godine, u anamnezi s poznatom arterijskom hipertenzijom, javio se na hitni bolnički prijam zbog zaduhe koja je trajala posljednja dva dana. Bolesnik je bio na antihipertenzivnoj terapiji, kombinaciji felodipina i ramiprila (5 mg/5 mg). Tijekom pregleda, bio je hemodinamski stabilan, no tahikardan i dispnoičan u mirovanju. Šum disanja bio je obostrano bazalno tiši, dok je akcija srca bila tahiritmična bez šumova. Bolesnik je imao diskretne tjestaste otoke obostrano perimaleolarno. EKG zapis je pokazao

učestale paroksizme pravilne tahikardije širokog QRS kompleksa frekvencije 164/min, trajanja prosječno 15 sekundi. Iz laboratorijskih nalaza izdvaja se povišeni NT-proBNP (*engl.* N-terminal proBrain Natriuremic Peptide) (11051 ng/l), dok je elektrolitski status bio uredan. Bolesnik je početno liječen furosemidom, bolusom 300 mg intravenskog amiodarona, zatim kontinuiranom infuzijom amiodarona. Ehokardiografski je opisana globalna hipokinezija, proširenje svih srčanih klijetki i biventrikularna sistolička disfunkcija. Zbog povišene razine serumskog feritina (666 µg/L) bolesnik je upućen na daljnu obradu, postavljena je dijagnoza hemokromatoze koja je bila uzrok dilatacijske kardiomiopatije. Bolesniku je ugrađen implantabilni kardioverter defibrilator. Preporučeno mu je ambulantno hematološko i kardiološko praćenje.

Zaključak: U slučajevima zatajivanja srca nepoznatog uzroka, važno je tražiti moguće strukturne bolesti srca. Takva stanja zahtijevaju pažljivo praćenje i daljnu obradu kako bi se spriječile ozbiljne komplikacije. Također, pri otpuštanju bolesnika kući potrebno je osigurati ne samo zbrinjavanje neposrednih simptoma, već i iniciranje daljnje obrade te plan praćenja, osobito za bolesnike visokog rizika. Multidisciplinarnim pristupom, liječnici hitne medicine mogu značajno poboljšati ishode bolesnika, smanjiti rizik od komplikacija i spriječiti potencijalne smrti povezane s neprepoznomat ili neliječenom strukturnom bolesti srca.

Ključne riječi: zatajivanje srca, hemokromatoza, dilatacijska kardiomiopatija, NT-proBNP,

***Dopisni autor:**

Marija Doronjga, dr.med.
Klinička bolnica "Sveti Duh"
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email:mdoronjga@gmail.com

OPSESIVNO GUTANJE KOSE

*Ana Aberlić¹, Mihaela Jurić¹, Željka Gregurinčić¹

¹Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice, Objedinjeni hitni bolnički prijam

Sažetak

Pri dolasku bolesnika u Odjel hitne medicinske pomoći (OHBP), medicinska sestra/tehničar (MS/MT) provodi trijažu, uzima anamnezu i mjeri vitalne pokazatelje. Na temelju tih podataka određuje se trijažna kategorija (TK). Zadaci MS/MT uključuju brzu ABCDE procjenu (procjena stanja svijesti, disanja, cirkulacije, disfunkcije organa i okoline), postavljanje intravenske kanile te uzimanje krvi za laboratorijske pretrage. Osim toga, uloga MS/MT je pratiti bolesnika zbog mogućeg razvoja psihofizičkog nemira povezanog s osnovnom bolešću. Ciljevi zbrinjavanja bolesnika s trihofagijom usmjereni su na smanjenje kompulzivnog ponašanja, identifikaciju emocionalne nelagode i prevenciju komplikacija.

Trihofagija, žvakanje i gutanje vlastite kose, vrlo je rijedak poremećaj, koji se najčešće javlja kod psihijatrijskih bolesnika. Osobe s ovim poremećajem svjesno gutaju vlastitu kosu, često negirajući taj čin. Trihofagija može izazvati ozbiljnu disfunkciju u životu pojedinca, jer takvi bolesnici često osjećaju bezvrijednost, povlače se iz socijalne okoline te pate od manjka samopouzdanja. S vremenom, ti bolesnici mogu razviti mučninu, nadutost, povraćanje, manjak apetita i druge gastrointestinalne tegobe. Poremećaj je povezan s formiranjem trihobezoara, nakupina kose u želucu i crijevima, što može uzrokovati ozbiljne probavne smetnje, pa čak i opstrukciju crijeva. U bolesnika s trihofagijom preporučuje se psihijatrijsko liječenje kako bi se spriječilo daljnje opsesivno jedenje kose. Važno je uključiti obitelj i bližnje u psihološku podršku kako bi se ubrzao oporavak bolesnika. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u zbrinjavanju navedenih bolesnika, pružajući i medicinsku i psihološku podršku. Njihova odgovornost obuhvaća prepoznavanje problema, edukaciju bolesnika i obitelji, praćenje zdravstvenog stanja bolesnika i suradnju s ostalim članovima medicinskog tima. Kroz sve ove aktivnosti, medicinske sestre mogu pomoći bolesnicima u prevenciji daljnjih komplikacija povezano s trihofagijom.

Zaključak: Trihofagija može biti potvrđena pretragama poput radioloških, ultrazvučnih i

MSCT pregleda. U nekim slučajevima može doći do opstrukcije crijeva zbog nakupljanja kose u želucu i crijevima, što zahtijeva kirurški zahvat za uklanjanje trihobezoara. Zbrinjavanje bolesnika s trihofagijom zahtijeva multidisciplinarni pristup, koji uključuje skrb kroz sve razine zdravstvene zaštite. Ovaj pristup ključan je za prevenciju mogućih komplikacija vezanih uz osnovnu bolest, čime se osigurava bolja kvaliteta života bolesnika i sprječavanje ozbiljnijih zdravstvenih problema.

Ključne riječi: Trihofagija, opsesivno gutanje kose, trihobezoar, psihijatrijski poremećaj.

*Dopisni autor:

Ana Aberlić, med.techn.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Objedinjeni hitni bolnički prijam

Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb

e-mail: anaaberlic@gmail.com

NEUROLOŠKI SIMPTOMI VENTRIKULSKE TAHIKARDIJE: PRIKAZ SLUČAJA

*Iva Ravlić¹, Mario Barukčić¹, Luka Ravlić²

¹Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije

²Medicinski fakultet Zagreb

Sažetak

Cilj ovo sažetka je prikazati slučaj bolesnika s ventrikulskom tahikardijom koja se očitovala kroz neurološke simptome, naglašavajući važnost pravovremenog prepoznavanja srčanih aritmija u takvim slučajevima.

Prikaz slučaja: Obitelj 60-godišnjeg bolesnika pozvala je izvanbolničku hitnu medicinsku službu zbog neobičnog ponašanja bolesnika. Primijećeno je da je bolesnik iznenada postao dezorijentiran te nije mogao obavljati radne zadatke. Po povratku kući obitelj je primijetila udubljenja na automobilu, koja nisu bila prisutna kada je odlazio na posao.

Prilikom pregleda, bolesnik je bio dezorijentiran, u ležećem položaju i žalio se na trnce u lijevoj ruci. Negirao je konzumaciju alkohola i narkotika. Saturacija kisika bila je snižena (80%), dok su ostali vitalni pokazatelji bili uredni. Neurološkim pregledom utvrđena je intermitentna motorička slabost lijeve ruke koja je trajala 30 sekundi, uz nemogućnost vertikalizacije, dok je govor bio

uredan. U EKG-u nisu bile uočene patološke promjene. Tijekom transporta u bolnicu, zabilježena je ventrikulska tahikardija frekvencije 120/min, koja je trajala 10 sekundi, a zatim se spontano konvertirala u sinusni ritam, da bi nakon minute ponovno prešla u ventrikulsku tahikardiju. Bolesnik je bio pri svijesti tijekom transporta. Terapija je uključivala 300 mg amiodarona u 250 mL 5% glukoze. Bolesnik je upućen u opću bolnicu na daljnju obradu.

Zaključak: Ovaj slučaj ističe važnost temeljite kardiološke obrade u bolesnika s neurološkim simptomima, jer ventrikulska tahikardija može izazvati neurološke manifestacije. Pravovremeno prepoznavanje i liječenje srčanih aritmija ključni su za sprječavanje ozbiljnih komplikacija i osiguranje povoljnog ishoda.

Ključne riječi: ventrikulska tahikardija, smetnost, aritmije

***Dopisni autor:**

Iva Ravlić, dr.med.

Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije

Borovska 7, Slavonski Brod

email: iva.ravlic00@gmail.com

ZDRAVSTVENA SKRB ZA OSOBU SA STATUSOM EPILEPTICUSOM USLIJED SAMOMEDIKACIJE INZULINOM

David Mlakić¹, Valentina Benjak¹, Nikolina Živčić¹

¹Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Cilj ovog rada je prikazati slučaj mlade djevojke (26 godina), koja je više puta dolazila u hitnu službu zbog različitih zdravstvenih problema. Korišteni materijali za prikaz slučaja uključivali su povijest bolesti, anamnezu i heteroanamnezu bolesnice, kao i laboratorijske i radiološke nalaze.

Prikaz slučaja: Iz povijesti bolesti se saznaje da je bolesnica dugogodišnji psihijatrijski bolesnik, s tendencijama samoozljeđivanja još u pubertetu. U hitnu službu dolazi s neprekinutim konvulzijama (*lat.* statusu epilepticus) koje nisu reagirale na

standardno liječenje. Bolesnica je također bila hospitalizirana više puta na odjelu endokrinologije zbog ponovljenih hipoglikemija, čiji uzrok nije bio jasno utvrđen. Slijede hospitalizacije na neurologiji, a kasnije i na psihijatriji.

Iako je bolesnica prema nalazu EEG-a imala definirane žarišne točke u prefrontalnom neokorteksu, nakon više hospitalizacija se saznaje kako uz dijagnozu epilepsije i suicidalnih tendencija iz mladosti, sama primjenjuje inzulin subkutano koji u više navrata uzima sa radilišta, iskorištavajući svoje znanje iz područja medicine kako bi spustila razinu glukoze dovoljno nisko da bi isprovocirala simptome koji ju dovode do hitne službe te posljedično hospitalizacije.

Zaključak: Slučaj ukazuje na kompleksnu kliničku sliku bolesnice s psihijatrijskim poremećajima, suicidalnim tendencijama i samoozljeđivanjem, dodatno kompliciranu neurološkim simptomima i hipoglikemijama. Ovaj slučaj naglašava važnost multidisciplinarnog pristupa i ranu identifikaciju psiholoških čibenika u liječenju.

Ključne riječi: hipoglikemija, konvulzije

***Dopisni autor:**

David Mlakić, med.techn.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb

e-mail: david-mlakic@hotmail.com

IZAZOVI DIJAGNOSTIKE RUPTURE ANEURIZME DESCENDENTNE AORTE

*Hrvoje Vraneš¹, Josip Lipovac¹, Ivan Raguž¹, Monika Ranogajec¹, Petra Terzić¹, Tomo Trstenjak¹, Marija Doronjga¹, Helen Marie Chiddenton²

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Sažetak

Cilj ovoga rada je prikazati dijagnostičke izazove i važnost kliničkog razmišljanja izvan uobičajenih okvira u slučaju bolesnice koja je na hitni prijem došla sa simptomima sličnim urinarnoj infekciji, a dijagnosticirana je ruptura aneurizme aorte.

Prikaz slučaja: Bolesnica, 76 godina, zaprimljena je u hitni bolnički prijam zbog bolova u desnom lumbalnom području, mučnine, povraćanja i febriliteta. U anamnezi su bile prisutne recidivirajuće uroinfekcije, eritrociturija, arterijska hipertenzija, ranija dijagnoza karcinoma mokraćnog mjehura, operacija aneurizme ascendentne aorte (2016.), te cista desnog jajnika. Pri prijemu, bolesnica je imala tahikardiju, arterijsku hipotenziju (90/60 mmHg), bljedilo kože, febrilitet i pozitivnu lumbalnu sukusiju. Unatoč inicijalnim sumnjama na uroinfekciju, sa značajnom bakteriurijom i leukociturijom, zbog bolova jačeg intenziteta u suprapubičnoj i periumbilikalnoj regiji provedena je daljnja dijagnostika. Zbog ultrazvučne sumnje na dijagnozu rupture aneurizme descendentne aorte, bolesnica je upućena na MSCT angiografiju, kojom je dijagnoza potvrđena. Uz konzultaciju vaskularnog kirurga premještena je u vaskularno-kirurški centar. Pravovremenom reevaluacijom i suradnjom multidisciplinarnog tima, uzimajući u obzir povijest recidivirajućih urinarnih infekcija, prepoznata je ruptura aneurizme aorte, što je bilo ključno za preživljavanje bolesnice.

Zaključak: U bolesnika sa simptomima poput lumbalne boli i hipotenzije, potrebno je razmotriti rijetke, ali životno ugrožavajuće dijagnoze, kao što je ruptura aneurizme aorte. U ovom slučaju, temeljita anamneza, detaljan klinički pregled i suradnja različitih specijalista omogućili su brzo postavljanje dijagnoze i spašavanje života.

Ključne riječi: aneurizma aorte, hitna medicina, rupturirana aneurizma, lumbalna bol

***Dopisni autor:**

Hrvoje Vraneš, dr.med.

Klinička bolnica "Sveti Duh"

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Sveti Duh 64, Zagreb

email: hrvoje.vranes@gmail.com

RIJEDAK SLUČAJ ASPIRACIJE STRANOG TIJELA TIJEKOM PREPARACIJE ZUBA USLIJED ODVAJANJA DIJELA STOMATOLOŠKE OPREME

**Katarina Prša¹, Veronika Poljak¹, Sonja Badovinac²*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

²Odjel za bronhoskopiju i interventnu bronhoskopiju, Klinički bolnički centar Zagreb

Sažetak

Aspiracija stranog tijela je potencijalno po život opasno stanje koje zahtjeva promptnu medicinsku intervenciju. Aspiracija stranih tijela u odraslih predstavlja 25% slučajeva aspiracije, a najčešći aspirirani sadržaj su hrana i dentalni fragmenti. Iatrogena podgrupa, posebice dijelovi stomatoloških instrumenata zauzimaju tek neznatan postotak u učestalosti aspiriranih stranih tijela. Bolesnici se akutno mogu prezentirati naglo nastalim kašljem, stridorom, dispnejom, a neprepoznate aspiracije mogu uzrokovati opstruktivske pneumonije, dispneju te hemoptize. Bronhoskopija je i dalje zlatni standard u dijagnostici i zbrinjavanju aspiriranog stranog tijela.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 77 godina upućen je u objedinjeni hitni bolnički prijam zbog sumnje na aspiraciju stomatološkog svrdla koje je odvojeno od ostatka stomatološke opreme tijekom preparacije zuba. Kod prijema, bolesnik je bio respiracijski stabilan, bez bolova u prsima ili otežanog disanja, no imao je povremeni podražajni kašalj. U dišnom statusu su se isticali zvižduci lijevo bazalno. Nakon inicijalno učinjenog radiograma grudnih organa gdje je uočena metalna sjena s mogućim smještajem unutar hijatalne hernije, postavljena je sumnja na ingestiju stranog tijela što je isključeno ezofagogastroduodenoskopijom. Potom je kompjutoriziranom tomografijom (MSCT) toraksa strano tijelo locirano unutar lumena lobarnog bronha za donji lijevi režanj te je indicirana terapijska fleksibilna fiberbronhoskopija u lokalnoj anesteziji. Bronhoskopski je prikazano metalno strano tijelo u bronhu za lijevi donji režanj koje je uspješno ekstrahirano štakorskim kliještima. Po učinjenoj intervenciji bolesnik je otpušten kući uz peroralnu antibiotsku terapiju cepodoksimumom radi prevencije infekcije.

Zaključak: Iako aspiracija stranih tijela u odraslih nije česta, ona predstavlja ozbiljno i potencijalno životno ugrožavajuće stanje koje zahtijeva hitnu medicinsku intervenciju. Aspiracija stomatološkog pribora rijetko se javlja, no ovaj slučaj naglašava važnost svjesnosti o rizicima, čak i tijekom rutinskih postupaka. Multidisciplinarni pristup s pravovremenom dijagnostikom (radiološke pretrage, bronhoskopija) ključan je za pozitivan ishod uz nužno iskustvo kod terapijske bronhoskopije i ekstrakcije stranog tijela čime se izbjegavaju komplikacije i postiže brzi oporavak bolesnika.

Ključne riječi: strano tijelo, bronhoskopija

***Dopisni autor:**

Katarina Prša
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Šalata 2, 10000 Zagreb
email: katarina.prsa7@gmail.com

ATIPičNO INTRACEREBRALNO KRVARENJE

**Josipa Leho¹, Petra Mrković²*

¹Opća bolnica Šibensko-kninske županije, Šibenik

²Zavod za hitnu medicinu Ličko-senjske županije

Sažetak

Bolesnik rođen 1955. godine, došao je na Hitni objedinjeni bolnički prijam u Opću bolnicu Šibensko-kninske županije s kliničkom slikom naglo nastale konfuzije i ljevostrane slabosti. Napravljenom dijagnostičkom obradom na hitnom prijemu utvrđeno je atipično intracerebralno krvarenje. Hitno je zaprimljen na odjel neurologije u OB Šibensko-kninske županije gdje je učinjenom MSCT angiografijom krvnih žila glave i vrata postavljena sumnja na duralnu arteriovensku fistulu kao uzrok krvarenja. Zbog sumnje na duralnu arteriovensku fistulu upućen je na daljnje bolničko liječenje na Kliniku za neurologiju KBC Zagreb.

***Dopisni autor:**

Josipa Leho, dr.med.
Opća bolnica Šibensko-kninske županije
Stjepana Radića 83. Šibenik, Hrvatska
email:jospaleho99@gmail.com

IGRA IMITACIJE – MALIGNI TUMOR NEPOZNATOG PRIMARNOG SIJELA PRERUŠEN U KRONIČNI OSTEOMIJELITIS SKOČNOG ZGLOBA

Monika Ranogajec¹, Mihaela Leš-Golub¹, Marija Doronjga¹, Josip Lipovac¹, Ivan Raguž¹, Petra Terzić¹, Tomo Trstenjak¹, Hrvoje Vraneš¹

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Neoplazme kostiju dijele se na primarne i sekundarne, ovisno o izvoru tumora. Sekundarni tumori kostiju, odnosno metastaze, najčešće zahvaćaju kralježnicu, zdjelicu, rebra i lubanju, uzrokujući simptome poput noćne boli, fraktura i kompresije kralježnične moždine. U ovom prikazu slučaja želimo prikazati bolesnika s rijetkom manifestacijom neoplastične bolesti, koja se očitovala kliničkom slikom kroničnog osteomijelitisa skočnog zgloba.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 64 godine javio se u objedinjeni hitni bolnički prijam zbog oticanja i boli lijevog skočnog zgloba koja traje već dva mjeseca. U kolovozu 2024. godine bolesnik je već bio pregledan u ambulanti zbog istih tegoba, kada je isključena duboka venska tromboza (DVT), a liječen je višestrukom antibiotskom terapijom bez vidljivog učinka. U posljednjih pet dana bolesnik ima produktivni kašalj s iskašljavanjem prozirnog iskašljaja. Oslabljenog je apetita, te je izgubio 10 kg tjelesne mase unazad 3 tjedna. Od dosadašnjih bolesti izdvajaju se tuberozna skleroza i epilepsija. Vitalno je urednih parametara, a na pregledu dominira oteklina i bol lijeve noge. U laboratorijskim nalazima ističu se povišeni neutrofili uz snižene limfocite, normocitna anemija, povišeni trombociti, hiponatrijemija, povišen CRP i prokalcitonin. Uslijed novonastalog kašlja ordiniran je RTG srca i pluća na kojem se vizualizira desno perihilarno nodozna sjena promjera oko 1,3 cm i periferno u donjem režnju promjena veličine 0,7 cm otvorene etiologije. MSCT lijeve potkoljenice prikaže cirkumferentno zadebljanje mekih tkiva lobuliranog tipa, kraniokaudalno duljine 25 cm, dominantno oko tibije. Nadalje, vidljiva je osteoliza distalne tibije, te u kontinuitetu dvije frakture bez bitnijeg pomaka, koje mogu označavati i fistulozni kanal. Daljnjom obradom izvršena je punkcija lijevog skočnog zgloba

na kojoj se prikažu maligne stanice, histiociti i pokoja multinuklearna orijaška stanica, a imunohistokemijska analiza potvrđuje dijagnozu malignog mezenhimalnog tumora.

Zaključak: Pri susretu s na antibiotsku terapiju rezistentnim osteomijelitisom potrebno je razmišljati o široj diferencijalno-dijagnostičkoj obradi, posebice u smjeru primarnog ili sekundarnog neoplastičnog procesa koji mogu imitirati simptome osteomijelitisa. U slučaju našeg bolesnika, daljnom obradom esencijalno je isključiti metastatsku bolest skočnog zgloba uzrokovanu karcinomom pluća.

Ključne riječi: osteomijelitis, maligni mezenhimalni tumor, metastatska bolest

***Dopisni autor:**

Monika Ranogajec. dr.med.
Klinička bolnica "Sveti Duh"
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: monikaranogajec@hotmail.com

ODINOFAGIJA KAO PRVI SIMPTOM METASTATSKOG PLANOCELULARNOG KARCINOMA OROFARINKSA

*Pia Kosanović¹, Dora Fraciska Tuđman Šuk¹,
Marta Živković Njavro²

¹Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

²Dom zdravlja Krašić

Sažetak

Orofaringealni planocelularni karcinom najčešći je karcinom orofarinksa i odnosi se na korijen i stražnju trećinu jezika, tonzile, meko nepce te stražnju i bočnu stijenku ždrijela. Učestalost je u porastu i kod mlade i kod starije populacije. Mogu se razlikovati dva tipa: povezani s infekcijom humanog papiloma virusa (HPV) i oni koji nisu povezani s infekcijom, uglavnom zbog upotrebe duhana i alkohola koji su glavni rizični čimbenici. Orofaringealni karcinom može zahvatiti okolna tkiva te razlikujemo limfogenu i hematogenu diseminaciju. Glavni simptomi su odinofagija, bol u grlu i disfagija. Liječenje se izvodi kirurški, radioterapijom, kemoterapijom ili multimodalno kod uznapredovalog stadija.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 52- godine javio se liječniku primarne zdravstvene zaštite

s odinofagijom na desnoj strani grla prisutnom zadnja dva tjedna. Bolesnik je pušač i redovito konzumira alkohol. Uočena je mala lezija s desne strane na tonzili i mekom nepcu. Bolesnik je upućen u bolnicu na daljnju obradu. Otorinolaringološki pregled pokazao je ulceriranu ekspanzivnu leziju na desnoj strani tozile, mekog nepca i palatalnog luka s površinskom infiltracijom u tonzilolingvalne brazde. Ultrazvukom i MSCT-om na desnoj strani vrata utvrđen je mobilni limfni čvor promjera 2 cm. Biopsija je potvrdila orofaringealni planocelularni karcinom s metastazama na desnoj strani vrata. Bolesnik je liječen kirurškom ekscizijom intraoralne lezije i disekcijom vrata te je trenutno podvrgnut adjuvantnoj radioterapiji.

Zaključak: S obzirom na porast učestalosti orofaringealnog planocelularnog karcinoma u svim dobnim skupinama, važno ga je uključiti u diferencijalnu dijagnozu upale grla, odinofagije i disfagije. Budući da su to uobičajeni simptomi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, potrebno ih je pravilno procijeniti i evaluirati kod osoba s rizikom od HPV infekcija i onih koji prekomjerno konzumiraju alkohol i duhan.

Ključne riječi: odinofagija, neoplazma

***Dospisni autor:**

Pia Kosanović
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
10000 Zagreb
email: pia.kosanovic1@gmail.com

AKUTNA OPSTRUKCIJA DIŠNOG PUTA USLIJED SINDROMA GORNJE ŠUPLJE VENE UZROKOVANE KARCINOMOM PLUĆA

**Mario Barukčić¹, Iva Ravlić¹*

¹Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije

Sažetak

Poziv prema HMP zbog otežanog disanja i gutanja unazad 3-4 dana uz progresiju. Po dolasku tima HMP, bolesnik blaže tahipnoičan, urednih vrijednosti saturacije, bez objektivnih znakova otežanog disanja. Auskultacijski prisutan oslabljen disajni šum uz bronhospazam. Pregledom ždrijela nalaze se uvećane tonzile uz prisutan promukli glas. Pristupi se

transportu bolesnika na daljnju bolničku skrb, te se ordinira inhalacijska terapija salbutamol/ipratropij bromid. Dolazi do pogoršanja u vidu; tahidispnoičnosti s frekvencijom disanja 40/min uz progresivni pad saturacije. Ponovnim pregledom ždrijela vidljiv edem mekog tkiva ždrijela uz potpunu opstrukciju dišnog puta. Ordinira se adrenalin 0.5 mg intramuskularno, nakon čega dolazi do povlačenja edema. Bolesnika se sedira i endotrahealno intubira. CT pokazuje progresiju tumora sa zahvaćenosti vena cava filtera i nervusa laryngeusa recurrensa, s obostranom kompresivnom atelektazom plućnog parenhima. Bolesnika se hospitalizira na jedinicu intenzivnog liječenja radi mehaničke respiratorne potpore. Uzevši u obzir dostupna istraživanja, može se zaključiti kako su respiratorne tegobe u vidu dispneje i kašlja relativno česte, dok stridor i promuklost čine rijetke komplikacije s incidencijom manjom od 20 %. Činjenica da je naš bolesnik imao potpunu opstrukciju dišnog puta ukazuje da se radi o rijetkoj komplikaciji sindroma gornje šuplje vene. Pregledom dostupne literature, ne pronalazimo sličnih prikaza slučaja za komparaciju.

Zaključak: Slučaj prikazuje rijetku komplikaciju sindroma gornje šuplje vene s potpunom opstrukcijom dišnog puta zbog tumorske kompresije. Brza dijagnoza i intervencija osigurale su povlačenje simptoma i stabilizaciju bolesnika, ističući važnost hitnog zbrinjavanja i multidisciplinarnog pristupa.

Ključne riječi: sindrom gornje šuplje vene, opstrukcija dišnog puta, stridor, tumorska kompresija

***Dopisni autor:**

Mario Barukčić, dr.med.
Zavod za hitnu medicinu
Brodsko-posavske županije
Borovska 7, Slavonski Brod
email: mario.barukcic3@gmail.com

„KRATKI SPOJ “ U SRČANOM RITMU - KOMPLETNI AV BLOK

**Valentina Bunjevac¹, Marko Antić¹*

¹Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Atrioventrikularni (AV) blok je potpuni ili djelomični prekid provođenja srčanog impulsa iz atrijske u ventrikul. Postoje različiti uzorci nastanka AV bloka, a neki od njih su idiopatska fibroza i skleroza, ishemijska bolest srca, lijekovi (beta- blokatori, blokatori kalcijevih kanala, digoksin, amiodaron), kongenitalna bolest srca te ostali. Postavljanje dijagnoze AV bloka radimo uz pomoć uzimanja anamneze i snimanjem elektrokardiograma (EKG). Blok I. i II. stupnja su djelomični blokovi, dok blok III. stupnja nazivamo i kompletni AV blok. U tim blokovima ne postoji odnos električne komunikacije između atrijske i ventrikule, odnosno između P- valova i QRS kompleksa. Mogući simptomi AV bloka III. stupnja su sinkopa, omaglica, intolerancija napora i/ili zataživanje srca.

Prikaz slučaja: U hitnu službu HMP-om dolazi K.Z. (muško) 1938. godište, onkološki bolesnik, koji dolazi od doma zbog preznojavanja, bolova i stezanja u prsima, praćeno gubitkom svijesti, otežanim disanjem i hroptanjem. U OHBP dolazi kao najava epileptičnog napada koji traje unatrag 1h. Učinjenom početnom obradom i snimanjem EKG-a otkriva se blok III. stupnja uz asistolijske od 10 do 25 sekundi te se bolesnik ubrzanom internističkom i kardiološkom obradom, odvodi na postavljanje privremenog elektrostimulatora (ES).

Zaključak: Kao i kod prikaza slučaja, dijagnosticiranje AV blokova najbrže se utvrđuje snimanjem EKG-a te daljnjom hitnom obradom uz uzimanje detaljnije anamneze bolesnika. Uloga medicinske sestre u hitnoj službi je pravovremena procjena rizičnog stanja bolesnika, ali i interpretiranje EKG-a te obavješćivanje liječnika o istome. Stoga je bitna konstantna edukacija medicinskih sestara o mogućim srčanim poremećajima, ali i o pripremi bolesnika za daljnju obradu i moguće intervencije.

Ključne riječi: kompletni AV blok, EKG, medicinska sestra

***Dopisni autor:**

Valentina Bunjevac, dr.med.
Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb
e-mail: valentina.bunjevac2@gmail.com

RUPTURA ANEURIZME ABDOMINALNE AORTE PREZENTIRANA KAO BOL U TESTISIMA

**Petra Terzić¹, Anika Stepić¹, Josip Lipovac¹, Ivan Raguz¹, Monika Ranogajec¹, Tomo Trstenjak¹, Hrvoje Vraneš¹, Marija Doronjga¹, Adrijan Tiku², Petra Jugovac¹, Karlo Tkalec³*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Opća bolnica Dr. Ivo Pedišić - Sisak

³Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije

Sažetak

Aneurizma abdominalne aorte (AAA) patološko je proširenje nastalo kao posljedica slabljenja stijenke krvne žile. Rizični faktori povezani uz razvoj aneurizmi aorte su starija dob, muški spol te dugogodišnje pušenje. Većina bolesnika s AAA nema nikakve simptome dok aneurizma nije blizu rupture, a tada se uglavnom javlja naglo nastala bol u donjem dijelu leđa ili trbuhu, bol u nozi ili preponi te osjećaj pulsiranja u trbuhu.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi 70 godina javio se na OHBP zbog boli u donjem hemiabdomenu i testisima unatrag 2 dana. Bol se pojavljivala intermitentno te bi spontano prolazila nakon promjene položaja. Po dolasku u OHBP bol je jačine 10/10 na VAS skali, najizraženija u testisima i ne prolazi prilikom promjene položaja. Bolesnik također unatrag nekoliko dana slabije mokri, zadnju stolicu je imao prije 4 dana te je napipao kvržicu na testisu u otprilike isto vrijeme kada je počela bol. Urednih je vitalnih parametara, blijede kože i tahipnoičan. Prilikom pregleda trbuh je mekan, bolan na palpaciju u donjem lijevom kvadrantu, a lumbalna sukusija je pozitivna lijevo. U laboratorijskim nalazima se ističu Hb 101 g/L te povišeni upalni parametri. Učinjen je RTG abdomena na kojem nema znakova ileusa ni pneumoperitoneuma. Odlučio se učiniti MSCT angiografija koja dokaže aneurizmu abdominalne aorte kaudalno od polazišta renalnih arterija veličine do 11,5 cm koja se prati do iznad

bifurkacije uz muralni tromb širine 2,9 cm. Na srednjoj trećini aneurizmatске vreće prati se ekstraluminacija kontrastnog sredstva uz opsežni hematoma u stražnjem pararenalnom prostoru. Bolesnik je hitno operiran, primio transfuziju krvi te kasnije prebačen u JIL.

Zaključak: Ruptura aneurizme abdominalne aorte životno je ugrožavajuće stanje koje zahtjeva brzu dijagnostiku i kirurško liječenje. Nespecifična prezentacija kao u prikazanom slučaju može otežati postavljanje dijagnoze. Cilj nam je naglasiti važnost temeljitog pregleda bolesnika i pravovremene slikovne dijagnostike kako bi se što ranije postavila dijagnoza.

Ključne riječi:

ruptura aneurizme, abdominalna aorta, bol u testisima, slikovna dijagnostika

***Dopisni autor:**

Petra Terzić, dr.med.
Klinička bolnica „Sveti Duh“
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: petra.terzic206@gmail.com

KADA FEBRILITET POSTANE POŽELJAN: PRIKAZ SLUČAJA

**Ivan Raguz¹, Darinka Tunjić Pejak¹, Ivana Srzić¹, Ines Leonhardt¹, Marija Doronjga¹, Monika Ranogajec¹, Petra Terzić¹, Josip Lipovac¹, Tomo Trstenjak¹, Hrvoje Vraneš¹*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Disekcija aorte je hitno stanje visokog mortaliteta obilježena raslojavanjem stijenke aorte i posljedičnim stvaranjem lažnog lumena. Simptomatologiju najčešće čini intenzivna, oštra bol u prsima, između lopatica ili u trbuhu uz mučninu i slabost. Česti uzroci proširenja aorte su arterijska hipertenzija, ateroskleroza, infekcije, trauma te stečene i nasljedne bolesti vezivnog tkiva. Po vremenu nastanka razlikujemo akutnu i kroničnu disekciju aorte. Stanford sustav klasificira disekciju aorte obzirom na zahvaćenost ascendentne aorte na tip A (uključuje ascendentnu aortu), i tip B (bez zahvaćanja ascendentne aorte). Kod disekcije tipa A preferira se kirurško liječenje, a kod tipa B medikamentozno.

Prikaz slučaja: Bolesnik star 41 godinu dolazi samostalno u hitni prijem zbog prehlade praćene povišenom temperaturom i glavoboljom koji traju unazad 5 dana. Fizikalni status je bio uredan, osim holosistolickog šuma nad prekordijem, koji nije poznat od ranije. Iz laboratorijskih nalaza se izdvaja: ↑Leu (10,2), ↓Er (4,19), ↓Hgb (127), ↓Hct (0,392), ↑fibrinogen (4,4), ↑D-dimeri (2155), ↑CRP (73,4), ↑hsTnI (577). Hitni rtg srca i pluća ukaže na blago uvećanu sjenu srca lijeve konture. UZV pregledom srca konstatira se uvećanje oba atrija, korijena i ascendentne aorte, aortna insuficijencija teškog stupnja, te blaga insuficijencija mitralnog i trikuspidalnog ušća. Učini se hitna MSCT aortografija kojom se dijagnosticira disekcija ascendentne aorte, po tipu Stanford A. Nakon konzultacije s kardijalnim kirurgom bolesnik se premješta na Kliniku za kardijalnu kirurgiju zbog hitnog operacijskog zahvata.

Zaključak: Prikazom ovog slučaja prvenstveno nam je bila namjera prikazati jedan od načina prezentacije bolesnika s disekcijom aorte u hitnoj službi te naglasiti važnost detaljnog uzimanja anamneze i fizikalnog pregleda u hitnoj službi.

Ključne riječi: disekcija aorte, Stanford A, aortna insuficijencija, febrilitet

***Dopisni autor:**

Ivan Raguž, dr.med.
Klinička bolnica "Sveti Duh"
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: ivan.raguz13@gmail.com

tolerancije, ovisnosti i nuspojava, što zahtijeva pažljivo praćenje bolesnika.

Prikaz slučaja: Muškarac star 29 godina javio se u ambulantu HMP-a s palpitacijama, vrtoglavicom i općom slabošću. Priznao je da je uzeo devet tableta kombinacije tramadola i paracetamola (37,5 mg i 325 mg po tableti) kako bi "osjetio olakšanje". Bolesnik je prethodno pet puta dolazio u našu ambulantu zbog bolova u udovima uzrokovanih reumatoidnim artritisom između 2020. i 2023. godine. U početku je za ublažavanje boli koristio kombinaciju deksametazona i ketoprofena, no s vremenom je prešao na opioidnu analgeziju, koja je uspješno smanjila intenzitet boli. U našoj medicinskoj dokumentaciji bolesnik se uglavnom prijavljivao s bolovima u udovima koji nisu popuštali. Od vitalnih znakova prilikom fizičkog pregleda bolesnika istaknuti su puls od 120 otkucaja u minuti i krvni tlak od 164/100 mmHg. Na EKG-u je zabilježena sinusna tahikardija. Bolesnik je simptomatski liječen te je dobio 5 mg bisoprolola, 6,5 mg tietilperazina i 1500 mL infuzijske tekućine. Tlak se spustio na 155/95 mmHg, a puls na 90 otkucaja u minuti. U laboratorijskim nalazima nisu zabilježene abnormalnosti. Bolesnik se subjektivno osjećao bolje te je otpušten u stabilnom stanju.

Zaključak: Ovaj slučaj ističe potencijalne rizike prekomjerne uporabe opioida kod bolesnika s kroničnim bolnim stanjima te naglašava važnost praćenja i primjene alternativnih strategija za upravljanje boli kako bi se spriječila ovisnost ili nuspojave.

Ključne riječi: opioidni analgetici, kronična bol, ovisnost

***Dopisni autor:**

Luka Minarik, dr.med.
Zavod za hitnu medicinu Zagrebačke županije
Radićev Odv. 58, Velika Gorica, Hrvatska
email: luka.minarik@gmail.com

OPIOIDNA ANALGETSKA TERAPIJA KAO UVOD U OVISNOST: PRIKAZ SLUČAJA IZ IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SKRBI

**Luka Minarik¹, Vlatka Vitez Sever¹*

¹ Zavod za hitnu medicinu Zagrebačke županije

Sažetak

Opioidni analgetici ključni su u liječenju umjerene do jake boli, osobito kod kroničnih i malignih stanja. Njihova učinkovitost temelji se na sposobnosti vezanja za opioidne receptore, čime moduliraju percepciju boli. Međutim, dugotrajna uporaba nosi rizike poput razvoja

NOVOTVORINA PLUĆA KAO UZROK DISFAGIJE

**Iva Kapetanović¹, Marinka Otočan^{1,2}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu.

Sažetak

Cilj ovog prikaza slučaja je ukazati na značaj prepoznavanja plućnih infiltrata kao uzroka nespecifičnih gastrointestinalnih tegoba.

Prikaz slučaja: Šezdesetosmogodišnji bolesnik zaprimljen je u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) zbog bolova u epigastriju, mučnine i povraćanja. Anamnestički se doznalo kako zadnjih godinu dana, s pogoršanjem zadnja tri mjeseca, nakon skoro svakog obroka osjeća tupu bol u epigastriju praćenu mučninom. Povremeno je imao osjećaj da mu hrana zaostaje u jednjaku, no tegobe bi regredirale nakon što bi popio nekoliko gutljaja vode. U nekoliko je navrata povratio želučani sadržaj bez primjesa svježe krvi, a u zadnja 3 mjeseca izgubio je 10 – ak kilograma. Bolesnik je negirao dispneju i bolove u prsima, a suhi kašalj bez recentnog pogoršanja naveo je kao kroničnu tegobu. Od navika je zabilježena svakodnevna konzumacija alkohola i cigareta. U laboratorijskim nalazima zabilježene su povišene vrijednosti C – reaktivnog proteina (CRP 93.1 mg/L, referentna vrijednost <5mg/L) i porast leukocita ($9.9 \times 10^9/L$, referentna vrijednost $3.4 - 9.7 \times 10^9/L$). Radiogramom grudnih organa utvrđeno je inhomogeno zasjenjenje desno bazalno. Ultrazvučnim pregledom abdomena postavljena je sumnja na proširenost infrarenalnog dijela abdominalne aorte te je zatražena CT angiografija. CT angiografijom isključena je disekcija i aneurizma abdominalne aorte, no prikazana je opsežna tumorska masa desnog hilusa pluća koja invadira jednjak s posljedičnom dilatacijom prestenotičkog segmenta jednjaka. Bolesniku je postavljena dijagnoza novotvorine pluća i disfagije te je upućen na daljnju obradu gastroenterologu i pulmologu.

Zaključak: Iako se bolesnik inicijalno prezentirao simptomima gastrointestinalnog sustava (dispepsija i disfagija), UZV nalaz suspektno proširene abdominalne aorte zahtijevao je trenutnu daljnju radiološku obradu. Slučajni nalaz tumora pluća s invazijom jednjaka otkriven je kao uzrok

simptoma kod prezentiranog bolesnika.

Ključne riječi: plućna novotvorina, disfagija, gastrointestinalni simptomi.

*Dopisni autor:

Iva Kapetanović, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: ivakapetanovic200@gmail.com

SUBKUTANI EMFIZEM S RAZVOJEM AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

**Iva Kapetanović¹, Marinka Otočan^{1,2}, Maja Materljan^{1,2}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu

Sažetak

Cilj ovog prikaza slučaja je prikazati složenost dijagnostičkog pristupa kod bolesnika s višestrukim traumatskim ozljedama i akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom.

Prikaz slučaja: Osamdesetdevetogodišnji bolesnik zaprimljen je u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) zbog bolova u desnom hemitoraksu. Anamnestički se saznalo kako je bolesnik prije tjedan dana pao na desni hemitoraks te od onda ima tupe bolove desnog hemitoraksa prilikom promjene položaja i dubokog udisaja. U trenutku inicijalnog pregleda negira druge tegobe. Tijekom fizikalnog pregleda inspekcijom je utvrđen hematoma stražnje strane desnog hemitoraksa, a palpacijom supkutani emfizem koji se protezao od desne strane vrata preko desnog hemitoraksa do desnog hemiabdomena. Radiogramom desnog hemitoraksa i grudnih organa utvrđena je fraktura VII., X. rebra, dvostruke frakture VIII. i IX. rebra s pomakom te opsežan subkutani emfizem čitave desne torakalne stijenke sa širenjem prema lijevoj torakalnoj stijenci (indirektni znak pneumotoraksa). Radiogramom torakalne i lumbosakralne kralježnice utvrđen je prijelom 5. i 12. torakalnog kralješka. Analizom arterijske krvi, bolesnik je bez znakova respiracijske insuficijencije. Tijekom obrade bolesnik se počinje žaliti na bol u prsima – locira

ju u sredini prsnog koša sa širenjem u lijevo rame, stezajućeg karaktera, praćenu osjećajem otežanog disanja. Učinjenim elektrokardiogramom utvrdi se elevacija ST spojnice prekordijalnih odvoda V1 – V4. Vrijednosti troponina I (TnI) iznosila je 627.0 ng/L, (referentna vrijednost < 17.5ng/L) a NTproBNP – a 2531 ng/L. Bolesnik se s konačnom dijagnozom višestrukog prijeloma rebara, subkutanog emfizema, prijeloma torakalnih kralježnjaka, pneumotoraksom te infaktom miokarda sa ST elevacijom uputi na pregled dežurnom traumatologu, neurokirurgu i kardiologu.

Zaključak: Slučaj prikazuje važnost diferencijalno – dijagnostičkog pristupa boli u prsima kod bolesnika s istovremenom traumom prsnog koša i razvojem akutne koronarne patologije. Naglo nastala stezajuća bol u prsima zahtijevala je daljnju obradu s ciljem isključivanja akutnog koronarnog sindroma.

Ključne riječi: prijelom rebara, pneumotoraks, infarkt miokarda.

***Dopisni autor:**

Iva Kapetanović, dr.med.
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: ivakapetanovic200@gmail.com

IZAZOVI U POSTAVLJANJU DIJAGNOZE AKUTNE MEZENTERIJSKE ISHEMIJE

**Ana Smolić¹, Tony Rumora², Tomislav Meštrović³*

¹Ordinacija opće medicine Dr. Mladena Strukan, Zagreb

²Ordinacija opće medicine Renata Pavlov, Zagreb

³Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Akutna mezenterijska ishemija (AMI) je hitno stanje čiji su glavni simptom iznenadni jaki bolovi, smješteni obično u središnjem dijelu abdomena. Najčešće nastaje uslijed okluzije gornje mezenterijske arterije embolusom ili trombom zbog čega dolazi do nedostatne opskrbe stijenke crijeva kisikom i hranjivim tvarima te, u slučaju prekasnog prepoznavanja, može rezultirati infaktom cijele debljine stijenke, gangrenom i perforacijom crijeva.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 47 godina doveden je u hitni bolnički prijam zbog naglo nastalih abdominalnih bolova lokaliziranih pretežito u donjem desnom kvadrantu. Inače je pušač. Iz laboratorijskih nalaza izdvojene su leukocitoza i povišen CRP. Uzevši u obzir životnu dob bolesnika, postavljena je sumnja na akutni apendicitis. Unatoč smanjenju boli u trbuhu nakon nekoliko sati, uz izostanak peritonealnog podražaja, zbog nejasne kliničke slike konzultiran je kirurg koji je evidentirao sistolički ejetijski šum nad abdominalnom aortom, ulceracije na palcu i lividitet drugog do četvrtog prsta desnog stopala te odsutnost pulzacija na donjim ekstremitetima. Sumnja na okluziju gornje mezenterijske arterije potvrđena je MSCT angiografijom kojom je ustanovljena i okluzija infrarenalne aorte sve do zajedničkih ilijačnih arterija. Eksploracijskom laparotomijom verificirano je lividno tanko crijevo i desni kolon te je učinjena embolektomija glavnog stabla gornje mezenterijske arterije po Fogarty-ju, nakon čega su crijeva poprimila ružičastu boju i uredan motilitet. Bolesnik se postlijeoperacijski oporavio te je otpušten kući bez bolova u trbuhu, poboljšanog lokalnog statusa na prstima desnog stopala i bez boli u nogama, zbog čega je odgođeno kirurško liječenje aortoilijačne okluzivne bolesti.

Zaključak: Zbog nespecifičnosti kliničke slike, u početnoj fazi nije jednostavno prepoznati AMI. S obzirom da je ona rijedak uzrok abdominalnih bolova, ovaj prikaz slučaja naglašava važnost temeljitog pregleda bolesnika, razmatranja šire diferencijalno dijagnostičke slike u hitnom prijemu te multidisciplinarnu suradnju, s ciljem pravovremenog postavljanja dijagnoze i početka liječenja bolesnika.

Ključne riječi: mesenterijska ishemija, embolija, akutni abdominalni bolovi

***Dopisni autor:**

Ana Smolić, dr.med.
Ordinacija opće medicine Dr. Mladena Strukan
Ul. Dore Pfanove 5, Zagreb, Hrvatska
email: anasmolic62@gmail.com

KAŠALJ KAO ZNAK RESPIRACIJSKOG INFEKTA ILI NEŠTO VIŠE?

*Vedrana Jović¹, Nataša Mavrinac^{1,2}

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu

Sažetak

Ovim prikazom slučaja želimo istaknuti važnost uzimanja detaljne anamneze, ozbiljnog shvaćanja kliničke slike koja može biti prisutna i u raznim benignim stanjima te sukladno tome pravovremeno učiniti potrebne slikovno dijagnostičke pretrage.

Prikaz slučaja: Osamnaestogodišnji bolesnik zaprimljen je u Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog nepravilnosti disanja. Tegobu opisuje kao nemogućnost potpunog udaha koje traje unatrag četiri dana uz prisutnost nadražajnog kašlja te retrosternalnu bol prilikom dubokog udaha. Žali se i na začepljenost nosa i ušiju. Negira recentni febrilitet. Do sada nije teže bolovao te ne uzima kroničnu terapiju. U fizikalnom statusu, elektrokardiografskom zapisu te acidobaznom statusu bez odstupanja od urednih vrijednosti. U laboratorijskim nalazima se uočava povišenje vrijednosti leukocita ($10.7 \times 10^9/L$) te CRP-a (100 mg/L), urednih vrijednosti troponina. Na RTG-u grudnih organa opisuju se u visini apeksa torakalne stijenke diskretni areali transparenције obostrano koji su suspekti za subkutani emfizem. Učinjenim CT-om toraksa u hitnoći prikaže se pneumomediјastinum u sva tri mediјastinalna kompartmenta uz zrak uz bronhovaskularne strukture u sklopu plućnog intersticijskog emfizema. Subkutani emfizem u pregledom obuhvaćenim regijama vrata te u anteriornim dijelovima gornjih plućnih režnjeva areali ground-glass opacifikacija u vidu alverolarnog patološkog supstrata, otvorene etiologije. Tijekom hospitalizacije na pulmologiji liječen je konzervativno, bez indikacije za kirurškim liječenjem. Kontrolnim slikovnim pretragama prati se potpuna regresija opisanih promjena.

Zaključak: Spontani pneumomediјastinum rijedak je klinički entitet obilježen prisutnošću slobodnog zraka oko mediјastinalnih struktura bez jasnog uzroka. Nužno je dobro poznavanje diferencijalne dijagnoze u bolesnika s nespecifičnim respiratornim tegobama budući da se slični simptomi mogu javljati u manje ozbiljnim

bolestima, ali i u stanjima poput spontanog pneumomediјastinuma čije komplikacije mogu biti po život opasne.

Ključne riječi: spontani pneumomediјastinum, subkutani emfizem

*Dopisni autor:

Vedrana Jović, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: vedrana.jovic77@gmail.com

ATIPIČNA PREZENTACIJA SPONTANE RUPTURE SLEZENE

*Tamara Petrić^{1,2}, Gaia Bellesi³, Jakov Ivan Bućan⁴

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

³Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za dermatologiju, Rijeka

⁴Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka

Sažetak

Spontana ruptura slezene je rijetko, ali ozbiljno stanje s incidencijom od 0,1 do 0,5%, koje se može javiti uslijed hematoloških poremećaja, infekcija, tumora ili metaboličkih bolesti. Predstavljamo slučaj bolesnice koja je hospitalizirana zbog atipične prezentacije rupture slezene. Unatoč početnoj kliničkoj sumnji na plućnu emboliju, dijagnoza spontane rupture slezene postavljena je nakon detaljne dijagnostičke obrade. Ovaj slučaj naglašava važnost pravovremenog prepoznavanja ove rijetke, ali ozbiljne komplikacije.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 58 godina hospitalizirana je zbog osjećaja zaduhe i boli ispod lijeve dojke i uz lijevi rub sternuma sa propagacijom u lijevo rame. Od ranije je poznato da bolesnica boluje od primarnog karcinoma bubrega sa metastazama u plućima. Inicijalni vitalni parametri su bili uredni. U ABS-u utvrdi se hipoksemija (8.2 kPa) uz sniženu saturaciju kisikom 90.6%. Laboratorijski nalazi pokazali su povišene upalne parametre (CRP 28,2 mg/L, leukociti $10.2 \times 10^9/L$) te znakove blaže normocitne anemije (Hb 116 g/L, MCV 85.9 fL). Na RTG-u grudnih organa potvrđene su poznate sekundarne lezije. Postavili smo sumnju na plućnu emboliju, ali ista

se CT plućnom angiografija isključila. Obzirom na UTZ-om utvrđenu nejasnu konturu slezene i negativan nalaz plućne angiografije bolesnici se učini CT abdomena kojim se utvrdila laceracija i subkapsularni hematom slezene. Bolesnica je stoga upućena digestivnom kirurgu uz pripremu za operacijski zahvat.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava važnost pravovremenog prepoznavanja atipične manifestacije hitnih stanja, poput rupture slezene i to u bolesnice s visokom kliničkom sumnjom na plućnu tromboemboliju. Takva prezentacija zahtijevala je širi i temeljit dijagnostički pristup s naglaskom na bitnost hitnog UTZ. Ispravna diferencijalna dijagnostika i pravovremena intervencija bile su ključne za uspješan ishod, što naglašava važnost sveobuhvatnog pristupa u hitnoj medicini.

Ključne riječi: atipična manifestacija, ruptura slezene, plućna tromboembolija

***Dopisni autor:**

Tamara Petrić, dr.med., spec. hitne medicine
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: tamara.petric@medri.uniri.hr

ISHEMIJSKI MOŽDANI UDAR I EPILEPTIČNI NAPADI KAO RIJETKA KOMPLIKACIJA LAJMSKE BOLESTI

**Helen Marie Chiddenton¹, Klara Brekalo¹, Ana - Marija Samardžić²*

¹Medicinski fakultet u Zagrebu, Zagreb

²Dom zdravlja Zagreb – Centar, Zagreb

Sažetak

Cilj ovog prikaza slučaja jest prikazati rjeđu, ali potencijalno po život opasnu komplikaciju lajmske bolesti te naglasiti važnost kontinuiranog praćenja ovih bolesnika. Lajmska bolest se najčešće prenosi ugrizom krpelja koji često ostaje nezamijećen, bolesnici se najčešće javljaju u prvom stadiju bolesti kada bolest ima prvenstveno kožne manifestacije u vidu eritema migrans. Sama bolest ima tri stadija: rani lokalizirani, rani diseminirani i kasni stadij između kojih je obično asimptomatsko razdoblje.

Prikaz slučaja: Bolesnica se javlja u ordinaciju obiteljske medicine zbog bolne jutarnje ukočenosti i oticanja interfalangealnih zglobova. Obiteljska anamneza na reumatske bolesti je negativna. Učinjena je laboratorijska obrada te RTG šaka. Bolesnica je upućena neurologu te je nakon isključenja reumatoloških uzroka bolesti proširena labaratorijska obrada. Po dolasku pozitivnog nalaza IgM i IgG na B. burgdorferi u terapiju je, uz konzultaciju infektologa, uveden doksiciklin kroz 21 dan. Nakon provedene terapije bolesnica i dalje navodi oticanje zglobova te je terapija produljena dodatnih 7 dana uz kontrolu kod imunologa. Tri mjeseca nakon provedene terapije bolesnica se javlja u ordinaciju obiteljske medicine zbog novonastalih vrtoglavica praćenih mučninom prilikom kojih je povraćala želučani sadržaj. Bolesnica je upućena imunologu i neurologu na daljnju obradu. Šest mjeseci nakon prvotne prezentacije, bolesnica je obrađena na hitnom prijemu uslijed ishemijskog moždanog udara koji se komplicirao u vidu epileptičnih napadaja. Iako je ovo rijetka komplikacija lajmske bolesti može se javiti i diferencijalodijagnostički ju treba imati na umu. Cerebrovaskularni ispadi kao komplikacija lajmske bolesti se najčešće javljaju nakon 3.5 mjeseci. Ostali imunološki parametri su kod bolesnici bili uredni, izuzev pozitivne serologije na boreliju. Bolesnici je u terapiju uveden antiepileptik i ona se u potpunosti oporavila od napadaja.

Zaključak: Ovaj prikaz nastoji istaknuti važnost trajnog praćenja bolesnika oboljelih od Lajmske bolesti te rijetku, ali moguću komplikaciju ove bolesti koja može biti po život opasno hitno stanje.

Ključne riječi: lajmska bolest, zglobovi, ishemijski moždani udar

***Dopisni autor:**

Helen Marie Chiddenton
Medicinski fakultet u Zagrebu
Šalata 2, Zagreb, Hrvatska
email: hm.chiddenton@gmail.com

ZABLUDA O PARAZITOZI

*Vedran Hrastić¹, Mate Lerga^{1,2}

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Obrada bolesnika s jezičnom, kulturološkom barijerom i različitom psihosocijalnom problematikom predstavlja poseban izazov u hitnoj službi. Ovdje prikazujemo slučaj gdje je nedostupnost dokumentacije uz specifičan doživljaj bolesnika odigrala značajnu ulogu pri usmjeravanju obrade.

Prikaz slučaja: U hitni prijem u dva navrata, u razmaku od tri tjedna, javio se 69-godišnji strani državljani. Dolazi zbog makrohematurije, a mjesecima suho kašlje i slabo podnosi napor. Navodi da od ranije boluje od anemije i parazitarne infekcije, te napominje da je u matičnoj državi ekstenzivno obrađivan. Međutim, paraziti koju su uzrokovali njegovu bolest nisu otkriveni. Uvidom u arhivu utvrđuje se da je liječen i u našoj ustanovi nekoliko mjeseci ranije zbog prve manifestacije zatajivanja srca. Utvrdi se značajno pogoršanje bubrežne funkcije, biljega zatajenja srca, značajnu normocitnu anemiju, pleuralne izljeve, moguć infiltrat na plućima, blagu hipoalbuminemiju i mikrohematuriju. Unatoč strahu da bi transfuzijom krvi mogao primiti S-protein COVID-a, pristao je na diuretik i transfuziju na što je povoljno odgovorio, opsežno je konzilijarno pregledan (kardiolog, nefrolog, urolog) te je otpušten uz preporuku ambulate obrade. Tri tjedna kasnije, bolesnik se javlja u pogoršanju, tahidispnoičan, blijed te se žali na hemoptizu. Ustraje u problematici parazitoze, prilaže brojne fotografije u vidu vremenske trake na kojoj prikazuje elemente za koje vjeruje da su paraziti u iskašljaju i iz kronične rane potkoljenice. Nalazi ukazuju na tešku normocitnu anemiju, eozinofiliju, pogoršanje bubrežne funkcije i respiratornu insuficijenciju. S obzirom na RTG-om prikazane difuzne infiltrate pluća nejasne etiologije učinjen je i HRCT toraksa. Bolesnik je hospitaliziran na intenzivnu njegu Pulmologije sa sumnjom na vaskulitis ili eventualnu infestaciju. Započeto je liječenje i učinjena dodatna obrada, naknadno je zbog pogoršanja premješten u Jedinicu intenzivnog liječenja. Nakon više dana pribavljena je medicinska dokumentacija

- bolesnik godinama boluje od Wegenerove granulomatoze. Unatoč mjerama intenzivnog liječenja bolesnik je preminuo.

Zaključak: U hitnim slučajevima dostupnost dokumentacije može biti presudna za donošenje odgovarajućih odluka.

Ključne riječi: Wegenerova granulomatoza, parazitarne infekcije

*Dopisni autor:

Vedran Hrastić, dr.med.,
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: vedran.hrastich@gmail.com

DIJAGNOZE BEZ GRANICA

*Ivanka Jurica¹, Nataša Mavrinac^{1,2}

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 63 godine (strani državljani) dovezen vozilom Zavoda za hitnu medicinu zbog bolova u prsima, najavljen kao sumnja na akutni koronarni sindrom. Navodi unatrag tri sata u fizičkom naporu nastup tupe, jake boli u žličici i središtu prsišta sa širenjem u oba ramena koja je praćena hladnim preznjavanjem i povraćanjem. Navedenu bol istog karaktera, ali manjeg intenziteta koja je trajala pet minuta osjećao je i jučer. U fizikalnom statusu prostriran, nemiran, tahipnoičan, blijedosive i orošene kože, hipertenzivan. Učinjen EKG pokazuje visoke T valove u anteriornim odvodima te je pozvana dežurna kardiološka služba. U dogovoru s istom bolesnik zbog karaktera bolova i sklonosti hipertenzivnim skokovima upućen je na CT aortografiju, nakon čega se planira hitna koronarografija. Učinjenom CT aortografijom verificirana je opsežna hijatalna kila s hernijacijom većeg dijela želuca intratorakalno (hijatalna kila gr. IV), zbog čega se odustaje od koronarografije. Konzilijarno je konzultiran dežurni digestivni kirurg koji indicira hitni operacijski zahvat. U daljnjem tijeku hospitalizacija se komplicira manjom rehernijacijom koja zahtjeva reoperaciju

po čemu je bolesnik bez tegoba. Po stabilizaciji kliničkog stanja otpušten je na nastavak liječenja u matičnu zemlju.

Zaključak: Kod obrade bolesnik apimarno je isključiti neposredno životno ugrožavajuća stanja kao što su akutni koronarni i akutni aortalni sindrom, nakon čega se može pristupiti dijagnostici manje životno ugrožavajućih stanja.

Ključne riječi: hijatalna kila, akutni koronarni sindrom

***Dopisni autor:**

Ivanka Jurica, dr.med.,
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: ivanka.jurica@gmail.com

KOMPLEKSNOST PREZENTACIJE HITNIH STANJA U BOLESNIKA SA ŠEĆERNOM BOLESTI

**Ivanka Jurica¹, Nataša Mavrinac^{1,2}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 41 godinu javlja se u večernjim satima u Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog izražene opće slabosti, povraćanja i proljevastih stolica praćenih subfebrilitetom unatrag 2 dana. Žali se na bolove u mišićima ruku i nogu, drugih bolova negira. Od ranije boluje od šećerne bolesti zbog koje uzima peroralne antiglikemike. U fizikalnom statusu notirano bljedilo kože sa sniženim turgorom, ostalo bez osobitosti. U laboratorijskim nalazima izdvajaju se povišeni upalni parametri (Lkc 21.5, CRP 240, Lac 4.5). Tijekom obrade isključena je respiratorna i urinarna infekcija, a učinjenim ultrazvukom abdomena verificiran je akutni kolecistitis sa suspektom zadržanom rupturom. U sklopu prijeoperacijske pripreme učinjen je EKG koji pokazuje subakutni inferiorni STEMI. Ciljanim pitanjima dobiva se podatak o povremenim bolovima u sredoprsju u trajanju do 5 sekundi isključivo kod povraćanja. Bolesnik je hospitaliziran na Klinici za kardiologiju, dok je s kirurške strane indicirano konzervativno liječenje.

Učinjena je koronarografija kojom se verificira subakutna okluzija desne koronarne arterije (>7 dana). Tijek hospitalizacije komplicira se razvojem kompletnog AV bloka doknadnog ritma uskih QRS kompleksa, uz učestale epizode spore ventrikularne tahikardije i razdoblja P asistolije. Ehokardiografski notirana umjereno reducirana sistolička funkcija lijeve klijetke (LVEF 40 %) i reducirana sistolička funkcija desne klijetke, zbog čega se bolesniku ugradi CRT-D uređaj. Otpušten je sa kompleksnom terapijom za zatajivanje srca uz termin za elektivnu kolecistektomiju.

Zaključak: U bolesnika sa šećernom bolesti koji se žale na opću slabost kod diferencijalne dijagnoze na umu treba imati široku paletu stanja obzirom na atipične prezentacije uvjetovane perifernom polineuropatijom.

Ključne riječi: šećerna bolest, akutni kolecistitis sa zadržanom rupturom, subakutni STEMI

***Dopisni autor:**

Ivanka Jurica, dr.med.,
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: ivanka.jurica@gmail.com

NEODGOVARAJUĆI ODGOVOR NA STANDARNU TERAPIJU – KOJA JE DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA?

**Nataša Mavrinac^{1,2}, Ivanka Jurica¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Bolesnica u dobi od 23 godine upućena je s C2 uputnicom u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) kao alergijska reakcija. Unatrag 20-25 dana svako ujutro zamjećuje otok lica, kapaka i usana koji se povlači tijekom dana. Svakodnevno je primala antihistaminike i kortikosteroide parenteralno kod obiteljskog liječnika. Bez smetnji gutanja i disanja, svrbeža, promjena na koži ili febriliteta. U dosadašnjoj anamnezi bez alergijskih smetnji. Nadležni liječnik obiteljske medicine u sklopu obrade učinio je i test intolerancije na hranu

čiji se rezultati čekaju. Urednog fizikalnog statusa kod prezentacije u OHBP-u. Zbog anamnestičkog podataka o oticanju svako jutro te fotografiju lica koju prilaže, postavljena je sumnja na sindrom gornje šuplje vene. Učinjenim radiogramima grudnih organa, a tijekom obrade u OHBP-u i visoko rezolucijskim CT-om toraksa verificirana je ekspanzivna tvorba u gornjoj polovici prednjeg dijela lijevog prsišta koja se izrav nastavlja u prednji medijastinum uz znakove opstrukcije lijevog venskog brahiocefaličnog trunkusa koji uzrokuje sindrom gornje šuplje vene. Primjenom srednje visokih doza kortikosteroidne terapije u svrhu smanjenja tumorske mase dolazi do oporavka sindroma šuplje vene. Patohistološkim nalazom potvrđen primarni medijastinalni velikostanični B limfom (PMBL). Započeta je standardna kemoterapija koju bolesnica dobro tolerira i po čijoj se primjeni u daljnjem tijeku prati regresija veličine ekspanzivne tvorbe.

Zaključak: U bolesnika koji ne odgovaraju očekivano na standardnu terapiju za postavljenu radnu dijagnozu valja razmisliti i o alternativnim dijagnozama neovisno o životnoj dobi.

Ključne riječi: otok lica, alergijska reakcija, sindrom gornje šuplje vene, primarna medijastinalna ekspanzivna tvorba

***Dopisni autor:**

Nataša Mavrinac, dr.med., spec hitne medicine
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: natasamavrinac@gmail.com

NIJE UVIJEK ONAKO KAKO SE ČINI – PRIKAZ SLUČAJA

**Sara Burić¹, Tina Herljević², Ivan Gornik²*

¹Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb

²Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

U kliničkoj praksi, bolesnici se često prezentiraju s naizgled jednostavnim simptomima iz kojih se krije kompleksnija klinička slika. Zato je važno sagledati bolesnika u cjelini i uzeti u obzir širu diferencijalnu dijagnozu, kako bi se pravovremeno prepoznali potencijalno ozbiljniji uzroci.

Prikaz slučaja: Bolesnik dolazi u večernjim satima na OHBP zbog povraćanja crno-zelenog sadržaja koje traje unazad 2 dana te navodi kako je taj dan povratio 20ak puta, uvijek nakon jela. Inicijalnom laboratorijskom obradom utvrđena je normocitna anemija, L 11.3x10⁹/L, CRP 90.2 mg/L. RTG abdomena nije pokazao ni ileus ni pneumoperitoneum, već zasjenjenje u središnjem abdomenu, nakon čega je indiciran UZV, koji sugerira da se radi o želucu ispunjenom krvlju. Budući da su nalazi od prije 2 tjedna ukazivali na pad hemoglobina od 20 g/L, postavljena je sumnja na krvarenje iz želučanog ulkusa. Bolesnik je bio stabilan, a koagulogram i jetreni enzimi uredni pa je nakon konzultacije s gastroenterologom dogovorena opservacija te reevaluacija iduće jutro. Tijekom noći nije došlo do značajnije promjene u krvnoj slici, ali je putem nazogastrične sonde evakuirano približno 2 litre crno-zelenog sadržaja. Zbog sumnje na opstrukciju, napravljen je CT abdomena i zdjelice postkontrasno po monofaznom protokolu, na kojem je prikazan retroperitonealno paraduodenalno veliki hematom aksijalnih dimenzija 146x54x133 mm (LLxAPxCC). Hematom je kompromitirao duodenum, uzrokujući distenziju želuca i mizerere. Radi procjene prisutnosti aktivnog krvarenja, učinjen je dodatni CT nativno i postkontrasno višefazno, ali bez jasnih znakova ekstrasvazacije kontrastnog sredstva, uz vidljiv hiperdenzitet od 20 mm uz jedan od ogranaka unutar hematoma. Budući da je bolesnik pod nadzorom hematologa zbog Waldenströmove makroglobulinemije, u konzultaciji je odlučeno provesti opsežnu obradu koagulacijskog sustava, funkcije trombocita i analizu proteinskog profila kako bi se utvrdilo ima li koagulopatije.

Zaključak: Ovaj slučaj primjer je povremene neispravnosti inicijalne dijagnoze i nužnosti praćenja bolesnika tijekom opservacije, kako bi se dijagnostika prilagodila novonastalim saznanjima.

Ključne riječi: koagulopatija, hematom

***Dopisni autor:**

Sara Burić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Šalata 2, 10000 Zagreb

email: sara.buric0@gmail.com

BOL U LEĐIMA: VIŠE OD OBIČNE LUMBOISHIALGIJE?

**Alda Ćefo¹, Matea Radovanović¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Cilj ovog prikaza slučaja je istaknuti kompleksnost dijagnosticiranja spinalnih infekcija te važnost njihovog ranog prepoznavanja, agresivnog liječenja, opsežne rehabilitacije i dugoročnog praćenja, sve u cilju smanjenja dugoročnih neuroloških posljedica.

Prikaz slučaja: 78-godišnji bolesnik zaprimljen je u OHBP zbog gubitka motorike i osjeta u nogama te nekontroliranog mokrenja. Pet dana ranije, nakon težeg fizičkog rada u prirodi, počeo je osjećati bolove u donjem dijelu leđa. Potom primijetio progresivno slabljenje motorike nogu te gubitak osjeta u lijevoj nozi i desnoj potkoljenici. Dva dana pred prijam u OHBP počeo nekontrolirano mokriti. Bez recentne traume, negira ugriz insekta. Doma afebrilan, u trenutku pregleda subfebrilan 37,1 °C. Četiri mjeseca ranije bio hospitaliziran zbog sepse uzrokovane *Salmonellom entericom*. Sada neurološkim pregledom utvrđen gubitak motorike nogu uz gubitak osjeta lijeve noge. Ne vertikalizira se, ne kontrolira mokrenje. U laboratorijskim nalazima uočava se normocitna anemija (Hgb 108 g/L, MCV 89.7 fL) te porast CRP-a (85.6 mg/L). Ostali laboratorijski nalazi i RTG grudnih organa uredni. Učinjenim MR-om torakalne i lumbosakralne kralježnice u hitnoći prikaže se spondilodiscitis nivoa Th7/Th8 s formiranom apscesnom epiduralnom kolekcijom koja uvjetuje apsolutnu stenoza spinalnog kanala uz vidljive znakove kompresivne mijelopatije

i destrukciju pripadajućih trupova kralježaka. Učinjen je hitan neurokirurški zahvat, uzeti uzorci za mikrobiološku analizu te započeto empirijsko antibiotsko liječenje. Iz intraoperacijskog uzorka izolirana *Salmonella enterica* te je započeta ciljana antibiotska terapija i rehabilitacijsko liječenje. U daljnjem tijeku prati se pad upalnih parametara, međutim, na kontrolnom MR-u perzistiraju znaci upalnih promjena, a bolesnik je bez značajnijeg kliničkog poboljšanja.

Zaključak: Spondilodiscitis je rijetka i tvrdokorna infekcija koja zahvaća intervertebralni disk ili kralješke, a spinalni epiduralni apsces i paravertebralni apsces njene su najčešće lokalne komplikacije. Detaljna anamneza i klinički pregled te odgovarajuća slikovna obrada nužni su za pravovremeno postavljanje dijagnoze i početak liječenja spondilodiscitisa. Uz navedeno, rehabilitacija i kontinuirano praćenje ostaju ključni za poboljšanje kliničkog stanja bolesnika.

Ključne riječi: Spondilodiscitis, Spinalni epiduralni apsces

***Dopisni autor:**

Alda Ćefo, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: alda.cefo@gmail.com

OD HIPERTENZIJE DO KRONIČNE DISEKCIJE AORTE U MLAĐEG BOLESNIKA S NEPREPOZNATIM LOEYS-DIETZ SINDROMOM - PRIKAZ SLUČAJA

**Ljubica Mežnarić¹, Monika Tokić¹, Adis Keranović¹*

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Arterijska hipertenzija je izuzetno česta, uglavnom benigna bolest, a definira se kao vrijednost krvnog tlak iznad 140/90 mmHg. Studije su pokazale kako je prevalencija bolesnikakoji se prezentiraju u hitnoj službi s hipertenzijom oko 45%. Loeys-Dietzov sindrom je nasljedna bolest vezivnog tkiva, a bolesnici su pod posebnim rizikom brze progresije aneurizmatске bolesti te su glavni uzroci smrti disekcija aorte i cerebralno

krvarenje, pri čemu je prosječna životna dob u trenutku smrti svega 26.1 godina.

Prikaz bolesnika: Muškarac u dobi od 38 godina prezentirao se u OHBP-u KBC-a Zagreb poslan iz privatne medicinske ustanove radi ultrazvučno ustanovljene disekcije aorte. Anamnestički bolesnik navodi epizodu naglo nastale tupe bol između lopatica sa širenjem “vala vrućine” niz tijelo dvije godine ranije, sa spontanom regresijom nakon nekoliko minuta. Tada mu je dijagnosticirana arterijska hipertenzija te ordinirana trojna antihipertenzivna terapija. Prilikom pregleda u našoj hitnoj službi bolesnik je bez tegoba, neupadljive osobne anamneze. Inače, bolesnikov sin se prati po više specijalista radi Loeys-Dietzov sindroma uslijed čega je provedeno genetsko testiranje te je utvrđena patogena varijanta u genu TGFBR2, a ista varijanta je pronađena i u oca. Fizikalnim pregledom utvrđena je astenična konstitucija bez patoloških odstupanja. U statusu je za izdvojiti blago povišene arterijske tlakove obostrano bez značajne razlike (desna ruka 153/95, lijeva ruka 139/94). Rezultati rutinske laboratorijske obrade su pristigli uredni. Bolesnik je odmah upućen na MSCT aortografiju kojom je opisana Stanford B disekcija. Konzultirani su dežurni vaskularni kirurg, kardiotorakalni kirurg i kardiolog koji indiciraju TEVAR (eng. thoracic endovascular aortic repair) nakon čega se bolesnik dogovorno hospitalizira na kardiološki odjel.

Zaključak: Arterijska hipertenzija u mlađih osoba definitivno zahtijeva daljnju obradu uz imperativ definiranja uzroka. Obzirom na vjerojatni fatalni ishod komplikacija Loeys-Dietzova sindroma u mladoj dobi nužno je rano postavljanje dijagnoze uz odgovarajuću titraciju antihipertenzivne terapiju te cjeloživotno praćenje.

Ključne riječi: Loeys-Dietzov sindrom, Disekcija aorte

***Dopisni autor:**

Ljubica Mežnarić, dr.med.
Klinički bolnički centar Zagreb
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb
email: ljmeznaric1@gmail.com

OD KAŠLJA DO KARDIEKTOMIJE

**Ljubica Mežnarić¹, Monika Tokić¹, Adis Keranović¹*

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Kašalj i febrilitet česte su tegobe kod bolesnikakoji dolaze u hitnu službu. Pokazalo se kako 30% bolesnikadolazi radi respiratornih simptoma od kojih tek oko 20% bolesnika zahtijeva hospitalizaciju. S druge strane, primarni tumori srca su izuzetno rijetke dijagnoze. Patohistološkom dijagnostikom se u 90% bolesnika utvrdi benigna masa (najčešće miksom), dok se u ostatku dokaže maligni sarkom.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 35 godina, bez upadljive osobne anamneze, prezentirala se u hitnoj službi radi kašlja prisutnog unazad mjesec dana. Tjedan dana ranije liječena je od strane liječnika obiteljske medicine dvojnomo antibiotskom terapijom radi radiološki utvrđene pneumonije, no radi izostanka odgovora na terapiju upućena na daljnju obradu. U hitnoj službi febrilna i tahikardna, dobrog općeg stanja i urednog fizikalnog statusa. Laboratorijskom obradom utvrdili su se povišeni upalni parametri (CRP 246,0 mg/L), a radiološkom snimkom grudnih organa opisala se uvećana srčana sjena uz pleuralni izljev, no bez upalnih infiltrata i akutnih zastoynih promjena. Dogovorno se hospitalizirala na kardiološki odjel pod sumnjom na perikarditis. U sklopu daljnje obrade ultrazvukom srca pronađena je masa uz desnu klijetku koja infiltrira slobodnu stijenku same klijetke i perikardni izljev što je potvrđeno CT-om toraksa. MR-om srca postavljena je sumnja na sarkom, što je kasnije i patohistološkom dijagnostikom utvrđeno. PET CT-om se nisu opisali znakovi proširene bolesti. Odlukom multidisciplinarnog tima kao primarni oblik liječenja nametnula se žurna kemoterapija. Naposljetku, bolesnici je učinjena totalna kardiektomija i implantacija dvaju VAD (eng. ventricular assist device) uređaja u konfiguraciji totalnog umjetnog srca te je i dalje u redovitom praćenju.

Zaključak: Unatoč velikoj učestalosti i najčešće benignom ishodu bolesnikakoji se prezentiraju sa respiracijskim simptomima, nužna je osnovna laboratorijska i radiološka obrada radi adekvatnog

planiranja liječenja, ali i eventualnog dijagnostičiranja provocirajućih stanja i težih oboljenja.

Ključne riječi: primarni tumori srca, sarkom srca

***Dopisni autor:**

Ljubica Mežnarić, dr.med.
Klinički bolnički centar Zagreb
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb
email: ljmeznaric1@gmail.com

ULTRAZVUKOM U OHBP-U I NA "OBIČNO"

Jelena Lopac¹, Nataša Mavrinac^{1,2}, Dijana Dumić¹

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Prikazom ovog slučaja želimo naglasiti važnost primjene ultrazvuka kao brze i dostupne dijagnostičke pretrage u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 26 godina dolazi samostalno u Objedinjenih hitni bolnički prijam zbog bolova u trbuhu. Navodi da je popodne trenirala te je ubrzo nakon treninga osjetila bol u donjem dijelu trbuha praćeno povraćanjem. Tegobe ne povezuje s uzimanjem hrane, navodi da trenutno ima menstruaciju. U fizikalnom pregledu urednih vrijednosti tlaka uz tahikardiju, ističe se blijeda koža uz uredno prokrvljene vidljive sluznice, prisutna je difuzna palpatorna bolnost abdomena navise izražena suprapubično, mekane stijenke, klinički bez nadražaja peritoneuma. U laboratorijskim nalazima se ističu povišene vrijednosti leukocita te vrijednosti hemoglobina na donjoj granici. Učinjenim ultrazvukom abdomena se prikaže značajna količina slobodne tekućine u Duglasovom prostoru uz prikaz inhomogene mase u području male zdjelice. Potom se učini CT abdomena i zdjelice u hitnoći kojim se prikaže obilan ascites uz ekspanzivnu heterogenu tvorbu s cističnom komponentom u zdjelici koja može odgovarati endometrijskoj cisti ili malignomu. Bolesnica se hospitalizira na Odjelu ginekologije, učini se u hitnoći laparoskopska operacija kojom

se dokazuje krvareća tvorba jajnika te se učini termokauterizacija uz aspiraciju 1100 ml svježeg i koagulirane krvi. Nakon reoperacije zbog pojave pojačanog krvarenja na dren dolazi do postupnog oporavka kliničkog stanja u narednim danima te se bolesnica otpušta na kućno liječenje.

Zaključak: Ovaj slučaj ističe važnost ultrazvuka kao ključnog dijagnostičkog alata u hitnoj medicini, omogućujući brzo postavljanje sumnje na ozbiljne ginekološke probleme. Pravovremena dijagnoza i hitna operacija bile su ključne za uspješan ishod liječenja bolesnice.

Ključne riječi: intraabdominalni bolovi, povraćanje, endometrioza ovarija

***Dopisni autor:**

Jelena Lopac, dr.med.
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: jelenalopac742@gmail.com

MOGUĆE I BEZ TRAUME - SLUČAJ SPONTANOG TENZIJSKOG PNEUMOTORAKSA U OHBP-U

**Jelena Lopac¹, Mate Lerga^{1,2}, Nataša Mavrinac^{1,2}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Tenzijski neumotoraks predstavlja hitno stanje koje može dovesti do hemodinamske nestabilnosti i zahtijeva hitnu dijagnostiku i intervenciju.

Prikaz slučaja: Dvadesetjednogodišnji bolesnik dovezen kolima hitne pomoći u objedinjeni hitni bolnički prijam zbog pritiska u prsima, osjećaja slabosti i omaglica. Opisuje kako je tokom tuširanja imao osjećaj da će izgubiti svijest. Također navodi pritisak u lijevoj strani prsišta. Nakon što se sagnuo u čučanj, tegobe su djelomično regredirale. Tokom transporta kolima hitne medicinske pomoći dolazi do kratkotrajnog gubitka svijesti uz zabilježenu bradikardiju na monitoru defibrilatora. U obiteljskoj anamnezi se ističe smrt oca u pedesetoj godini od iznenadne srčane smrti. U fizikalnom statusu ističu se izrazito blijeda koža i sluznice. Auskultatorno

obostrano tih šum disanja kao i srčani tonovi. EKG pokazuje smetnje provodnje desnom granom uz bradikardiju te tokom inicijalnog zbrinjavanja se na monitoru prati prijelaz u nodalni ritam frekvencije 20/min. U acidobaznom statusu 2.3 laktata. Učini se odmah ultrazvučni pregled prema RUSH protokolu te se postavi radna dijagnoza pneumotoraksa. S obzirom na dostupnost RTG aparata u prostoru reanimacije učini se odmah i radiogram grudnih organa koji prikaže ljevostrani pneumotoraks, uz kolaps cijelog plućnog krila s blažim pomakom medijastinalnih organa udesno. Zaključno se postavi dijagnoza ljevostranog tenzijskog pneumotoraksa i potreba za hitnom drenažom. U aseptičnim uvjetima postavi se torakalni dren lijevo metodom po Seldingeru. Na kontrolnom radiogramu vidljiva je gotovo potpuna reekspanzija lijevog plućnog krila. Hospitalizacija na odjelu pulmologije se komplicira razvojem pneumotoraksa i u desnom prsištu te se indicira operacijsko liječenje od strane kardiorakalnog kirurga.

Zaključak: Kod obrade bolesnika, bitno je inicijalno diferencijalno dijagnostički uzeti u obzir sva životno ugrožavajuća stanja zbog pravovremene i ciljane intervencije.

Ključne riječi: spontani tenzijski pneumotoraks, torakalni dren

***Dopisni autor:**

Jelena Lopac, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: jelenalopac742@gmail.com

MUSKULOSKELETNA BOL, ILI PAK NEŠTO VIŠE?

**Nina Lovrić¹, Maja Materljan^{1,2}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Prikazom slučaja naglašavamo važnost detaljnog fizikalnog pregleda, uz primjenu odgovarajućih metoda obrade.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 70 godina dovezen vozilom hitne medicinske pomoći zbog bolova u području lijevog ramena i vrata. Navodi da je jučer podignuo motor, prilikom čega je istegnuo lijevo rame i vrat. Od tada je primijetio oteklinu i crvenilo lijeve strane vrata, praćenu jakom bolnošću, uz blažu dispneju. Inače boluje od arterijske hipertenzije i hiperlipoproteinemije, zbog čega uzima kroničnu terapiju. U fizikalnom statusu se ističe izrazita tahidispnoičnost, uz zauzimanje prisilnog položaja u krevetu. Vidljiv je i otok lijeve i stražnje strane vrata, uz palpatornu bolnost. Koža povrh otoka je eritematozna. Prisutan je i manji otok u području gornjeg dijela lijevog hemitoraksa te supraskapularno lijevo. U laboratorijskim nalazima ističe se leukocitoza, uz visoke vrijednosti CRP-a (237.4). Prisutno je i akutno bubrežno oštećenje. U acidobaznom nalazu prisutni su znakovi hiperventilacije, uz vrijednost laktata 6.6. Ultrazvukom, u području sternokleidomastoidnog mišića, prikazana je hipoehogena, do anehogena tvorba, diferencijalno dijagnostički edem, apsces. Učinjenim MSCT vrata i toraksa prikazana je upalna kolekcija u području retrofaringealnog prostora s inflamacijom masnog tkiva vratnih regija, potkožnog masnog i muskulature vrata i torakalne stijenke lijevo. Upalne promjene se šire prema gornjem prednjem medijastinumu uz lijevu ACC. Tokom opservacije, dolazi do progresije crvenila te pojave lividnih promjena, uz uvećanje otoka. Nakon inicijalne procjene pozvani su dežurni maksilofacijalni kirurg, kirurg te anesteziolog. Bolesnik se intubira te se potom hospitalizira u jedinicu intenzivnog liječenja. Operacijskim zahvatom učini se incizija i drenaža retrofaringealnog hematoma. U daljnjem tijeku, dolazi do progresije te razvoja medijastinisa, uz progresiju celulitisa sve do prepone. Bolesnik premine unatoč svim poduzetim mjerama liječenja.

Zaključak: Ovaj slučaj ističe važnost pravovremene dijagnostike i hitnog kirurškog liječenja retrofaringealnih hematoma i upalnih kolekcija, s obzirom na ozbiljnost stanja koje može brzo napredovati u medijastinitis i sepsu. Unatoč poduzetim mjerama, progresija infekcije doveli su do fatalnog ishoda.

Ključne riječi: retrofaringealni hematom, otok i crvenilo kože.

***Dopisni autor:**

Nina Lovrić, dr.med., spec hitne medicine
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: nlovric312@gmail.com

**MALIGNA STENOZA TRAHEJE KAO
UZROK STRIDORA – PRIKAZ SLUČAJA**

**Petra Vita Kasović¹, Sonja Badovinac²*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

²Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za plućne bolesti
Jordanovac

Sažetak

Stridor je klinička manifestacija stenoze traheje koja može biti posljedica benignih ili malignih bolesti. Radi se o simptomu koji je najčešće povezan s akutnom respiracijskom insuficijencijom te zahtjeva hitnu medicinsku intervenciju zbrinjavanja dišnog puta kao i žurno istovremeno razrješenje etiologije stridora i planiranje liječenja.

Prikaz slučaja: Muškarac, 26 godina, bez značajnije medicinske anamneze, unazad mjesec dana prati se zbog zaduhe i „sviranja“ u prsima. Inicijalni RTG toraksa i spirometrija bili su uredni, liječenje antitusicima i inhalacijskim glukokortikoidima nije rezultiralo povlačenjem simptoma, a klinička slika se pogoršala pojavom febriliteta i stridoroznog disanja. RTG toraksa otkrio je lijevostranu pneumoniju, nakon čega je bolesnik hospitaliziran. Daljnjom obradom MSCT-om vrata i toraksa otkrivena je tumorska tvorba u medijastinumu dimenzija 5,5 x 3,7 x 5,8 cm s infiltracijom traheje i suženjem lumena na svega 3 mm. Zbog pogoršanja respiracijske insuficijencije uslijed kritične stenoze traheje bolesnik je intubiran i mehanički ventiliran. Učinjena je fiberbronhoskopija kojom je utvrđeno suženje distalnog dijela traheje uslijed ektramuralne kompresije stražnje stijenke u dužini 55 mm. Uzeti su uzorci za patohistološku analizu te je postavljena dijagnoza karcinoma traheje nemalih stanica. Zbog dugopotezne stenoze operacijsko liječenje nije bilo moguće pa je indicirana kombinirana interventna bronhoskopija sa svrhom ugradnje endotrahealnog stenta. Suženje je prošireno balon-dilatacijom, nakon čega je postavljen endotrahealni stent dimenzija 20 x 60 mm. Nakon postavljanja stenta

bolesnik je bio hemodinamski i respiracijski stabilan, dobrog općeg stanja te je provedeno konkomitantno liječenje kemoradioterapijom.

Zaključak: Stridor uzrokovan centralnom malignom opstrukcijom hitno je stanje koje zahtjeva multidisciplinarni pristup u stabilizaciji bolesnika i osiguravanja dišnog puta. Intubacija endotrahealnim tubusom može biti metoda prve linije u zbrinjavanju dišnog puta. Nakon određivanja etiologije i stadija maligne opstrukcije definitivnu palijativnu opciju liječenja inoperabilne bolesti predstavlja interventna bronhoskopija uz mogućnost postavljanja stenta kod tumora s dominantno ektramuralnom ili miješanom opstrukcijom.

Gljučne riječi: stridor, maligni tumor, interventna bronhoskopija.

***Dopisni autor:**

Petra Vita Kasović
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Šalata 2, 10000, Zagreb
email: petrakasovic@gmail.com

**BOL NAKON TRENINGA-
MUSKULOSKELETNA ILI PO ŽIVOT
OPASNA?**

**Sara Milić¹, Mate Lerga^{1,2}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Prikazom ovog slučaja želimo naglasiti važnost anamneze, ali i heteroanamneze te cjelokupne dijagnostike, posebice slikovne u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (OHBP).

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 21 godinu dolazi samostalno zbog bolova u prsima i predjelu desne lopatice. Prema navodima prethodni dan nakon treninga taekwondo-a je počeo osjećati bolove u središtu prsisa te potom u predjelu obje lopatice, izraženije desne. Bolovi su prisutni i dalje, uglavnom u predjelu desne lopatice. Bol opisuje kao oštru, koja se pojačava na pokret i inspirij, pri mirovanju u regresiji. Također, najlakše mu je u stajaćem položaju. Bolovi onemogućavaju puni inspirij. Heteroanamnestički

majka navodi da je jučer na treningu zadobio jači udarac u području prsa, bolesnik isto negira. Inače boluje od Crohnove bolesti zbog čega uzima kroničnu terapiju. Fizikalni status bez osobitosti. U EKG-u vidljive smetnje provodnje desnom granom. U acidobaznom statusu znakovi hiperventilacije uz blago snižen hemoglobin (127), laktati 1.9. U laboratorijskim nalazima se ističe troponin 25 uz kontrolni troponin 20. Pri izvođenju ciljanog ultrazvuka srca, pleure i perikarda zbog nepovoljnog položaja bolesnika (sjedećeg, uslijed nedostatka ležećih mjesta u tom trenutku u OHBP-u) otežani je bio prikaz srca te se pri nastojanju da se pokuša raznim položajima sonde navedeno što bolje prikazati se uoči tračak slobodne tekućine koji se pruža iz abdomena. Zbog toga se učini fast utz kojim se prikaže veća količina slobodne tekućine u abdomenu. Hitan CT abdomena i zdjelice ukazuje na kontuziju i mezenterijalnu hemoragiju. U peritonealnim recesusima duž abdomena i zdjelice prisutna obilna količina razlivenog hemoragičnog sadržaja. Stijenka želuca u cijelosti zadebljana. Pozvan dežurni kirurg. Učinjena eksplorativna laparotomija tijekom koje se verificira ruptura mezenterija jejunuma. Poslijeoperacijski tijek uredan te se bolesnik otpušta kući.

Zaključak: Ovaj slučaj ističe važnost pravovremenog prepoznavanja intraabdominalnih ozljeda i korištenja slikovnih metoda za dijagnozu. Rano prepoznavanje mezenterijalne hemoragije omogućilo je uspješnu kiruršku intervenciju i povoljan ishod.

Ključne riječi: muskuloskeletnavbol, ruptura mezenterija jejunuma

***Dopisni autor:**

Sara Milić, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: saramilic.ri@gmail.com

SLIJEPO VJEROVANJE NALAZIMA KAO UZROK POGREŠNE DIJAGNOZE I DALJNJEG LIJEČENJA, ODNOSNO NELIJEČENJA

**Sara Milić¹, Matea Radovanović¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Ovim prikazom slučaja želimo istaknuti superiornost anamneze i kliničke slike nad laboratorijskim nalazima te važnost promatranja bolesnika, a ne samo njegovih nalaza.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 52 godine dolazi radi bolova u lijevoj strani prsišta, točnije u srednjoj aksilarnoj liniji od jučer. Bol opisuje kao probadajuću koja se intenzivira pri inspiriju uz povremeno širenje u lijevu ruku. Noć pred dolazak u OHBP ga je navodi iz sna probudio osjećaj nedostatka zraka. Radi se o bolesniku koji zadnja dva mjeseca ima gips desne potkoljenice i stopala radi frakture metatarzalne kosti te od tada uzima Aspirin Protect. Prije 14 dana pojava febriliteta do 38°C prva tri dana, zatim slijedećih dana do 37,1°C, uglavnom navečer. Navedeni period ima i suhi kašalj. Liječnik obiteljske medicine mu je prepisao antibiotik, popio zadnju tabletu dan prije obrade u OHBP-u. Do sada zdrav, ne uzima kroničnu terapiju. Fizikalni status bez osobitosti. U acidobaznom statusu izdvajaju se vrijednosti parcijalnog tlaka kisika 10.5kPa, ugljikova dioksida 4,5kPa te hemoglobina 132. Laboratorijski nalazi naglašavaju porast upalnih parametara- leukociti 12.1, CRP 120.8. Na radiogramu grudnih organa opisan lijevo epidijafragmalno reduciran lateralni fc. sinus, ispunjen manjim pleuralnim izljevom uz manji infiltrat u istoj regiji. Nalaz koagulograma uz D-dimer koji je bio ključan u islučivanju glavne sumnje, one na plućnu tromboemboliju došao je unutar referentnih vrijednosti (D-dimer 0.39). Unatoč tome radi jasne anamneze i kliničke slike odlučilo se napraviti i CT plućnu angiografiju čiji je zaključak: "Obostrana PTE i plućni infarkt lijevo bazalno". Bolesnik je hospitaliziran prilikom čega se provelo liječenje prema smjernicama. Uvedena je peroralna antikoagulantna terapija rivaroksabanom, provedena empirijska antimikrobna parenteralna terapija. Klinički daljnji tijek zadovoljavajući. Bolesnik otpušten uz preporuke kontrole.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava važnost sveobuhvatne dijagnostičke obrade u bolesnika s imobilizacijom, febrilitetom, kašljem i respiracijskim simptomima, gdje je i povišen D-dimer bio ključan u isključivanju plućne tromboembolije. Unatoč normalnim vrijednostima D-dimera, CT plućna angiografija potvrdila je obostranu PTE s plućnim infarktom, čime je omogućeno pravovremeno liječenje antikoagulantim lijekovima.

Ključne riječi: imobilizacija, D-dimer, plućna tromboembolija

***Dopisni autor:**

Sara Milić, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: saramilic.ri@gmail.com

BOLESNICA S PONAVALJAJUĆIM SINKOPAMA - PRIKAZ SLUČAJA

**Ivan Brdar¹, Radmila Majhen Ujević², Vida Olujić¹*

¹Klinički bolnički centar Split, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Split

²Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije

Sažetak

Sinkopa je čest razlog dolaska bolesnika u hitni bolnički prijam. Njena cijeloživotna prevalencija u populaciji je oko 20%, a dostupni podaci pokazuju da je upravo prolazni gubitak svijesti glavna tegoba kod 1 do 3% svih bolesnika koji traže pomoć u hitnom prijamu. Po glavnom uzroku sinkopu možemo podijeliti u 3 skupine; refleksna, ortostatska, srčana (aritmije i strukturalne kardiopulmonalne bolesti). Usprkos provedenoj dijagnostičkoj obradi, oko 50% bolesnika ostane bez jasno definiranog uzroka sinkope.

Prikaz slučaja: Žena stara 74 godine dolazi u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) zato što je unatrag sat vremena doživjela kratkotrajnu epizodu opće slabosti nakon defekacije, a tijekom puta do bolnice i kratkotrajan gubitak svijesti u sjedećem položaju, što se ponovilo i odmah po dolasku u OHBP. Do sada nije teže bolovala, zna za ulkus duodenuma. Prije 4 dana je u igri s unukom zadobila udarac lijevo lumbalno te zbog

toga uzima svakodnevno tablete diklofenaka i ibuprofena. Od tada ima i bolove u epigastriju. U kliničkom statusu se izdvaja tek blaža bolnost na duboku palpaciju u epigastriju, te blaga bolnost na palpaciju lijevo lumbalno. Normotenzivna je, vrijednosti SpO₂ > 94%. 12-kanalni EKG pokazuje sinusni ritam, frekvencije 98/min, intermedijarne električne osi, a isti ritam se kontinuirano prati na 3-kanalnom EKG monitoringu. Ultrazvučni pregled uz krevet bolesnice pokazao je slobodnu tekućinu u Morrisonovom prostoru i u Douglasovom prostoru, te dojam hematoma slezene. Odmah je upućena na hitni CT abdomena koji je pokazao veću količinu krvi intraabdominalno te maceriran parenhim slezene s većim subkapsularnim hematomom i s aktivnim krvarenjem unutar hematoma i parenhima slezene. Pozvan je dežurni abdominalni kirurg te je bolesnica upućena na hitni operacijski zahvat.

Zaključak: Diferencijalna dijagnoza sinkope je široka, ali možemo je suziti na temelju učinjenog pregleda i ciljane dijagnostike, pri čemu su osobito važne pretrage uz krevet bolesnika jer nam daju brze odgovore na konkretna pitanja.

Ključne riječi: sinkopa, hematom slezene

***Dopisni autor:**

Ivan Brdar, dr.med., spec. hitne medicine

Klinički bolnički centar Split

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Spinčićeva ulica 1, Split

email: ivan_brdar@yahoo.com

NEDOSTATAK ZRAKA ILI MOŽDA VIŠAK ISTOG?

**Sara Milić¹, Ana Mišković¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Prikazom ovog slučaja cilj je naglasiti važnost kompletne dijagnostike na Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu unatoč godinama i općem dojmu bolesnika.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 21 godine dolazi samostalno na Objedinjeni hitni bolnički prijam radi osjećaja otežanog disanja od noći prije. Navodi uz dispneju začepljen nos i produktivan

kašalj radi kojih nije mogao zaspati. Na dan prijema je mjerio febrilitet do 38,5°C. Navodi i osjećaj stezanja u prsima bez propagacije od noći prije. Do sada zdrav, povremeno uzima Nixar. Pušač. U fizikalnom statusu nad plućima auskultatorno obostrano bazalno izrazito utišan disajni šum uz difuzno obostrano (više lijevo) inspiratorne i ekspiratorne zvižduke. Na primijenjenu inhalaciju Ciple i Solumedrol 40mg navodi regresiju tegoba. Iz acidobaznog statusa izdvajaju se snižena razina kisika (8,5kPa) uz sniženu saturaciju 90,5%. U laboratorijskim nalazima povišeni leukociti (16,7) uz CRP 123,5. Na radiogramu grudnih organa se opisuje areal inhomogenog zasjenjenja u vidu svježeg infiltrata desno infrahilarno. Također ističe se srce uredne veličine uz čiju se lijevu konturu dobije dojam tanke transparentije koja se širi prema gornjem medijastinumu - pneumomedijastinum. Učini se hitna CT plućna angiografija na kojoj se zaključilo da nema znakova za PTE, no verificirani pneumomedijastinum, PIE, minimalni obostrani pneumotoraks i subkutani emfizem uz zone konsolidacija u desnom srednjem i donjem plućnom režnju, prvenstveno upalne geneze. Bolesnik se zaprimi na odjel pulmologije gdje je tijekom hospitalizacije liječen oksigenoterapijom, antibiotskom terapijom i tromboprolaksom. Uz regresiju upalnih parametara i uredan nalaz radiograma otpušta se kući.

Zaključak: Ovaj slučaj ističe važnost brzog prepoznavanja simptoma i dijagnosticiranja pneumomedijastinuma, pneumotoraksa i emfizema. Pravovremenom obradom i liječenjem, uključujući oksigenoterapiju i antibiotike, bolesnik je imao povoljan tijek bolesti i otpušten je u dobrom stanju.

Ključne riječi: dispneja, pneumomedijastinum, pneumotoraks, emfizem

***Dopisni autor:**

Sara Milić, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: saramilic.ri@gmail.com

JOŠ JEDNA ALKOHOLNA INTOKSIKACIJA - PRIKAZ SLUČAJA

**Ivan Brdar¹, Radmila Majhen Ujević², Ivana Ferri Certić¹*

¹Klinički bolnički centar Split, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Split

²Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije

Sažetak

Tijekom turističke sezone, a osobito noću, hitne medicinske službe (HMS) u Splitu zbrinjavaju velik broj mladih akutno alkoholiziranih bolesnika. Uz alkohol, česte su (ko)intoksikacije različitim ilegalnim supstancama.

Prikaz slučaja: Tim HMS doveo je u Objedinjeni hitni bolnički prijam mladu mušku osobu nepoznatog identiteta s radnom dijagnozom akutne alkoholne intoksikacije. U 1 sat noću pronađen je na plaži u nesvjesnom stanju s praznom bocom alkoholnog pića. Po prijemu u OHBP bolesnik samostalno diše frekvencijom 16/min, reagira na bolni podražaj, koža i vidljive sluznice su dobro prokrvljene, nema vidljivih tragova ozljeda, snažno miriše po alkoholu. U kliničkom statusu izdvaja se povišena vrijednost arterijskog tlaka (190/115 mm Hg), 12-kanalni EKG bilježi sinus tahikardiju frekvencije 110/min. Lijeva zjenica je diskretno šira od desne, obje uredno reagiraju na svjetlo. Glasgowska ljestvica kome je 6 (E1,V2,M3) uz dojam kočenja lijeve ruke. Nakon učinjenog kliničkog pregleda odmah je zatražen hitni MSCT mozga koji je pokazao ICH lijevo parijetalno veličine 4,5x3,5x3,7 cm s perifokalnim edemom. Lijevo uz cijelu hemisferu prati se ekstraaksijalna kolekcija krvi i kompresija na ipsilateralnu i treću moždanu komoru te mediosagitalni pomak u desnu stranu za 0,8 cm. Pozvan je dežurni neurokirurg koji indicira hitno operacijsko liječenje, te je bolesnik nakon učinjene endotrahealne intubacije i postavljanja na mehaničku ventilaciju odveden u operacijsku salu. Naknadno su pristigli rezultati laboratorijskih pretraga krvi sa vrijednosti alkohola 3,4 g/L.

Zaključak: Velika većina akutno alkoholiziranih bolesnika koji se zbrinjavaju u hitnim bolničkim prijemima nakon nekoliko sati bivaju otpušteni kući dobrog općeg stanja. Međutim to se ne odnosi na sve njih, jer kod manjeg broja ovih bolesnika može se raditi i o nekom drugom životno ugrožavajućem stanju koje je važno brzo prepoznati. Kvalitetan klinički pregled je

naš jedini kompas u ispravnom prepoznavanju pravog puta dijagnostičke obrade i liječenja. Bez njega ostajemo u mraku i raste mogućnost neprepoznavanja bitnih znakova i simptoma.

Ključne riječi: poremećaj stanja svijesti, alkoholna intoksikacija, intrakranijalno krvarenje

***Dopisni autor:**

Ivan Brdar, dr.med., spec. hitne medicine
Klinički bolnički centar Split
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Spinčičeva ulica 1, Split
email: ivan_brdar@yahoo.com

OBIČNA BOL U LEĐIMA ILI ŽIVOTNO UGROŽAVAJUĆE STANJE?

**Sara Milić¹, Ana Mišković¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Ovim slučajem želimo pokazati važnost detaljne anamneze i razmatranja diferencijalnih dijagnoza u Objedinjenom hitnom bolničkom prijamu (OHBP).

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 28 godina dovezena vozilom Zavoda za hitnu medicinu radi bolova u leđima unazad 6 dana. Bolove je lokalizirala u lijevoj strani vrata i torakalnom djelu kralježnice lijevo paravertebralno sa širenjem u lijevu stranu leđa i prsišta uz trnce lijeve ruke. Bol se pojačavala pri promjeni položaja tijela. Bolesnica je navela da je i prije znala imati iste tegobe, često ju "ukoči" te se dan prije obrade u OHBP-u javila na masažu u nadi da će tegobe regresirati, no iste su progredirale. Istog dana obrade na OHBP-u je ujutro primila terapiju od HMS-a na koju su tegobe regredirale, no ponovno se javile. U OHBP-u također na primijenjenu analgetsku terapiju regresija tegoba. Do sada zdrava, bez kronične terapije. U fizikalnom statusu napetost paravertebralne muskulature lijevo cervikalne i torakalne kralježnice. U laboratorijskim nalazima se isticalo CRP 56,8 radi čega se napravio RTG grudnih organa na kojem je očitao se srp zraka pod kupolama ošita u vidu pneumoperitoneuma, lijevo moguće i transparentija zraka u želucu. U sklopu prijeoperacijske obrade učinio se i CT abdomena i zdjelice na kojem je potvrđen obilniji pneumo-

peritoneum posljedično perforaciji šupljeg organa te manji ascites i lijevostrani pleuralni izljev. Po učinjenoj hitnoj eksplorativnoj laparotomiji evidentira se perforirani ulkus korpusa želuca na prednjoj stijenci. Poslijeoperacijski tijek protiče uredno te se bolesnica otpušta kući uz preporuke.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava važnost diferencijalne dijagnoze u bolesnika s bolovima u leđima i torakalnom kralježnici. Pravovremena dijagnostika pomoću slikovnih metoda (RTG i CT) omogućila je brzo prepoznavanje perforacije želučanog vrieda što je rezultiralo uspješnim kirurškim zahvatom i povoljnim tijekom bolesti.

Ključne riječi: dorzalgiya, pneumoperitoneum, ulkus želuca

***Dopisni autor:**

Sara Milić, dr.med.
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: saramilic.ri@gmail.com

BOL U TRBUHU KAO PRIMARNI SIMPTOM OPSTRUKCIJSKE UROPATIJE I RUPTURE MOKRAĆNOG SUSTAVA

Hana Franić¹, Tomo Trstenjak²

¹Zavod za hitnu medicinu Sisačko moslovačke županije

²Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Urinom je inkapsulirana kolekcija urina, a nastaje kao posljedica urinarne opstrukcije, odnosno rupture dijelova mokraćnog sustava. Uglavnom se takve kolekcije nalaze retroperitonealno u perirenalom prostoru. Kao posljedica urinarne retencije može doći do rupture mokraćnog mjehura, koja se prezentira izraženom boli suprapubično i nemogućnošću pražnjenja mjehura. Ozljede mokraćnog mjehura tretiraju se u okviru hitne službe postavljanjem urinarnog katetera te se upućuju na kirurško zbrinjavanje.

Prikaz slučaja: Prikazujemo bolesnika u dobi od 64 godine koji se javio u hitnu medicinsku službu zbog bolova u desnom hemiabdomenu koji su se širili prema leđima. Bolesnik se žalio na jake, oštre bolove, praćene povraćanjem. Inače je zdrav, i ne uzima nikakvu kroničnu terapiju.

Pri pregledu bolesnik je bio blago hipertenzivan, afebrilan, te nemiran zbog intenzivnih bolova. Trbuh je bio mekan i bez znakova peritonealnog nadražaja. Učinjen je hitan RTG, koji je bio uredan. Laboratorijska obrada istaknula je blagu monocitozu, ali uz ostale uredne parametre. Jetreni enzimi (ALP, ALT, GGT) bili su u granicama normale, kao i vrijednosti ureje i kreatinina. Zbog sumnje na mezenterijalnu ishemiju učinjen je i hitan CT abdomena i zdjelice na kojem je zabilježen ureterolit od 0.5 cm s posljedično proširenim ureterom proksimalnije i kanalnim sustavom desnom bubrega. Postavljena je dijagnoza opstruktivne uropatije 2. stupnja sa znacima rupture i urinomom.

Zaključak: Važnost ovog slučaja je u osvještavanju rjeđih uzroka abdominalnih bolova, koji su jedno od najčešćih kliničkih prezentacija akutnih bolesnikapri dolasku na hitni prijem te ponekad ne klasična prezentacija akutnih stanja koja zahtjeva kvalitetnu obradu.

Ključne riječi: urinom, opstruktivna uropatija, bolovi u trbuhu

***Dopisni autor:**

Hana Franić, dr.med.

Zavod za hitnu medicinu Sisačko moslovačke županije

Ul. 1. svibnja 20, Sisak, Hrvatska

email: hana.franic@gmail.com

SINDROM KOMPRESIJE CELIJAJČNE ARTERIJE: PRIKAZ SLUČAJA

**Anja Janković¹, Ana Glavan Ćosić², Tamara Petrić^{1,3}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

³Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Dunbarov sindrom (sindrom kompresije celijajčne arterije, sindrom medianog arkuatnog ligamenta) je rijetka bolest koju karakterizira patološki položaj medianog arkuatnog ligamenta na nižoj razini dijafragme, što uzrokuje suženje lumena celijajčne arterije kompresijom. Klinički se manifestira trijasom simptoma uključujući postprandijalnu abdominalnu bol, mučninu,

povraćanje i posljedičan gubitak tjelesne težine. Cilj ovoga rada je istaknuti važnost diferencijalno dijagnostičke obrade abdominalne boli.

Prikaz slučaja: Prikazali smo slučaj 45 - godišnjeg bolesnika s difuznim rekurentnim abdominalnim bolovima u trajanju od 12 mjeseci. U tom je razdoblju prošao opsežnu gastroenterološku obradu (kolonoskopija, EGDS, MREC), pri kojoj nije utvrđena značajna patologija. Nije gubio na tjelesnoj težini, no posljednjih nekoliko dana imao je smanjen apetit. Fizikalni pregled abdomena otkrio je izraženu bol na palpaciju difuzno, uz peritonizam. Laboratorijski su nalazi pokazali leukocitozu ($18.8 \times 10^9/L$) i povišenu razinu CRP-a (18.9 mg/L). CT abdomena i zdjelice pokazao je oštru angulaciju celijakalnog trunkusa prema proksimalnom dijelu, s fokalnom kompresijom gornje konture, što je pobudilo sumnju na sindrom kompresije celijakalnog trunkusa. Bolesnik je upućen abdominalnom kirurgu. Nalaz CT aortografije pokazao je stenozu celijajčne arterije uslijed kompresije medianim arkuatnim ligamentom što je potvrdilo dijagnozu. Provedena je laparoskopska operacija s presjecanjem medianog arkuatnog ligamenta.

Zaključak: Budući da simptomi Dunbarovog sindroma mogu nalikovati mnogim drugim probavnim ili vaskularnim bolestima, sindrom kompresije trunkusa celijakusa često ostaje neprepoznat. Pravovremena dijagnoza i liječenje mogu značajno poboljšati kvalitetu života i spriječiti ozbiljne komplikacije poput kronične mezenterijalne ishemije i malnutricije.

Ključne riječi: sindrom kompresije celijajčne arterije, bolovi u trbuhu, CT aortografija

***Dopisni autor:**

Anja Janković, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: anjaajankovic2@gmail.com

KONSTRIKTIVNI PERIKARDITIS U PODLOZI DUGOGODIŠNJIH PLEURALNIH I PERIKARDIJALNOG IZLJEVA

**Monika Tokić¹, Ljubica Mežnarić¹, Adis Keranović¹*

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Konstriktivni perikarditis je fibrozirajuća bolest perikarda koja narušava dijasoličku funkciju srca. Kliničkom slikom dominiraju znakovi i simptomi popuštanja desnog srca. Kod većine oboljelih odabrana metoda liječenja je perikardektomija.

Prikaz bolesnika: Muškarac u dobi od 66 godina dolazi zbog generaliziranog oticanja i dispneje. Inače se radi o bolesniku koji je 2018. godine pregledan zbog suspektne intoksikacije gljivama. Tada obradom utvrđena jetrena lezija i lijevostrani pleuralni izljev, isključena je infektivna i neoplastična bolest jetre. Bolesnik je potom godinama obrađivan zbog pleuralnog i perikardijalnog izljeva. S pulmološke strane rađene su dijagnostičke punkcije pleuralnog izljeva i CT toraksa kojima je isključena bolest pleure. Kardiološki se ultrazvučno pratila očuvana sistolička funkcija obje klijetke uz dijasoličku disfunkciju I. stupnja i hemodinamski neznatčan perikardijalni izljev, bez elemenata konstrikcije. Zbog nerazjašnjene etiologije jetrene lezije bolesniku je bila preporučena biopsija, ali on istoj nije bio sklon. U trenutku pregleda bolesnik u slici anasarke, hipotenzivan. Radiološki opisan opsežni desnostrani pleuralni izljev, laboratorijskom obradom utvrđeni povišeni upalni parametri i jetrena lezija s hipoalbuminemijom. Bolesnik je hospitaliziran, učinjeni su UZV srca i CT toraksa kojima se postavi sumnja na konstriktivnu bolest perikarda, a ista je potvrđena kateterizacijom srca. U nastavku liječenja učinjena je prednja perikardektomija, patohistološki potvrđen kronični fibrozni perikarditis.

Zaključak: Osim o uzroku bolesti, stopa operacijskog mortaliteta korelira i s prijeoperacijskom NYHA klasom. Također, prolongirana konstrikcija može dovesti do atrofije miokarda i slabijeg poslijeoperacijskog oporavka srčane funkcije. Stoga je važna pravovremena dijagnostika i liječenje bolesti koju je kod ovog bolesnika dijelom otežala nerazjašnjena bolest jetre.

Ključne riječi: konstriktivni perikarditis, perikardektomija

*Dopisni autor:

Monika Tokić, dr.med.
Klinički bolnički centar Zagreb
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb
email: tokicmona@gmail.com

SIMPTOMATOLOŠKA TRIJADA RABDOMIOLIZE NEJASNE ETIOLOGIJE

**Matea Mamić¹, Anamaria Zuljanić², Tamara Petrić^{2,3}*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

³Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Rabdomioliza je stanje karakterizirano razgradnjom skeletnih mišića i posljedičnim oslobađanjem intracelularnih komponenata u sistemsku cirkulaciju, time uzrokujući oštećenje organa, primarno bubrega. Prevalencija iznosi 2 slučaja na 10 000 osoba. Najčešći uzroci rabdomiolize uključuju traumatsko oštećenje mišića, značajan fizički napor, konzumaciju droga, produljeno ležanje i infekcije, te autoimuna stanja. Pravovremenom dijagnozom može se izbjeći dugotrajno liječenje dijalizom. U ovom radu prikazujemo slučaj rabdomiolize s klasičnim trijasom simptoma i nejasnom etiologijom.

Prikaz slučaja: Bolesnik, 49- godišnji muškarac, javio se u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) zbog tupih bolova u ekstremitetima, opće slabosti i otežanog gutanja krute hrane u trajanju od dva dana. U anamnezi se isticalo i povraćanje te oskudno mokrenje tamnosmeđeg urina, a sam fizikalni pregled bio je uredan. Na osnovu laboratorijskih pretraga utvrđeni su znaci dehidracije (laktacidemija, eritrocitoza) i jetrena lezija. U urinu su utvrđene proteinurija i eritrociturija te je postavljena sumnja na rabdomiolizu. Daljnom analizom ustanovljene su i povišene vrijednosti kreatin kinaze (56 798 U/L), laktat dehidrogenaze (1683 U/L) te mioglobina u urinu (78mg/L). Test urina na konzumaciju

ilegalnih substanci se pokazao negativnim. Bolesnik je upućen na pregled nefrologa te dalje liječen simptomatski (rehidracijom) uz praćenje laboratorijskih parametara do oporavka. Također je planirana detaljna imunološka obrada.

Zaključak: U ovom slučaju, rabdomioliza je moguće uzrokovana fizičkom iscrpljenošću, s obzirom na isključenje ostalih uzroka, a imunološki uzroci koji su izrazito rijetki tek trebaju biti ispitani. Unatoč tome što se radi o rijetkoj dijagnozi u OHBP-u, ista je odmah prepoznata i liječenje pravovremeno započeto te su izbjegnute komplikacije.

Ključne riječi: rabdomioliza, mioglobinurija

***Dopisni autor:**

Matea Mamić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Braće Branchetta 20, Rijeka

email: matea.mamic4@gmail.com

KAD OBIČNO POSTANE NEOBIČNO – JEDNO (NE)OBIČNO PREDOZIRANJE BENZODIAZEPINIMA I ANTIDEPRESIVIMA?!

**Damir Rošić^{1,2,3,4}*

¹Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije

²Hrvatsko katoličko sveučilište, Medicinski fakultet

³Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

⁴Fakultet Zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Sažetak

Predoziranje lijekovima je česti i potencijalno životno ugrožavajuće stanje.

Prikaz slučaja: Tim s liječnikom izvanbolničke hitne medicinske službe poslan je na adresu kod 63.- godišnje bolesnice sa sumnjom na predoziranje nepoznatim lijekovima. Naime, bolesnica se cijeli dan obitelji nije javljala na telefon, koja je potom u večernjim satima provalila u njezin stan, a zatim je kćer nazvala hitnu medicinsku službu navodeći kako je majka „slabog i nesuvislog kontakta“. Po dolasku tima 1 HMS zatiču bolesnicu na krevetu koja je pri svijesti (GCS 14), ali dezorijentirana, tahidispnoična, nemirna i izrazito blijeda. Vitalni pokazatelji bili su: frekvencija disanja 26/min, frekvencija srca 120/min, arterijski tlak 120/70 mmHg, zasićenost krvi kisikom na periferiji 86%, GUK 8,2 mmol/L

i tjelesna temperatura 36,3°C. U EKG-u su opisane lijeva električna os i sinus tahikardija 130/min. Kćer je heteroanamnestički tvrdila kako su bočice s lijekovima dan ranije bile napunjene, a sada su prazne, dok je sama bolesnica poricala moguće predoziranje lijekovima (mirtazapin, escitalopram, diazepam, okskarbazepin). Na intravensku primjenu flumazenila bolesnica suvislo odgovara na pitanja, osjeća se bolje te je orijentirana u sva tri pravca, dok je odgovor na oksigenoterapiju bio nezadovoljavajući. Inače, bolesnica se u veljači 2024. godine liječila u ŽSB Insula zbog ovisnosti o alkoholu. Po dolasku u OHBP KBC-a Rijeka nastavilo se sa flumazenilom u sporu i.v. infuziji te su učinjene detaljne laboratorijske i radiološke pretrage temeljem kojih je bolesnica hospitalizirana i ciljano liječena. Da li se ovdje radilo o „običnom“ predoziranju benzodiazepinima i antidepresivima ili se između ovih redaka krije i puno veća zagonetka, doznati ćete ukoliko dođete poslušati predavanje.

Ključne riječi: predoziranje, benzodiazepini, antidepresivi, flumazenil,

***Dopisni autor:**

Damir Rošić, spec. hitne medicine

Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije, Ispostava Opatija

Franje Čandeka 6/A, 51000 Rijeka, Hrvatska

email: damir_dr_zg@yahoo.com

GRLOBOLJA JE POSAO LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE, ZAR NE?

**Dragana Bekić¹*

¹Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije

Sažetak

Akutni epiglotitis je rijetka bolest. U dječjoj dobi je skoro iskorijenjena uvođenjem cijepljenja protiv Haemophilusa influenzae tipa b (Hib). Kod odraslih se javlja u malom broju od 1 do 4 na 100000 stanovnika godišnje. Klinička slika kod odraslih se sporije razvija. Liječenje se zasniva na antiedematoznoj i antibiotskoj terapiji uz stalni nadzor u jedinicama intenzivnog liječenja zbog moguće opstrukcije dišnog puta.

Prikaz slučaja: Bolesnik star 40 godina, javlja se u ispostavu Cres Zavoda za hitnu medicinu

Primorsko-goranske županije, radi grlobolje i otežanog gutanja unatrag 3 sata. Naknadno navodi da je unatrag tri dana prehladen uz curenje nosa i kašalj, nije febrirao. Do sada nije teže bolovao. Urednih fizioloških funkcija. Fizikalni status: tahikardan 120 otkucaja/minutu, hiperventilira do 20 udaha/minuti, subfebrilan 37,6 C, urednog krvnog tlaka i saturacije kisikom. Hiperemične kože lica, promukao, agitiran, hipersalivira uz stalni nagon na povraćanje. Glava i vrat: ždrijelo je hiperemično, uvula uvećana. Palpacijski izrazito otečeno submentalno i submandibularno meko tkivo i limfne žlijezde. Preostali status je uredan. Temeljem kliničke slike postavljena je sumnja na akutni epiglotitis, započeta je antiedematozna terapija intravenski uz gastroprotekciju, ordiniran je antiemetik zbog izrazitog nagona na povraćanje i očekivanog produljenog transporta u bolnicu. U Kliničkom bolničkom centru Rijeka zaprimljen je na Kliniku za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata pod dijagnozom: akutni epiglotitis, laringofaringealni refluks. Liječen je intravenskim antibioticima klindamicinom i ceftriaksonom, te je primjenjena i antiedematozna terapija. Opušten je devetog dana liječenja uz uredan fiberendoskopski nalaz epiglotisa i okolnog tkiva, uz prisutne znakove laringofaringealnog refluksa. Dalje je preporučeno nastaviti: peroralnu antibiotsku terapiju, antiedematoznu terapiju uz gastroprotekciju inhibitorima protonске pumpe, analgetike po potrebi i higijensko dijetetski režim.

Zaključak: Činjenica da je bolest rijetka predstavlja povećan rizik za ne prepoznavanje na vrijeme, što može dovesti do komplikacija i opstrukcije dišnog puta.

Ključne riječi: epiglotitis, antibiotska terapija, fiberendoskopija

***Dopisni autor:**

Dragana Bekić, dr.med., spec. hitne medicine
Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije, Ispostava Cres
Franje Čandeka 6/A, 51000 Rijeka, Hrvatska
email: drdraganabekic@gmail.com

JE LI TO ZAISTA BILA SAMO LAKŠA PROMETNA NESREĆA?

**Kristian Nenadić¹*

¹Zavod za hitne medicinu Brodsko-posavske županije

Sažetak

Prva intervencija dana 3. studenoga 2024. godine oko pola 8 dobivamo poziv od strane medicinsko prijavno-dojavne jedinice Zavoda za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije koja prenosi sljedeće informacije: bolesnik bez svijesti, prometna nesreća; bolesnik diše; upućena policija. Poznato je da je ozlijeđena jedna osoba, no detalji u svezi težine ozljede ostaje nepoznata do dolaska tima HMS-a. Mjesto događaja je sigurno te budući da je poznato da je ozlijeđena samo jedna osoba, dovoljno je jedan tim HMS-a. Po dolasku HMS-a bolesnik pronađen kako leži na leđima na travi neposredno u blizini svoga osobnog automobila. Bolesnik je pri svijesti, diše te prisutnih perifernih i centralnih arterijskih pulsacija. Primarnim trauma pregledom nije ustanovljena niti jedna patologija u vidu prijeloma, dislokacije ili iščašenja. Bolesnik se nije žalio na bolove bilo koje lokalizacije. Negira mučninu i povraćanje te navodi da nije gubio svijest. Nakon toga se bolesnika imobilizira Schanzovim ovratnikom te se postavlja na dugu dasku s bočnim fiksatorima. Uvidom u stanje bolesnika, ali i štete na automobilu utvrđuje se da se radi o lakšoj prometnoj nesreći. Poznanici bolesnika koji su se nalazili u neposrednoj blizini navode da mu je pozlilo te da inače boluje od visokog tlaka. Daljnjih pregledom bolesnika procjenjuje se stanje svijesti prema GCS 13/15 te prema AVPU skali - budan. Inicijalne su vrijednosti krvnog tlaka bile 90/60 mmHg, pulsa 72/min te saturacije hemoglobina kisikom 65% što uslijed hladnoće i slabije periferne cirkulacije postaje informacija upitne točnosti. Bez obzira na vrijednosti bolesniku je administriran kisik u protoku 10 L/min. Usprkos naporima postavljanje venskog puta nije bilo uspješno uslijed bolesnikove agitacije. Bolesnik ne daje na usmeni upit niti jednu relevantnu informaciju o svome zdravstvenom stanju. Za cijelo vrijeme transporta bolesnik ostaje stabilan. Inicijalna sumnja je hemoragijski moždani udar. Uz pomoć brojnih dijagnostičkih opcija na OHBP-u saznaje se da je bolesnik obolio od disekcije aorte.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava ključnu ulogu pravovremenog dijagnostičkog pristupa u hitnoj medicini. Iako su inicijalno postojale sumnje na moždani udar, dijagnoza disekcije aorte je brzo potvrđena, što je omogućilo primjenu odgovarajuće terapije i stabilizaciju bolesnika.

Ključne riječi: primarni trauma pregled, stanje svijesti, disekcija aorte

***Dopisni autor:**

Kristian Nenadić, dr.med.

Zavod za hitne medicinu Brodsko-posavske županije

Borovska ul. 7, Slavonski Brod, Hrvatska

email: kristian1nenadic@gmail.com

(SVE SAMO NE) OBIČNA EPISTAKSA U AMBULANTI OBITELJSKE MEDICINE – PRIKAZ SLUČAJA

**Điđi Delalić¹, Višnja Neseć Adam^{1,2}*

¹Klinička bolnica „Sv Duh“, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek

Sažetak

Epistaksa je učestalo stanje u općoj populaciji, s procijenjenom cjeloživotnom incidencijom od 60%. Iako učestala, najčešće se prezentira benigno i samoograničavajuće te svega 6% bolesnika s epistaksom zatraži medicinsku skrb. Ipak, kod bolesnika s prisutnim čimbenicima rizika, epistaksa može dovesti do značajnog gubitka krvi.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 65 godina s arterijskom hipertenzijom je zatražila pomoć nadležnog liječnika obiteljske medicine (LOM) poradi krvarenja iz nosa trajanja 30 minuta. Bolesnici je izmjeren arterijski tlak (RR) 145/85 mmHg te frekvencija pulsa 73/min. Pokušana je anteriorna kompresija nosa sterilnom gazom i manualnim pritiskom. Tijekom opservacije u ordinaciji, bolesnica se počela žaliti na osjećaj slijevanja krvi u želudac te je u nekoliko navrata povratila. Nakon otprilike sat vremena, kontaktirana je izvanbolnička hitna medicinska služba (IHMS). Po dolasku tima IHMS-a, bolesnici su ponovno izmjereni vitalni pokazatelji – RR 100/60 mmHg, f 120/min te je prema

volumenu u bubrežastim posudama procijenjen gubitak krvi otprilike 1.2 litre. Od strane IHMS-a je postavljen periferni venski put (16G) te je primijenjena traneksamična kiselina u dozi od 1 g u 100mL fiziološke otopine (FO) kroz 15 minuta. Kliničkim se pregledom utvrdilo aktivno krvarenje iz obje nosnice te obilje krvi vidljivo u posteriornom farinksu te se postavila sumnja na posteriornu epistaksu. Pristupilo se mehaničkoj hemostazi naizmjeničnim “packingom” nosnica sterilnim trakama natopljenim adrenalinom te traneksamičnom kiselinom. Na primijenjene mjere krvarenje iz lijeve nosnice prestalo, a iz desne perzistiralo unatoč “packingu” te se u istu plasirao Foleyev kateter i napuhao s 10mL FO, na što je došlo do prestanka krvarenja. Bolesnicu se u pratnji tima IHMS-a pod punim monitoringom transportiralo u obližnju bolničku ustanovu poradi daljnje dijagnostičke obrade i zbrinjavanja, a tijekom transporta je primijenjena volumna nadoknada – ukupno 1000mL FO intravenski.

Zaključak: Pravovremena primjena traneksamične kiseline te metoda mehaničke hemostaze može uspješno zaustaviti epistaksu te spriječiti progresiju u hemoragični šok.

Ključne riječi: epistaksa, traneksamična kiselina, hemoragični šok

***Dopisni autor:**

Điđi Delalić, dr.med.

Klinička bolnica Sveti Duh

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Sveti Duh 64, Zagreb

email: dididelalic@gmail.com

TAMPONADA PERIKARDA – IZAZOV U HITNOJ SLUŽBI

**Vedrana Makarović^{1,2}, Mirna Habjanović¹, Zorin Makarović¹*

¹Klinički bolnički centar Osijek,

²Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayer, Osijek

Sažetak

Tamponada srca je urgentno kliničko stanje koje nastaje zbog nakupljanja tekućeg sadržaja, najčešće krvi, u perikardu što za posljedicu ima porast tlaka u perikardijalnoj šupljini. U trenutku kada se izjednači tlak u perikardu sa dijastoličkim

tlakom u desnom srcu onemogućen je utok venske krvi u desno srce, srce počinje pumpati na prazno i istog trena pada minutni volumen. Klinički se ovaj patofiziološki mehanizam manifestira hipotenzijom, gubitkom svijesti i šokom. Nastanak tamponade srca ovisi o brzini nakupljanja tekućine u perikardnoj vreći te o rastezljivosti perikarda, a manje o količini nakupljene tekućine. Zbog toga klinička prezentacija može varirati od vrlo blagih simptoma poput dispneje (predtamponada) do kardiogenog šoka i smrti. Fizikalnim pregledom dominira Beckov trijas: hipotenzija, distenzija jugularnih vena i utišani srčani tonovi. Među najčešće uzroke srčane tamponade ubrajamo traume prsišta, komplikacije koronarnih intervencija i malignome. Zlatni standard u dijagnostici ovog stanja, uz standardne pretrage koje se rade u hitnim prijemima, predstavlja ultrazvučni pregled srca. Nakon prepoznavanja tamponade važno je brzo pristupiti liječenju što uključuje urgentnu perikardiocentezu ili perikardektomiju kao jedini ključ preživljenja uz individualizirane mjere ovisno o uzroku. Stoga je cilj ovog rada prikazati važnost brzog prepoznavanja ove bolesti te sistematizirati i prikazati aktualne smjernice dijagnostike i liječenja temeljene na dosadašnjim znanstvenim saznanjima.

*Dopisni autor:

Vedrana Makarović, dr.med. spec. kardiolog
Klinički bolnički centar Osijek,
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Josipa Huttlera 4, Osijek
email: barabanvedrana@gmail.com

ŠTO SE KRIJE IZA LUMBALNE BOLI?

**Anamaria Baričević¹, Ivana Vešligaj¹, Vedran Hrastić², Nataša Mavrinac^{2,3}*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

³Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Cilj ovog rada je prikazati slučaj bolesnika čiji su simptomi inicijalno ukazivali na bubrežne kolike, a dijagnostički proces otkrio je rupturiranu aneurizmu abdominalne aorte.

Prikaz slučaja: bolesnik u dobi od 78 godina dolazi samostalno u Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog bolova u lijevom lumbalnom dijelu, prisutnih unatrag dva sata, koji se šire u lijevu nogu i pojačavaju na pokret. Bez navođenja dizuričnih tegoba. Do sada nije imao slične tegobe niti teže bolovao. Od ostalih simptoma navodi mučninu. U trijaži je izmjeren krvni tlak (140/80 mmHg) i puls od 85/min. U fizikalnom pregledu abdomen je iznad razine grudnog koša, mekane i bezbolne stijenke uz pozitivnu lumbalnu sukusiju lijevo. S obzirom na anamnezu i kliničku prezentaciju postavljena je radna dijagnoza nefrokolika. Nakon primljene analgetske terapije i regresije bolova učinjen je ultrazvučni pregled abdomena i urotrakta u hitnoći te se prikazalo aneurizmatско proširenje abdominalne aorte dimenzija 8 x 9 cm. Proširenim kliničkim pregledom notiraju se oslabljene pulzacije lijeve femoralne arterije. Dijagnoza se potvrđuje hitnom CT aortografijom, gdje je opisano sakularno proširenje infrarenalnog dijela aorte s ekstrasvazacijom kontrastnog sredstva u dorzolateralnom dijelu, uz opsežan retroperitonealni hematom.

Zaključak: Ruptura aneurizme abdominalne aorte hitno je i po život opasno stanje. Prevalencija u razvijenim zemljama je i do 7% u populaciji iznad pedesete godine života. Tipični simptomi koji se javljaju kod rupture aneurizme su jaka bol u trbuhu i leđima no isto tako simptomi mogu biti manje specifični imitirajući druga ne životno ugrožavajuća stanja. Zbog toga se ističe važnost primjene ultrazvučnog pregleda u hitnom prijemu kod svih bolesnika koji se javljaju s bolovima u trbuhu s ciljem rane dijagnostike i hitnog liječenja životno ugrožavajućih stanja.

Ključne riječi: aneurizma abdominalne aorte, ruptura, nefrokolike

*Dopisni autor:

Anamaria Baričević
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, Rijeka
email: anabaričević33@gmail.com

SINDROM SUPERHIKA

**Lea Gvozdanović¹*

¹Opća županijska bolnica Našice

Sažetak

Alkoholna ketoacidoza reverzibilni je uzrok metaboličke acidoze koji se javlja kod pothranjenih osoba koje su konzumirale pretjerane količine alkohola, često uz prisutnost kroničnog alkoholizma. Terapijski pristup je jednostavan s brzim učinkom. Međutim, zbog nespecifičnih kliničkih simptoma dijagnoza se nerijetko propušta ili kasni, a neprepoznato stanje može dovesti do neodgovarajućeg terapijskog pristupa i neželjenih i jatrogenih posljedica.

Prikaz slučaja: Prikazan je slučaj bolesnika koji se prezentirao u hitnom prijemu zbog bolova u trbuhu i povraćanja. Dijagnostičkom obradom utvrdila se metabolička acidoza, hiperglikemija i hiperketonemija na temelju čega je inicijalno započeta terapija prema protokolu liječenja dijabetičke ketoacidoze. Međutim, sat vremena nakon početka terapije bolesnik razvija simptomatsku hipoglikemiju. Daljnjom analizom postavljena je sumnja da se radilo o alkoholnoj ketoacidozi.

Zaključak: Cilj je ovog prikaza osvijestiti liječnike na druge oblike ketoacidoze, u ovom slučaju alkoholne etiologije, te istaknuti ključne razlike između alkoholne i dijabetičke ketoacidoze u svrhu pravovremenog prepoznavanja i zbrinjavanja te sprječavanja neželjenih komplikacija.

Ključne riječi: ketoacidoza, alkoholna ketoacidoza, hipoglikemija

*Dopisni autor:

Lea Gvozdanović, dr.med.

Opća županijska bolnica Našice

Ul. bana Jelačića 10, Našice

email: gvozdanovic.lea@gmail.com

GRUDNA BOL, PLEURALNI IZLJEV UZ 200 CRP TE SUBFEBRILITET – NITKO SE NIJE NADAO DISEKCIJI AORTE

**Ivo Miljanović¹*

¹Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije

Sažetak

Disekcije torakalne aorte se klasično podučavaju kao trgajuća i jaka bol praćena popratnim simptomima. Međutim, subakutne i kronične disekcije, te čak i akutne, vrlo često se prezentiraju blagim bolovima, nelagodom u prsima ili bez anamneze boli. Štoviše moguće je da se bolesnici prezentiraju gastrointestinalnim i drugim tegobama. CRP kao nespecifični inflamatorni marker ima svoju vrijednost kod akutne disekcije aorte. Iako relativno rijetka bolest (7-10 slučajeva na 100 000 st) ova kardiovaskularna hitnoća je u pravilu smrtonosna ako se ne dijagnosticira i ne liječi na vrijeme.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 61 godine, pušač, inače zdrav bez kronične terapije javio se u hitnu službu radi epigastrične i grudne boli uz prethodni gubitak od 10 kg. Otpušten nakon obrade uz uredne lab. nalaze, ekg, rtg obradu te s uputama o daljnjem postupanju. 4 dana poslije bolesnik upućen u OHBP od strane gastroenterologa radi novonastalih bolova u lijevoj strani trbuha gdje je na UTZ abdomena nađen lijevostrani pleuralni izljev uz uredan ostali ultrazvučni nalaz. Učinjenim laboratorijskim nalazima nađeni su blago povišeni leukociti te 200 CRP uz ostale uredne lab. nalaze. Anamnestički se saznaje da je bolesnik tokom zadnjih nekoliko dana bio subfebrilan. Od strane konzilijarnog pulmologa ordinirana plućna angiografija radi sumnje na PTE međutim na istoj se evidentira ektazija torakalne aorte. Bolesnika se uputi na aortografiju gdje se verifira disekcija torakalne aorte Stanford B. U konačnici bolesniku se postavi TEVAR s dobrim oporavkom nakon zahvata.

Zaključak: U nedostatku izraženih simptoma izazovno je u opterećenim hitnim službama dijagnosticirati disekciju aorte. Zahtijeva opreznost i vrsnost kliničara prepoznati ovo stanje kad je praćeno blagim simptomima.

Ključne riječi: disekcija aorte, pleuralni izljev, kronična disekcija aorte

***Dopisni autor:**

Ivo Miljanović, dr.med., spec. hitne medicine
Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske
županije,
Ispostava Krk
Franje Čandeka 6/A, 51000 Rijeka, Hrvatska
email: ivo.miljanovic@gmail.com

**ISHEMIJSKI INZULT PRODUŽENE
MOŽDINE: PRIKAZ SLUČAJA**

**Sara Komljenović¹, Valerija Jursić Rinkovec¹*

¹Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije

Sažetak

Produžena moždina (medulla oblongata) sačinjava, uz mesencephalon i pons, moždano deblo. Iako čine svega 10-15% od svih akutnih vaskularnih incidenata središnjeg živčanog sustava, imaju najveću smrtnost. Ishemijski incidenti češći su od hemoragijskih u ovoj regiji. Magistralnu arterijsku opskrbu produžene moždine čini pet arterija: neparna prednja spinalna te parne vertebralne i stražje donje cerebelarne.

Prikaz slučaja: Tridesetjednogodišnji muškarac prevezen je vanbolničkom hitnom službom zbog akutnog razvoja parestezija, hladnoće i slabosti dominantno desne ruke, ali i noge. Simptomi su započeli pet sati ranije okcipitalnom glavoboljom koja se širila u vrat. Događaju nije prethodila nikakva trauma ili gubitak svijesti. Do prijema u bolnicu, očuvan mu je osjet dodira, kao i gruba motorika na zahvaćenim ekstremitetima. Po prijemu u bolnicu bolesnik više ne može samostalno podići desnu ruku, miotatski refleksi desnostrano teže se izazivaju te je prisutna desnostrana hipoestezija. Učinjeni CT (kompjuterizirana tomografija) mozga, CT cerebralna angiografija i CT karotidografija nisu pokazivali nikakvih patoloških promjena. Color duplex doppler karotidnih arterija bio je uredan, dok je onaj vertebralnih arterija pokazao hipodinamiku protoka u desnoj vertebralnoj arteriji. Učinjen je hitni MR mozga na kojem je uočena akutna ishemijska lezija desne polovice produžene moždine. Bolesniku je također učinjena transtorakalna i transezofagealna ehokardiografija kojom je otkriven perzistentni foramen ovale. Po otpustu iz bolnice, bolesnik je mogao hodati uz pomoć fizioterapeuta, kontrolirati sfinktere te je

naručen za perkutano zatvaranje perzistentnog foramen ovale.

Zaključak: Ishemijski inzulti stražnje moždane cirkulacijemaju uniformnunitipatognomoničnu kliničku sliku. Mogu biti spontani, ali i nastati kao posljedica određenih cerebrovaskularnih sindroma stražnje moždane cirkulacije povezanih sa stenozom ili okluzijom velikih arterija aortnog luka, vrata i intrakranijalnih arterija - primjerice sindrom krađe krvi arterije subklavije. Ključna je detaljna i pravovremena obrada svakog bolesnika s perzistentnim neurološkim simptomima, u svrhu dijagnosticiranja rijetkih patomorfoloških stanja te potom i provedbe optimalnog liječenja i postizanja najboljeg mogućeg ishoda.

Ključne riječi: ishemija, stražnja moždana cirkulacija, perzistentni foramen ovale

***Dopisni autor:**

Sara Komljenović, dr.med.
Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske
županije,
Franje Čandeka 6/A, 51000 Rijeka, Hrvatska
email: sara.komlj@gmail.com

**ATIPIČNA PREZENTACIJA RUPTURE
SLEZENE U DVA AKTA - PRIKAZ
SLUČAJA**

**Alen Šarić¹, Dijana Dumić¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Jedna od rijetkih komplikacija ozljede slezene je odgođena ruptura slezene koja se pojavljuje 48 sati do 70 dana nakon traumatskog događaja. Ovim prikazom slučaja želimo naglasiti važnost uzimanja anamnestičkih podataka i POCUS-a (od *engl.* Point of Care Ultrasonography, ultrazvuk uz krevet bolesnika) u hitnoj medicini.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 45 godina dovezen je vozilom hitne medicinske pomoći zbog kolapsa i bolova ispod lijevog rebrenog luka i u lijevom ramenu. Na dan prijema osjetio je slabost i kolabirao, nakon čega je počeo osjećati bolove uz mučninu i povraćanje. Kod dolaska na Objedinjeni hitni bolnički prijam bolesnik je bez bolova, žali se na slabost. Na inicijalnom je pregledu blijede

kože, palpatorno difuzno bolnog abdomena s peritonizmom, arterijskog tlaka 100/60 mmHg, urednog acidobaznog statusa (ABS-a) i urednog hemoglobina. Anamnestički se saznaje da je bolesnik 7 dana prije prezentacije tegoba zadobio udarac u lijevi hemitoraks, nakon čega je osjetio jake bolove istoga koji su već isti dan regredirali. Unatoč urednim vitalnim parametrima te urednim vrijednostima hemoglobina i ABS-a, POCUS metodom se prikazala veća količina slobodne tekućine u abdomenu, zbog čega je bolesniku napravljena hitna kompjutorizirana tomografija (CT) abdomena i zdjelice. Nalaz je pokazao višestruke laceracije slezene s hemoragičnim sadržajem u abdomenu što je klasificirano kao gradus III ozljeda slezene. Kod bolesnika je indicirana hitna splenektomija tijekom koje se aspirira dvije litre svježe krvi i jedna litra koaguluma. Daljnji tijek liječenja kompliciran je febrilitetom zbog čega se učinila relaparotomija i evakuacija intraabdominalne kolekcije nakon čega je bolesnik otpušten kući uz uredan daljnji tijek liječenja.

Zaključak: Bolesnik je razvio odgođenu rupturu slezene, ozbiljnu komplikaciju s visokim mortalitetom, što ukazuje na važnost uzimanja detaljnih anamnestičkih podataka. POCUS metoda je esencijalni alat u brzom dijagnostici životno ugrožavajućih stanja.

Ključne riječi: ruptura slezene, POCUS, ultrazvuk uz krevet bolesnika

***Dopisni autor:**

Alen Šarić, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka,
Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: alensaric12@gmail.com

SINDROM GORNJE ŠUPLJE VENE: NEOČEKIVANA PRIMARNA PREZENTACIJA MALIGNE BOLESTI KOD KLINIČKI ZDRAVE OSOBE

**Anđela Šimunović¹, Paola Bajlo¹*

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Sindrom gornje šuplje vene (SGŠV) predstavlja klinički entitet koji nastaje zbog opstrukcije protoka krvi kroz gornju šuplju venu. Klinička prezentacija obuhvaća najčešće simptome kao što su oticanje lica i ruku, bol u prsima, respiracijske tegobe te neurološke manifestacije. Rak pluća i ne-Hodgkinov limfom (NHL) odgovorni su za 85%-90% slučajeva sindroma gornje šuplje vene (SGŠV) povezanih s malignitetima, dok metastatski karcinomi čine približno 10%.

Prikaz bolesnika: Žena u dobi 63 godine upućena je iz ordinacije obiteljske medicine zbog progresivnog oticanja desne dojke i desne ruke. Anamnestički, bolesnica navodi kako su tegobe počele tjedan dana prije dolaska u bolnicu kada je primijetila oticanje desne strane vrata, potom desne ruke i desne dojke. Druge tegobe nije navodila. Fizikalnim pregledom vidljive su bile i proširene vratne vene te vene prsnog koša. Klinički i ultrazvučno postavila se sumnja na sindrom gornje šuplje vene te je bolesnica upućena na hitni CT toraksa. Tom pretragom otkrivena je nekrotična tumorska tvorba prednjeg mediastinuma promjera 10 cm koja uzrokuje znatnu kompresiju gornje šuplje vene, a komprimira i desnu potključnu venu te lijevu brahiocefaličnu venu. Osim navedene tvorbe, prisutni su i brojni povećani te tumorski promijenjeni limfni čvorovi u mediastinumu, oba plućna hilusa, obje aksile, retropektoralno, u retroperitoneumu lumbalne regije s kompresijom i donje šuplje vene. Tumorske tvorbe vidljive su u oba bubrega, obje nadbubrežne žlijezde te su vidljivi povećani limfni čvorovi s obje strane vrata. Konzultirana je dežurna specijalistica hematologije koja je inicirala biopsije konglomerata limfnih čvorova u desnom pazuhu te u trenutku pisanja ovog prikaza slučaja PHD nalaz nije bio gotov.

Zaključak: Sindrom gornje šuplje vene (SGŠV) predstavlja ozbiljno medicinsko stanje koje zahtijeva hitno prepoznavanje i intervenciju zbog

rizika od značajnog morbiditeta i mortaliteta. Rano prepoznavanje inicijalnih simptoma, omogućuje ciljani pristup koji poboljšava ishod bolesnika, naglašavajući važnost multidisciplinarnog pristupa i brzog djelovanja medicinskog tima.

Ključne riječi: sindrom gornje šuplje vene, ne-Hodkinov limfom, multidisciplinarni pristup

***Dopisni autor:**

Anđela Šimunović, dr.med.
Klinički bolnički centar Zagreb
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb
email: andelasimunovic6@gmail.com

PLUĆA EMBOLIJA UZ UREDNE D-DIMERE

**Iva Miloš¹, Jasmin Hamzić²*

¹Zavod za hitnu medicinu Krapinsko-zagorske županije

²Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Plućna embolija je hitno stanje koje se najčešće manifestira bolovima u prsima, otežanim disanjem i gubitkom svijesti. Među vitalnim parametrima se najčešće ističe sinus tahikardija, a iz acidobaznog statusa najčešće se verificira parcijalna respiracijska insuficijencija. Laboratorijski nalaz koji nam najčešće ukazuje na mogućnost postojanja plućne embolije je nalaz povišenih D-dimera. Najčešće, a je li uvijek? Ako postavimo sumnju na plućnu emboliju kod bolesnika s gore navedenom kliničkom slikom koji nije tahikardan i/ili parcijalnoj respiracijskoj insuficijenciji, a ima povišene D-dimere, zašto većinom isključimo mogućnost plućne embolije ako imamo sve kliničke simptome i znakove, ali ne i povišene D-dimere?

Prikaz slučaja: Prikazat ćemo slučaj bolesnice koja se prezentirala u hitnoj službi sa stenokardijom, dispnejom i sinkopom. EKG je pokazao sinus tahikardiju, a u acidobaznom statusu se nađe parcijalna respiracijska insuficijencija. U laboratorijskim nalazima nađu se mirni upalni parametri, povišeni troponin, te mirni D-dimeri. U hitnoj službi se učini orijentacijski ultrazvuk srca, koji pokaže desnostrano opterećenje srca, zbog čega se odluči snimiti CT angiografija

plućnih arterija kojom se opišu na bifurkaciji desne i lijeve plućne arterije veliki embolusi, s obostranim širenjem u gotovo sve segmentalne ogranke.

Zaključak: Iako mogućnosti obrade, što laboratorijske, što slikovne, rastu i postaju sve dostupnije, uvijek će dobra anamneza i fizikalni pregled bolesnika biti temelj i najvažnije dijagnostičko sredstvo koje imamo i za kojim se trebamo voditi prilikom liječenja bolesnika, što nam pokazuje i slučaj ove bolesnice.

Ključne riječi: plućna tromboembolija, d-dimeri

***Dopisni autor:**

Iva Miloš, dr.med.
Zavod za hitnu medicinu Krapinsko-zagorske županije
Ul. Mirka Crkvenca 1, Krapina, Hrvatska
email: iva.milos990@gmail.com

INFARKT LEĐNE MOŽDINE USLIJED AKTIVNE BORELIOZE – PRIKAZ SLUČAJA

**Marta Lauda¹, Martina Pavletić^{1,2}, Jelena Kirinčić¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Infarkt leđne moždine najčešće nastaje kao posljedica ishemije porijeklom iz ekstravertebralnih arterija. Simptomi su iznenadna, jaka bol u leđima, praćena rapidno progresivnom obostranom mlohavom tetraparezom ekstremiteta uz gubitak osjeta, posebno za bol i temperaturu. Ovim prikazom slučaja želi se skrenuti pozornost na važnost diferencijalne dijagnostike pri ranom prepoznavanju rijetkih, po život ugrožavajućih stanja.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 52 godine zaprimljen je u Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog trnjenja lijeve strane tijela. Dva sata prethodno prijemu osjetio je kratkotrajni gubitak snage u lijevoj strani tijela praćen osjetilnim senzacijama u vidu trnjenja. Pri inicijalnom neurološkom pregledu bolesnik se prezentirao uredne motoričke snage. Nedugo po inicijalnom

pregledu počinje se žaliti na bolnost ramenog obruča koja djelomično regredira na analgetsku terapiju, a praćena je trnjenjem lijeve ruke. Po prestanku djelovanja analgetika bolesnik navodi jaku bol praćenu ispadom osjeta ljevostrano. Ponovljenim neurološkim pregledom utvrđuje se asimetričnu tetraparezu, te ispad osjeta temperature i boli u lijevoj potkoljenici. Diferencijalno dijagnostički u hitnoći se učini CT aortografija kojom se isključi akutni aortalni sindrom te potom i MR leđne moždine kojom se inicijalno isključi akutne neurološke patologije. Obzirom na razvoj kliničke slike infarkta leđne moždine bolesnika se odlučuje hospitalizirati na Klinici za neurologiju. Unutar 24 sata učini se lumbalna punkcija. Mikrobiološkom analizom likvora verificiraju se pozitivna IgM protutijela na *B. burgdorferi* koja se potvrde Western blot metodom te se uvede ciljana antimikrobna terapija. U daljnjem tijeku hospitalizacije, kontrolnim MR-om cervikalne kralježnice verificiraju se ishemijske lezije medule nivoa C3-Th1. Tijekom bolničkog liječenja učinjena je široka laboratorijska i slikovna dijagnostika, isključena je trombofilija, te je provedena intenzivna fizikalna terapija. 25-tog dana po prijemu bolesnika se otpusti kući dobrog općeg stanja te poboljšanog neurološkog statusa uz preporuke o daljnoj medikaciji i fizikalnoj terapiji.

Zaključak: Pravovremena dijagnostika i isključenje akutnih stanja, poput aortalnog sindroma, bila su ključna u ovom slučaju. Infekcija *Borrelia*, koja je uzrokovala infarkt leđne moždine, uspješno je dijagnosticirana i liječena, što je omogućilo dobar neurološki ishod.

Ključne riječi: aortalni sindrom, asimetrična tetrapareza, boreliozna, dorzalgija

***Dopisni autor:**

Marta Lauda, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka,
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: laudamartaa@gmail.com

INVAZIVNA STREPTOKOKNA BOLEST MASKIRANA TRAUMOM – PRIKAZ SLUČAJA

**Marta Lauda¹, Jelena Kirinčić¹, Matea Radovanović¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Pneumokokna bolest potencijalno je po život opasna simptomatska infekcija bakterijom *Streptococcus pneumoniae* koja može uzrokovati ozbiljne komplikacije. Invazivnim oblikom bolesti smatra se infekcija praćena prodorom streptokoka u tijelo i krvotok, a manifestira se različitim kliničkim sindromima. Prikazom sljedećeg slučaja želimo istaknuti kako su kvalitetan klinički pregled i uzimanje anamneze neizostavni za brzu procjenu životno ugrožavajućih stanja.

Prikaz slučaja: Prikazujemo slučaj 82-godišnje bolesnice dovežene timom hitne medicinske službe u Objedinjeni hitni bolnički prijam. Žali se na bolnost desne ruke u predjelu ramenog zgloba, a heteroanamnestički se dobije podatak kako bolesnica živi sama te da je vrlo vjerojatno riječ o traumi. Bolesnica navodi kako se više dana osjećala slabo te da je prethodno prijemu pala u razini na desnu ruku. Fizikalnim statusom ustvrdi se vremenska i prostorna dezorijentiranost te bolnost desnog ramenog zgloba uz nemogućnost izvođenja abdukcije i fleksije, smanjenje grube motoričke snage u istoj ruci i kočenje šije. Obradom se ustvrdi fibrilacija atrija prosječne frekvencije klijetki 145 otkucaja u minuti, blaga anemija uz vrijednosti hemoglobina 107 g/L i vrlo visoke vrijednosti upalnih parametara, od čega CRP-a 382.2 mg/L i prokalcitonina 1.994 µg/L. Učini se CT mozga kojim se isključi trauma i ishemijska patologija te druga radiološka obrada kojom se isključi trauma ekstremiteta i kralježnice. Dodatno se uzorkuju hemo i urinokulture te bris na SARS-CoV-2 i influencu. Bolesnica se zbog razvoja kliničke slike u smislu sepse te meningizma hospitalizira na Klinici za infektivne bolesti gdje se učini lumbalna punkcija kojom se dokaže streptokokni meningitis. Inicijalno se empirijski uvede antimikrobna terapija koja se kasnije prilagodi antibiogramu, uz neuroradiološko praćenje bolesnice. Zbog sumnje na septički artritis desnog ramena učini se punkcija zgloba uz nalaz gnojnog sadržaja. Mjesec dana po prijemu bolesnica se otpusti na

kućnu njegu uz preporuku nastavka antimikrobne terapije.

Zaključak: Ovaj slučaj pokazuje važnost brze dijagnostike. Bolesnica je imala simptome koji su ukazivali na streptokokni meningitis i septički artritis, a dijagnoza je postavljena pravovremenim laboratorijskim i radiološkim testovima. Empirijska terapija, prilagođena antibiogramu, omogućila je stabilizaciju bolesnice i njen oporavak.

Ključne riječi: artritis, meningitis, pneumokok, sepsa

***Dopisni autor:**

Marta Lauda, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka,

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: laudamartaa@gmail.com

VRIJEDNOST CRP-a KAO PUTOKAZ U KLINIČKOM PREGLEDU – PRIKAZ SLUČAJA

**Marta Lauda¹, Pia Cvijanović¹*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

Sažetak

Intraabdominalni apscesi najčešće se razviju nakon perforacije šupljeg organa ili malignoma debelog crijeva, rjeđe širenjem infekcije ili kao posljedica upale. Ukoliko se ne otkriju na vrijeme te ne liječe širenjem mogu progredirati u generalizirani peritonitis te posljedično sepsu. Prikazom ovog slučaja želimo naglasiti važnost sofisticirane laboratorijske dijagnostike u brzom dijagnosticiranju životno ugrožavajuće patologije.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 76 godina upućena je od strane nadležnog liječnika primarne zdravstvene zaštite u Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog laboratorijski verificiranih visokih vrijednosti upalnih pokazatelja. Osmi dan pred prijem bolesnica je bila lošeg općeg stanja, u početku praćenog produktivnim iskašljajem. 4 dana prethodno dolasku u hitni prijem navodi progresiju lošeg općeg stanja te malaksalost uz odsutnost kašlja i respiracijskih tegoba. Bolesnica anamnestički prethodno prijemu negira povišene vrijednosti tjelesne temperature

te zimice i tresavice. Prilikom fizikalnog pregleda abdomen je palpatorno bezbolan bez znakova akutnog abdomena. Izdvajala se tahikardija od 120 otkucaja minuti te tjelesna temperatura 38.4 C aksilarno. Daljnjom laboratorijskom obradom verificira se visoka vrijednost upalnih parametara, ponajprije CRP-a uz leukocitozu i sniženu vrijednost hemoglobina i alterirane jetrene parametre. Učini se CT abdomena i zdjelice gdje se prikaže nepravilna formacija veličine oko 8 cm s većim aerolikvidnim nivoom i inkluzijama plina, u smislu apscesa. Bolesnica se hospitalizira na Odjelu digestivne kirurgije gdje se u hitnoći učini operacijski zahvat operacije po Hartmannu kojim se dokaže prisutnost rektalnog tumora uz perforaciju crijeva. Bolesnicu se 6 dana po hospitalizaciji otpušta kući uz preporuke za daljnje onkološko liječenje.

Zaključak: Ovaj slučaj pokazuje važnost pravovremenog prepoznavanja simptoma i laboratorijskih nalaza koji ukazuju na perforaciju crijeva i tumorsku patologiju, te potrebu za hitnim kirurškim liječenjem.

Ključne riječi: apsces, C-reaktivni protein, Hartmann, rektalni tumor

***Dopisni autor:**

Marta Lauda, dr.med.

Klinički bolnički centar Rijeka,

Objedinjeni hitni bolnički prijam

Krešimirova 43, Rijeka

email: laudamartaa@gmail.com

PREZENTACIJA TROMBOZE KAVERNOZNOG SINUSA KAO RESPIRACIJSKI ZATOJ - PRIKAZ SLUČAJA

*Tena Horvat¹, Iva Hajnžić¹

¹Županijska bolnica Čakovec, Čakovec

Sažetak

Cilj ovog sažetka je prikazati slučaj respiracijskog zastoja čiji je uzrok rijetko stanje, tromboza kavernoznog sinusa.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 71 godinu doveden je kolima hitne pomoći u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) nakon uspješne reanimacije na terenu. Po dolasku HMP-a bolesnik navodi otežano disanje unatrag 10 dana, a inicijalna saturacija iznosila je 40%, nakon čega ubrzo arestira. Po dolasku na OHBP SpO₂ je 96%, respiracija 24/minuti, puls 106/min., krvni tlak 157/115 mmHg, GCS 3. Bolesnik je bez svijesti, na bolni podražaj nema pokreta ekstremiteta niti otvaranja očiju, bez znakova vanjskih ozljeda. Koža i vidljive sluznice blijede, koža orošena znojem, oslabljenog šuma disanja. Bolesnik je intubiran te je ordinirana antibiotska terapija amoksicilin+klavulanska kiselina + metronidazol, profilaksa želučanog ulkusa IPP-om i tromboprofilaksa niskomolekularnim heparinom. Učinjeni MSCT mozga pokazuje vidljivu paraselarnu tvorbu poznatu od ranije te moguću trombozu lijevog kavernoznog sinusa ili kompresiju paraselarnom tvorbom. Bolesnik je SARS-COV-2 pozitivan, a tijekom cijelog intenzivnog liječenja subfebrilan do febrilan. U neurološkom statusu bez kočenja vrata, oslabljenih kornealnih refleksa, izokoričnih zjenica, ortoponiranih bulbusa s blažim egzoftalmusom obostrano. Na bol reagirao obostrano patološkom fleksijom ruku. U daljnjem tijeku liječenja bez neurološkog oporavka, GCS 4, ovisan o mehaničkoj ventilaciji. Iz svih uzetih mikrobioloških uzoraka nije se izolirao patogen. 7 dana nakon prijema bolesnik se klinički urušava, zahtijeva dvojni vazopresornu potporu. U terapiju je uveden meropenem i kortikosteriod, a sljedećeg dana i vankomicin. Unatoč svim poduzetim mjerama intenzivnog liječenja bolesnik razvija multiorgansko zatajenje uz kliničku sliku septičkog šoka zbog Klebsielle aerogenes te umire.

Zaključak: U ovom slučaju prikazujemo poteškoće u brznoj dijagnozi tromboze kavernoznog sinusa zbog širokog spektra simptoma kojima se može prezentirati. Pravovremeno prepoznavanje i agresivno liječenje antibioticima širokog spektra, potpornim mjerama i ciljanom tromboprofilaksom od presudne su važnosti. Ipak, složenost kliničke prezentacije i progresija bolesti često dovode do nepovoljnog ishoda što naglašava potrebu za daljnjim istraživanjima kako bi se unaprijedilo razumijevanje i optimizirali protokoli liječenja tromboze kavernoznog sinusa.

Ključne riječi: tromboza kavernoznog sinusa, sepsa

*Dopisni autor:

Tena Horvat, dr.med.

Županijska bolnica Čakovec

Ul. Ivana Gorana Kovačića 1E, Čakovec

email: horvattena1@gmail.com

POVRATAK TEMELJIMA DIJAGNOSTIČKOG POSTUPKA

*Ivanka Jurica¹, Martina Pavletić^{1,2}

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Ishemijske lezije u području arterije percheron rijetko su dijagnosticirane, ali mogu uzrokovati ozbiljne neurološke simptome.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 80 godina dovedena je vozilom Zavoda za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije zbog krize gubitka svijesti nakon čega zaostaje prostorna i vremenska dezorijentiranost. U transportu, neposredno pred dolazak u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP), bolesnica postaje somnolentna uz nastup desnostrane slabosti. Po dolasku u OHBP u neurološkom statusu perzistira kvantitativni poremećaj svijesti i desnostrana hemipareza zbog čega je bez odgode pokrenut protokol za neurointervenciju te je konzilijarno pozvana dežurna neurološka služba. Učinjen je CT prema protokolu za neurointervenciju (CT mozga, CT angoiografija karotidnih, vertebralnih i intrakranijskih krvnih žila) koji ne pokazuje

znakova svježe hemoragije i ishemije, kao ni vidljivog ispada perfuzije. Po učinjenom CT-u dolazi do regresije desnostrane slabosti bez oporavka stanja svijesti. Zbog urednog nalaza učinjene radiološke obrade od strane dežurne neurološke službe indicira se naredno zbrinjavanje po liječniku OHBP-a. U daljnjem tijeku prati se progresija poremećaja stanja svijesti do kome uz izraženu miozu zjenica obostrano zbog čega se bolesnicu endotrahealno intubira i postavi na mehaničku ventilaciju. Postavi se klinička sumnja na leziju moždanog debla. U dogovoru s dežurnom radiološkom službom indicira se hitni MR mozga kojim se dokaže akutna ishemijska lezija u irigacijskom području a. percheron (obostrano talamično i rostralno mezencefalično). Bolesnica se po navedenoj obradi hospitalizira u Jedinicu intenzivnog liječenja Klinike za neurologiju, gdje kroz nekoliko dana dolazi do oporavka stanja svijesti. Nakon duže hospitalizacije bolesnica se otpušta na fizikalnu rehabilitaciju uz zaostalu dezorijentiranost u vremenu i prostoru i blagu desnostranu centralnu hemiparezu.

Zaključak: Za učinkovitu kliničku praksu prikupljanje anamnestičkih podataka i sveobuhvatan klinički pregled čine temelje dijagnostičkog procesa, dok laboratorijski nalazi i radiološki postupci služe kao pomoćni alati kojima se upotpunjuje klinička sumnja.

Ključne riječi: ishemija, a. percheron, hemipareza, neurointervencija, MR mozga.

***Dopisni autor:**

Ivanka Jurica, dr.med.,
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: ivanka.jurica@gmail.com

KAKO JE RETENCIJA URINA SPASILA ŽIVOT

*Vedran Hrastić¹, Nataša Mavrinac^{1,2}

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

²Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 77 godina javlja se u ambulantu ispostave Hitne medicinske

pomoći zbog dizuričnih tegoba i nemogućnosti mokrenja. Od ostalih tegoba navodi hladno preznjavanje tokom dana, ali bez povišene tjelesne temperature. Izmjerene su niže vrijednosti krvnoga tlaka te zbog aritmične akcije srca se snimi EKG na kojem se bilježi fibrilacija atrija nepoznatog vremena nastanka uz denivelaciju ST spojnice u lateralnim odvodima i obrazac S1Q3T3. Radi retencije urina postavljen je urinarni kateter te se bolesnik uz medicinsku pratnju kolima hitne pomoći uputi u Objedinjeni hitni bolnički prijam na daljnu obradu. Bolesnik po dolasku u OHBP izuzev hipotenzije i tahikardije, je urednih vitalnih parametara i fizikalnog statusa. Negira osjećaj palpitacija, bolova u prsima i nedostatak zraka, bez omaglica i krize gubitka svijesti. U laboratorijskim nalazima ističu se visoke vrijednosti biljega oštećenja miokarda te D-dimera. Ultrazvukom u hitnoći prikaže se uvećanje desnog srca. Učini se plućna CT angiografija na kojoj se prikažu defekti kontrastnog punjenja u vidu masivne plućne tromboembolije. Bolesnik se primi na odjel kardiologije gdje se odlučuje za primjenu fibrinolitike terapije alteplazom. Po primjeni trombolize u daljnjem tijeku boravka prati se povlačenje znakova opterećenja desnog srca i hemodinamske stabilizacije bolesnika.

Zaključak: Plućna tromboembolija (PTE) je životno ugrožavajuće stanje koje često ima nespecifične simptome što može otežati postavljanje dijagnoze. Važnost kliničke procjene i visoke sumnje na životno ugrožavajuća stanja koja se mogu prezentirati nespecifičnim simptomima od velikog su značenja za pravodobnu dijagnostiku i liječenje te dobar ishod bolesnika.

Ključne riječi: plućna tromboembolija, retencija urina

***Dopisni autor:**

Vedran Hrastić, dr.med.,
Klinički bolnički centar Rijeka
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Krešimirova 43, Rijeka
email: vedran.hrastich@gmail.com

DISEKCIJA AORTE - PRIKAZ SLUČAJA

*Janja Marija Čogelja¹, Petra Mihaela Findrik¹, Lucija Lepen Jurak², Lucija Grgurić¹, David Jurak¹, Marina Stuparić¹, Anita Čevizović¹

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Županijska bolnica Čakovec, Čakovec

Sažetak

Cilj ovog sažetka je prikazati kako se disekcija aorte može pojaviti s atipičnim simptomima zbog čega se može zamijeniti za druge kliničke entitete te važnost ranog prepoznavanja same disekcije aorte.

Prikaz slučaja: Šezdeset šestogodišnji bolesnik se zaprima na Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) u Čakovcu zbog bolova u donjem dijelu leđa i abdomenu. Bolovi popustili nakon uzimanja Brufena, ali se bol pojačala dan poslije i širila u desnu nogu. Bolesnik boluje od hipertenzije te u terapiji ima Co-Perinevu. Prehospitalno primio F.O. 100 mL, Analgin 2,5 mg i.v. i Bysimin 10 mg i.v., a u OHBP-u mu je ordiniran Tramal 100 mg s.c., započeta infuzija F.O. 500 mL, Ketonal 100 mg i Bysimin 20 mg i.v. Iz statusa bolesnik je pri svijesti, blijed, tahikardan i dehidriran. Tlak mu iznosi 170/100 mmHg, a abdomen je distendiran, napet, uz defans u donjem desnom kvadrantu. Tijekom obrade u OHBP-u bolesnik kolabira te prima F.O. Bolesnik se prima u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL) zbog sumnje na akutni abdomen te sumnje na krvarenje u abdomen. Prilikom prijema u JIL tahikardan, krvni tlak nemjerljiv, disanje insuficijentno, SpO₂ 80%. Započinje se s postupcima kardiopulmonalne reanimacije. Učini se intubacija uz primjenu Etomidata i Lystenona te je kontrolirana ventilacija FiO₂ 100%. Započinje se masaža srca, na EKG-u bradikardija oko 30/min stoga ordiniran Atropin 1 mg, nakon čega se na monitoru pokaže PEA pa se ordinira Adrenalin 1 mg i.v. u ciklusima reanimacije. Također se primjenjuje Noradrenalin u maksimalnoj dozi. PEA perzistira na monitoru do kraja reanimacije. U tijeku reanimacije na ABS-u vidljiv pad krvne slike i laktacidoza. Unatoč svim postupcima oživljavanja i intenzivnog liječenja nastupa smrtni ishod. Patološko-anatomskom dijagnozom se utvrđuje ruptura aneurizme abdominalne aorte.

Zaključak: Disekcija aorte je ozbiljno i često smrtonosno stanje. Važno je uključiti disekciju

aorte u diferencijalnu dijagnozu te na vrijeme prepoznati tipične i atipične simptome kako bi spriječili smrtni ishod kod bolesnika.

Ključne riječi: disekcija aorte, akutni abdomen, reanimacija

*Dopisni autor:

Janja Marija Čogelja
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, Rijeka
email: jcogelja@uniri.hr

SITAGLIPTIN KAO UZROK EUGLIKEMIJSKE KETOACIDOZE

*Iva Miloš¹, Jasmin Hamzić²

¹Zavod za hitnu medicinu Krapinsko-zagorske županije

²Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Dijabetička ketoacidoza je komplikacija šećerne bolesti koja se može manifestirati bolovima u trbuhu, proljevima, povraćanjem ili učestalijim mokrenjem. Kod fizikalnog pregleda najčešće se nađe tahikardija, hipotenzija, tahipnea i temperatura, ukoliko je u podlozi infekcija. Iako je dijabetička ketoacidoza češća kod bolesnikakoji boluju od šećerne bolesti tipa I, ona se može javiti i kod onih koji liječe tip II šećerne bolesti. Kod tih bolesnika, dijabetičku ketoacidozu može uzrokovati infekcija, tromboembolijski incident (srčani udar, moždani udar) ili lijekovi poput kortikosteroida (prednizon) ili antipsihotika (olanzapin, klopazapin, risperidon i sl.), te SGLT-2 inhibitori (inhibitori Na-glukoza kotransportera 2). Međutim, u literaturi su opisani i rijetki slučajevi kada je ista bila uzrokovana inhibitori dipeptil-peptidaze 4 (inhibitori DPP-4).

Prikaz slučaja: U ovom prikazu slučaja, radi se o bolesniku koji je u hitni prijem dovežen od strane izvanbolničke hitne medicinske službe zbog tahipneje i hipotenzije, bez vodećeg simptoma. S obzirom da bolesnik boluje od demencije, nije bilo moguće uzeti adekvatnu anamnezu, te su svi podatci uzeti iz recentne medicinske dokumentacije. Radi se o bolesniku koji liječi, uz demenciju, arterijsku hipertenziju, fibrilaciju atrijsku, hiperlipidemiju, te šećernu bolest tipa II. Do nedavno u terapiji je imao SGLT-2 inhibitor

koji mu je ukinut zbog posljedične ketoacidoze, te mu je uveden inhibitor DPP-4 - sitagliptin. Tijekom pregleda, bolesnik je tahidispnoičan, koristi pomoćnu muskulaturu, uredne saturacije, hipotenzivan. U acidobaznom statusu verificira se metabolička acidoza, te se izmjere visoke vrijednosti ketona uz normalne vrijednosti glukoze. U laboratorijskim nalazima se ne nađu povišeni upalni parametri, a daljnjom obradom se ne nađe sijelo infekta. U hitnoj službi se započne terapija brzodjelujućim inzulinom uz nadoknadu tekućine i korekciju elektrolita. Nedugo nakon, dolazi do poboljšanja općeg stanja bolesnika, kao i korekcije acidoze.

Zaključak: Dijabetička ketoacidoza može se javiti i kod bolesnika s dijabetesom tipa II, posebno nakon primjene lijekova poput SGLT-2 inhibitora i inhibitora DPP-4. U ovom slučaju, bolesnik s demencijom i pridruženim bolestima razvija metaboličku acidozu i ketoacidozu unatoč normalnim razinama glukoze. Pravovremena dijagnostika i terapija inzulinom te korekcija elektrolita omogućuju poboljšanje stanja bolesnika, što podcrtava važnost prepoznavanja rijetkih uzroka ketoacidoze u svakodnevnoj praksi.

Ključne riječi: dijabetička ketoacidoza, inhibitori dipeptil-peptidaze 4

***Dopisni autor:**

Iva Miloš, dr.med.

Zavod za hitnu medicinu Krapinsko-zagorske županije

Ul. Mirka Crkvenca 1, Krapina, Hrvatska

email: iva.milos990@gmail.com

PORFIRIJA KAO RIJEDAK UZROK AKUTNE BOLI U ABDOMENU: PRIKAZ SLUČAJA

**David Jurak¹, Lucija Grgurić¹, Marina Stuparić¹, Anita Čevizović¹, Janja Marija Čogelj¹, Petra Mihaela Findrik¹, Lucija Lepen Jurak²*

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

² Zavod za hitnu medicinu Međimurske županije

Sažetak

Cilj ovog sažetka je prikazati slučaj bolesnikice koja se javlja s akutnim bolom u abdomenu, jednim od najčešćih simptoma u hitnom prijemu, a nakon opsežne obrade i pregleda brojnih specijalista je dokazana rijetka metabolička bolest, porfirija.

Prikaz slučaja: Tridesetogodišnja bolesnica primljena je u hitni bolnički prijem u Čakovcu radi konstantnog bola u donjem dijelu abdomena koji je bio prisutan unazad četiri dana. Uz to, navodi da primjećuje da joj je urin crvenkaste boje, a liječnik obiteljske medicine je na dan prijema propisao antibiotik radi sumnje na urinarnu infekciju. Bolesnica je otpuštena kući, ali je u sljedećih pet dana od inicijalnog prijema kroz hitni bolnički prijem opsežno obrađena od strane ginekologa, internista, kirurga, urologa, infektologa i psihijatra koji u trenutku pregleda ne sugeriraju potrebu za hospitalizacijom i ne pronalaze znakove koji bi ukazivali na akutno zbivanje. Bolesnica je naposljetku, peti dan od prvog prijema, kolima dovezena u bolnicu gdje je hospitalizirana na Odjelu za psihijatriju radi somnolencije i dezorijentiranosti. U laboratorijskim nalazima vađenima u razmaku od prvoga dolaska do hospitalizacije na odjelu najprije se javlja blaga hiponatremija koja je kasnije progredirala u tešku hiponatremiju. Iz tog razloga je konzultiran nefrolog koji je indicirao kvantitativno određivanje fr

akcija porfirina u 24-satnom urinu. Nakon konzultacije s anesteziologom je dogovoren premještaj u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL) radi korekcije elektrolitnog disbalansa i praćenja vitalnih parametara. U toku boravka u JIL-u dobiva se podatak o dokazanoj porfiriji kod majke bolesnikice. Nakon pristiglih nalaza porfirina definitivno je dokazana porfirija nakon čega je započeta terapija humanim heminom.

Zaključak: Iako prilično česti nalaz u hitnome prijemu, bol u abdomenu je nespecifični simptom koji može u podlozi kriti rijetke metaboličke bolesti kao što je porfirija. Stoga je iznimno važno kritički pristupiti bolesniku s naizgled uobičajenom kliničkom slikom te s njime porazgovarati i detaljno uzeti anamnezu.

Ključne riječi: porfirija, metaboličke bolesti, bol u abdomenu

***Dopisni autor:**

David Jurak

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Braće Branchetta 20, Rijeka

email: djurak@uniri.hr

APSCES PSOASA KAO RIJEDAK UZROK KRIŽOBOLJE

**Marina Stuparić¹, Anita Čevizović¹, Lucija Grgurić¹, David Jurak¹, Petra Mihaela Findrik¹, Janja Marija Čogelj¹, Lucija Lepen Jurak²*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Županijska bolnica Čakovec, Čakovec

Sažetak

Cilj ovog sažetka je prikazati bolesnika s inicijalnim bolovima u leđima te naglasiti važnost pravovremene dijagnostike i liječenja rijetkih, ali ozbiljnih stanja poput apscesa m. psoasa, koji mogu dovesti do septičkog šoka i multiorganskog zatajenja unatoč intenzivnom liječenju.

Prikaz slučaja: Sedamdesetpetogodišnji bolesnik dolazi u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) Županijske bolnice Čakovec zbog boli u desnoj natkoljenici. Prije 3 dana dulje stajao na ljestvama, nakon čega se javila bol lumbalne kralježnice te desnog kuka sa širenjem u desno koljeno, uz otok desne natkoljenice i febrilitet 38,5 °C. Kod kuće je bio nepokretan zbog bolova, a tijekom noći primio je analgetike uz intervenciju Hitne službe. Fizikalnim pregledom pronađen je edem i crvenilo natkoljenice uz uredne periferne pulsacije. Povišeni D-dimeri ukazali su na moguću trombozu, no UZV-CD desne noge nije potvrdio DVT. MSCT abdomena otkriva apsces m. psoasa. Pregledan po kirurgu prema kojemu nema znakova akutne kirurške bolesti te je upućen na pregled infektologa. Tada tahikardan, srednje teškog narušenog općeg stanja. Bolesnik

je prebačen u Jedinicu intenzivnog liječenja zbog pogoršanja stanja – bio je somnolentan, tahikardan, hipotenzivan, s hladnim i marmoriziranim okrajinama. Unatoč intenzivnom liječenju, razvila se progresivna metabolička acidoza, hiperkalemija i multiorgansko zatajenje. Mikrobiologija je iz hemokultura izolirala *S. aureus*. Kirurška i perkutana drenaža nisu bile indicirane. Nažalost, uslijed ireverzibilnog septičkog šoka nastupio je smrtni ishod.

Zaključak: Apsces m. psoasa rijetko se javlja u starijih osoba u Europi, a obično je uzrokovan *S. aureusom*. Zbog nespecifičnih simptoma, dijagnoza zahtijeva multidisciplinarni pristup u dijagnostici i liječenju. Pravovremeno prepoznavanje i liječenje ključni su za sprječavanje teških komplikacija i smrtnih ishoda.

Ključne riječi: apsces m. psoasa, zlatni stafilokok, sepsa

***Dopisni autor:**

Marina Stuparić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Braće Branchetta 20, Rijeka

email: stuparicm@gmail.com

PLUĆNA EMBOLIJA I TENZIJSKI PNEUMOTORAKS U IMUNOKOMPROMITIRANOG BOLESNIKA

**Ana Radišić¹, Evita Prtenjača¹, Josipa Prišilić¹, Alan Kvarantan²*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb

²Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Imunokompromitirani bolesnici predstavljaju poseban izazov u hitnoj medicini. Njihov oslabljeni imunološki sustav podložan je razvoju oportunističkih infekcija, ali i razvoju atipičnih komplikacija i nespecifičnih simptoma koji mogu maskirati životno ugrožavajuća stanja. Kod takvih bolesnika čak i uobičajeni simptomi i znakovi poput febriliteta, dispneje, kašlja ili boli u prsnom košu mogu biti suptilni znakovi kompleksnih infekcija ili embolijskih događaja.

Prikaz slučaja: Prezentiramo slučaj 74-godišnjeg muškarca hospitaliziranog putem hitnog prijema

uslijed febriliteta i bolnosti u desnom hemitoraksu koji se prethodno liječi zbog limfoproliferativnih bolesti. Po prijemu je bolesnik bio hemodinamski stabilan, uz održanu saturaciju kisikom oko 93 %. Učinjen je RTG pluća na kojem nije bilo vidljivih promjena te je uslijed povišenih upalnih parametara uvedena terapija piperacilinom-tazobaktamom i vankomicinom. Nekoliko sati nakon prijema bolesnik postaje somnolentan, tahikardan, tahidispnoičan i započinje iskašljavati svježe koagulumе. Posljedično je učinjena MSCT plućna angiografija kojom je prikazana obostrana plućna embolija (PE), obostrane infiltrativne i cistične promjene suspektne na invazivnu aspergilozu uz alveolarnu hemoragiju. Zbog prijetećeg hemodinamskog i respiracijskog urušaja bolesnik je premješten u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL). Pristigla hemokultura bila je pozitivna na *Pseudomonas aeruginosa*. Sljedećeg dana učinjen je kontrolni RTG pluća koji prikazuje veliki likvidopneumotoraks s pomakom medijastinuma kontralateralno, kao i kolabirano desno plućno krilo. Indicirana je hitna drenaža pneumotoraksa, primjena niskomolekularnog heparina, respiracijska potpora primjenom kisika i vazoaktivna potpora noradrenalinom. Hitnom bronhoskopijom postignuta je hemostaza. U terapiju su uvedeni vorikonazol i amfotericin B. Bolesnik umire uslijed refraktornog septičkog šoka.

Zaključak: Brza progresija vjerojatne invazivne aspergiloze dovela je do fatalnog ishoda unatoč intenzivnom liječenju. Klinička slika upućivala je na infekciju nepoznatog sijela, ali ne i na komplikaciju u vidu PE i tenzijskog pneumotoraksa. Ovaj slučaj ističe važnost kontinuiranog praćenja stanja imunokompromitiranih bolesnika i ponovnog izvođenja dijagnostičkih postupaka kako bi se dijagnoza postavila pravovremeno, a liječenje započelo što je prije moguće i time izbjegle potencijalne životno ugrožavajuće posljedice.

Ključne riječi: invazivna aspergiloza, plućna embolija, pneumotoraks, imunokompromitirani bolesni

***Dopisni autor:**

Ana Radišić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Šalata 2, Zagreb

email: ana.radic3@gmail.com

HIPERTENZIVNA EMERGENCIJA PREZENTIRANA HEMOFTALMUSOM I TRAKCIJSKOM ABLACIJOM RETINE OBA OKA U BOLESNICE S NEPREPOZNATOM ARTERIJSKOM HIPERTENZIJOM

**Anika Stepić¹, Višnja Neseć Adam^{1,2}*

¹Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek

Sažetak

Hipertenzivna kriza je stanje akutnog i produženog povećanja krvnog tlaka na vrlo visoke vrijednosti. Razlikuju se pojmovi hipertenzivne emergencije, koja predstavlja stanje hitnoće u hipertenziji s oštećenjem ciljnih organa, te hipertenzivne urgencije, stanje izrazito povišenog krvnog tlaka bez oštećenja ciljnih organa. Hipertenzivna emergencija je definirana porastom krvnog tlaka >220/140 mmHg te dijastoličkog krvnog tlaka >120-130 mmHg, koji može dovesti do akutnog infarkta miokarda, hipertenzivne encefalopatije, intrakranijskih krvarenja, disekcija aneurizmi, akutnog bubrežnog zatajenja te plućnog edema.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 42 godine pregledana je u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (OHBP) naše bolnice zbog smetnji vida u trajanju od tri dana. Po dolasku su izmjerene povišene vrijednosti krvnog tlaka 230/120 mmHg. Bolesnica do sada nije teže bolovala. Učinjena hitna neuroradiološka obrada je bez akutnog supstrata. Oftalmološkim pregledom fundusa verificiran je hemoftalmus i trakcijska ablacija retine oba oka. U laboratorijskim nalazima nađe se akutna bubrežna ozljeda (kreatinin 129 µmol/L), mikrocitna anemija (Hb 70 g/L) i povišene vrijednosti GUK-a (15,6 mmol/L). Za vrijeme boravka u OHBP-u korigirane su vrijednosti krvnog tlaka antihipertenzivnom terapijom, korigirana je glikemija primjenom inzulina te provedena parenteralna nadoknada tekućine. Bolesnica je hospitalizirana zbog daljnje obrade i traženja oštećenja drugih ciljnih organa te parenteralne nadoknade željeza.

Zaključak: Hipertenzivna kriza se najčešće javlja u bolesnikas od ranije prisutnom hipertenzijom koja nije bila na vrijeme prepoznata ili adekvatno kontrolirana. Ako se ovo stanje na vrijeme ne prepozna i ne primjeni odgovarajuća terapija može

doći do zatajenja ciljnih organa. Adekvatan pregled i procjena su od velike važnosti pri određivanju nalazi li se bolesnik u hipertenzivnoj urgenciji ili emergenciji. Hipertenzivna emergencija zahtijeva hospitalizaciju radi promptne kontrole krvnog tlaka upotrebom parenteralnih antihipertenziva. Cilj je sniženje srednjeg arterijskog tlaka za 25% od početne vrijednosti (unutar prvog sata), a dijastolički tlak ne bi trebao biti manji od 110 mmHg, kako bi se spriječilo daljnje oštećenje ciljnih organa.

Ključne riječi: hipertenzivna emergencija, hipertenzivna urgencija, hipertenzija, ciljna oštećenja organa, hemoftalmus

***Dopisni autor:**

Anika Stepić, dr.med.,
Klinička bolnica Sveti Duh
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Sveti Duh 64, Zagreb
email: anika.galunic@gmail.com

ZBRINJAVANJE KOMPLEKSNOG BOLESNIKA U OHBP-u – PRIKAZ SLUČAJA

**Hana Cerić¹, Haris Mehdić¹, Adis Keranović²*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb

²Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Kompleksni bolesnik predstavlja izazovan skup višestrukih kroničnih bolesti te složenih psihofizičkih i socijalnih poteškoća koje značajno otežavaju pružanje adekvatne zdravstvene skrbi. Ova specifična skupina bolesnika često zahtijeva multidisciplinarni pristup u kojem se integrira ekspertiza različitih stručnjaka. Tako nam se otvara potreba za holističkim razumijevanjem kako bismo odgovorili na njihove jedinstvene i složene zdravstvene potrebe.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 88 godina javlja se na hitni prijem zbog bolova pod desnim rebrenim lukom. Anamnestički navodi mučninu i povraćanje, zimicu te izostanak stolice unatrag 3 dana, nije bio febrilan. Prilikom pregleda u našoj hitnoj službi abdomen je bolan na palpaciju pod desnim rebrenim lukom uz pozitivan Murphyev znak, preostali status uredan. Bolesnik se inače

prati kod urologa nakon radikalne operacije zbog karcinoma mokraćnog mjehura i prostate te zbog poznate šećerne bolesti tip 2. Učinjen je ultrazvuk abdomena na kojem nije bilo znakova kolecistitisa, na RTG-u abdomena meteoristične vijuge kolona uz aerolikvidne nivoe u vijugama tankog crijeva. Učinjen je i hitni CT abdomena na kojem se uočava hidronefroza i pijelonefritis, kolecistitis, novonastala aneurizma abdominalne aorte te parastomalna hernijacija. U laboratorijskim nalazima pronađeni su povišeni parametri upale te urinarna infekcija. Bolesnik je liječen konзерvativno parenteralnim antibioticima te je prema mišljenju konzilija bez indikacije za kirurškim intervencijama. S obzirom na nedostatak kreveta ostaje do daljnjeg u hitnom prijemu.

Zaključak: Ovaj bolesnik je primjer kompleksnog bolesnika na više nivoa. Prepoznavanje i definiranje kompleksnih bolesnika od suštinske je važnosti jer omogućuje precizno usmjeravanje medicinskih intervencija, čime se značajno poboljšavaju ishodi liječenja i optimiziraju zdravstveni resursi. Ovakav pristup smanjuje rizik od pogoršanja bolesti i učestalih hospitalizacija te pridonosi postizanju bolje kvalitete života za ovu osjetljivu skupinu bolesnika.

Ključne riječi: kompleksni bolesnici, hidronefroza, pijelonefritis, kolecistitis, aneurizma abdominalne aorte

***Dopisni autor:**

Hana Cerić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Šalata 2, Zagreb
email: ceric.hana@gmail.com

VRUĆICA KAO PRIMARNI SIMPTOM I UZROK IZAZOVNE DIJAGNOSTIKE INFEKTIVNOG ENDOKARDITISA

*Hana Franić¹, Tomo Trstenjak², Petra Sulić³, Laura Tomić³, Martina Bojić¹, Lucija Mihaljević¹, Duje Jergan¹

¹Zavod za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije

²Klinička bolnica „Sveti Duh“ Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

³Opća Bolnica „Ivo Pedišić“ Sisak

Sažetak

Infektivni endokarditis (IE) je životno ugrožavajuća infekcija srca koja zahvaća endokard i srčane zaliske, obično uzrokovana bakterijskim patogenima. Uobičajeni simptomi uključuju vrućicu, zimicu, otežano disanje, šumove na srcu i ekstremni umor. Međutim, neki slučajevi mogu se predstaviti vrućicom kao primarnim i jedinim simptomom, što predstavlja određeni dijagnostički izazov. Ovaj slučaj opisuje kako jedan tako čest znak bolesti poput febriliteta može biti jedina indikacija infektivnog endokarditisa, posebice kod starijih bolesnika s kompleksnim pridruženim bolestima.

Prikaz slučaja: Sedamdeseto godišnji muškarac s hiperlipidemijom, dijabetesom i preboljenim infarktom miokarda (STEMI, liječen PCI-jem) dovezen je na hitnu službu s vrućicom i općom slabošću. Bolesnik je gluhonijem, u pratnji sina, koji je izvijestio da bolesnik ima temperaturu od 39,5°C posljednja 24 sata, uz učestalo mokrenje, bez respiracijskih ili abdominalnih tegoba. Iz anamneze poznato je da bolesnik boluje od ishemijske kardiomioparije sa smanjenom ejekcijskom frakcijom, te da mu je prije godinu dana ugrađen kardioverter-defibrilator. Pregledom je ustanovljeno da je bolesnik febrilan (37.4) i hipotenzivan (90/50 mmHg). Laboratorijska obrada otkrila je značajno povišen C-reaktivni protein (CRP) od 227,1 mg/L i leukocite $18,4 \times 10^9/L$, te hiperglikemiju (14 mmol/L). Uzete su Hemokulture kojima je ustanovljena prisutnost *Staphylococcus aureus*-a. RTG prsnog koša pokazao je mogući incipijentni upalni infiltrat desno bazalno, upućujući na potencijalnu pneumoniju bez očitih znakova endokarditisa. Kardiovaskularni pregled bio je uredan, bez auskultacijskih šumova. Bolesniku je dijagnosticirana sepsa, uzrokovana bakteremijom *Staphylococcus aureus*-a, te je prebačen u

jedinicu intenzivnog liječenja sa sumnjom na infektivni endokarditis. Liječenje je započeto antibioticima: vankomicinom, ceftriaksonom i azitromicinom. Obzirom na povećani rizik od komplikacija, planirana je daljnja obrada, uključujući ehokardiografiju.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava važnost razmatranja infektivnog endokarditisa kao potencijalne dijagnoze kod starijih bolesnika koji se prezentiraju s vrućicom kao primarnim simptomom, posebno u prisutnosti faktora rizika poput dijabetesa, nedavnog infarkta miokarda i povijesti srčanih bolesti. Rano prepoznavanje i pravovremeno liječenje antibioticima ključni su za poboljšanje ishoda bolesnika.

Ključne riječi: infektivni endokarditis, sepsa, *Staphylococcus aureus*

*Dopisni autor:

Hana Franić, dr.med.

Zavod za hitnu medicinu Sisačko moslovačke županije

Ul. 1. svibnja 20, Sisak, Hrvatska

email: hana.franic@gmail.com

DIPLOPIJA I RECIDIV FRONTORBITALNE MUKOKELE NAKON OPERACIJE KRANIOTOMIJOM

*Luka Ravlić¹, Iva Ravlić², Karlo Tkalec³, Dorian Stilinović¹, Luka Ljubek¹, Marko Velimir Grgić⁴

¹Medicinski fakultet Sveučilište u Zagreb, Zagreb

²Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije

³Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije

⁴Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice, Zagreb

Sažetak

Mukokele paranazalnih sinusa su cistične tvorbe koje se postupno šire i ispunjavaju sinusnu šupljinu. Uglavnom nastaju opstrukcijom drenaže sinusa, najčešće zbog traume ili upale. Najčešće su zahvaćeni frontalni i etmoidni sinusi. Bolesnici se žale zbog glavobolje, protruzije i ograničene kretnje oka te oslabljenog vida. Ovdje prikazujemo pojavu diplopije i recidiva mukokele nakon neprimjerenog liječenja kraniotomijom.

Prikaz slučaja: Prikazujemo slučaj 63-godišnjeg muškarca koji se u posljednje vrijeme žali na dvoslike uz jak pritisak i osjećaj trnaca s lijeve strane čela. Bolesniku su godinu dana

prije operirali lijevu frontoorbitalnu mukokelu kraniotomijom i postavljanjem titanske mrežice na superomedijalni dio orbite. 20 godina prije je operirao sinuse zbog začepjenja nosa. Pri pregledu uočava se diskretno zaostajanje lijevog bulbusa te dvoslike pri pogledu prema gore. CT perinazalnih sinusa i orbite pokazuje rezidualnu mukokelu lijevog frontalnog recesusa i prednjih etmoidnih celula ispunjenu gušćim tekućim sadržajem, lagano deniveliranu titansku mrežicu na krovu orbite i atrofiju gornjeg ravnog mišića oka. Učinjena je endoskopska marsupijalizacija rezidualne etmoidne mukokele te je postavljena resorptivna tamponada. Operacija i rani poslijeoperacijski tijek su protekli uredno te se bolesnik otpušta na kućnu njegu dobrog općeg stanja. Godinu i pol kasnije se bolesnik ponovno javlja zbog pogoršanja dvoslike, pri čemu mu se na kontrolnom MR-u ne vidi značajna patologija u području paranazalnih sinusa.

Zaključak: Smatra se da su dvoslike u ovom slučaju posljedica prirastanja lijevog gornjeg ravnog mišića oka za ugrađenu titansku mrežicu što nije liječivo kirurški. Također, prijašnjom operacijom sa kraniotomijom nije uspostavljena odgovarajuća drenaža sinusa što je uzrokovalo recidiv mukokele. Ovim slučajem ukazujemo na moguće posljedice neadekvatnog postupka u liječenju mukokela paranazalnih sinusa. Dvoslike i glavobolja mogu biti posljedica raznih etiologija (migrena, trauma, CVI itd.) te ovaj slučaj prikazuje kako temeljita anamneza i fizikalni pregled mogu uputiti na odgovarajući uzrok ovih simptoma.

Ključne riječi: mukokela, paranazalni sinusi, dvoslike, kraniotomija

***Dopisni autor:**

Luka Ravlić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Šalata 2, Zagreb
email: luka000sb@gmail.com

URTİKARIJA, SIMPTOM KOJI KRIJE IZNENADENJE

**Luka Maršić¹, Lea Gvozdanović², Sandra Schmidlin³*

¹OB dr. Josip Benčević, Slavonski Brod

²Opća Bolnica Našice, Našice

³Lucernen Kantonsspital

Sažetak

Ehinokokna bolest rijetka je parazitska infekcija koja se može često prezentirati nespecifično.

Prikaz slučaja: Prezentiramo prikaz slučaja 35 godišnje bolesnice koja se prezentira s urtikarijom, svrbežom kože, bez znakova sistemske alergijske reakcije. Simptomi nisu regredirali nakon primjene standardne antihistaminske i kortikosteroidne terapije. Učinjeni su laboratorijski nalazi koji su pokazali leukocitozu, blag porast C-reaktivnog proteina i eozinofiliju. Bolesnica je opservirana tokom noći. Bolesnikici je učinjen POCUS (od *engl.* Point of Care Ultrasonography), ultrazvuk uz krevet bolesnika abdomena koji je prikazao kompleksnu cistu suspektu na ehinokoknu cistu u području jetre. Konzultiran je dežurni infektolog koji je postavio sumnju na početnu diseminaciju ehinokokne bolesti. Bolesnica je hospitalizirana i započeto je specifično liječenje. Nakon hospitalizacije i niza kontrola nisu pronađeni znaci diseminacije bolesti. Zaključno diseminacija ehinokokne bolesti je rijetko životno ugrožavajuće stanje koje je na sreću, zahvaljujući POCUS-u otkriveno na svom samom početku te uspješno liječeno te su izbjegnute neželjene posljedice.

Zaključak: Prikazani slučaj ističe važnost primjene POCUS-a kao brzog i učinkovitog dijagnostičkog alata u otkrivanju potencijalno ozbiljnih stanja poput ehinokokne bolesti, omogućavajući rano prepoznavanje i pravodobno liječenje te sprječavanje mogućih komplikacija.

Ključne riječi: POCUS, ehinokokna cista, diseminacija, liječenje.

***Dopisni autor:**

Luka Maršić, dr.med.,
OB dr. Josip Benčević – Slavonski Brod
Ul. Andrije Štampara, Slavonski Brod
email: luka.marsic@gmail.com

TROVANJE DIGITALISOM – KLASIČNO OTROVANJE, DANAS RIJETKO, MEĐUTIM JOŠ UVIJEK PRISUTNO

*Petar Mrđa¹, Jasmin Hamzić¹, Ivan Gornik¹

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Uporaba digitalisa više nije toliko česta, no za neke bolesnike je to i dalje dobar lijek za kontrolu frekvencije srca u liječenju fibrilacije atrijske. Toksični učinci digitalisa su od ranije dobro poznati, no kao i mnoga druga otrovanja, naše prepoznavanje i liječenje je često manjkavo. U ovome prikazu slučaja predstaviti ćemo slučaj trovanja digoksinom.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 87 godina dovežena je u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) KBC-a Zagreb od strane Tima 1 zbog slabosti i umora. Riječ je o bolesnici koja je korisnica mirovnog doma brojnim pridruženim bolestima, do sada pokretnoj osobi koja se žali na slabost i umor, navodno od jutra, orijentirane u prostoru, vremenu i prema osobama, održanog tlaka, dehidriranih sluznica, suhe pelene. U EKG-u je bila vidljiva bradikardna FA odgovora ventrikula 30-50 min sa povremenim ES, bez dinamike ST-T spojnice, u VABS-u prisutna blaža metabolička acidoza urednog AG, u lab. nalazima prisutna akutna bubrežna insuficijencija ultrazvučno dokazana prerenalne etiologije po hipovolemijskom tipu, eGFR < 15, kreatinin 700, urednog nalaza K⁺. Zbog spore forme FA i anamnestičkog podatka o korištenju digitalisa, izvađena je razina digoksina u serumu koja je iznosila 4.4 nmol/L (terapijska širina 0.5 – 2 nmol/L), započeta nadoknada tekućine izotoničnim bikarbonatima i balansiranim tekućinama, te započeta terapija monoklonalnim antitijelima (5 ampula od 40 mg). Bolesnica je inicijalno dobro odgovorila na administriranu terapiju, međutim ponovno je došlo do usporavanja nakon 20 sati od početne terapije te su još administrirane 2 ampule antitijela, a nakon toga je bolesnica hospitalizirana na Klinici za bolesti srca. Trovanje digoksinom može se prezentirati s bizarnim poremećajima srčanog ritma, a u slučaju bradikardne forme FA treba svakako posumnjati na trovanje digitalisom.

Zaključak: Trovanje digitalisom može izazvati ozbiljne poremećaje srčanog ritma, često s

nespecifičnim simptomima poput slabosti i umora. Pravovremeno prepoznavanje i liječenje, uključujući primjenu specifičnih antitijela, ključno je za stabilizaciju. Ovaj slučaj naglašava važnost visoke razine sumnje u bolesnika s odgovarajućim anamnezama i srčanim aritmijama.

Ključne riječi: trovanje digitalisom bradikardija, fibrilacija atrijske,

*Dopisni autor:

Petar Mrđa, dr.med.

Klinički bolnički centar Zagreb
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb
email: petar.mrdja1@gmail.com

TEŠKA HIPOKALEMIJA UZROKOVALA PRIMJENOM SISTEMSKIH KORTIKOSTEROIDA ZA AKUTNU BOL U DONJEM DIJELU LEĐA

*Alisa Zobel¹, Jasmin Hamzić¹, Ivan Gornik¹

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Zagreb

Sažetak

Hipokalemija česti je poremećaj ravnoteže elektrolita koji se susreće u hitnoj službi. Uzroci su mnogobrojni, često se mogu naslutiti već iz anamneze, a ugrubo se mogu podijeliti na smanjeni unos kalija, povećani gubitak iz organizma te poremećaje raspodjele kalija između unutarstaničnog i izvanstaničnog prostora. Teški poremećaji koncentracije kalija potencijalno su životno ugrožavajući zbog reperkusija na potencijal membrane srčanog i skeletnog mišića što može dovesti do srčanih aritmija i mišićne kljenuti. Akutna bol u leđima jedan je od najčešćih razloga prezentacije bolesnika u hitnu službu. Uz izostanak tzv. red flag simptoma liječenje je simptomatsko, a u praksi se najčešće koriste kombinacije nesteroidnih antireumatika, benzodiazepina i kortikosteroida.

Prikaz slučaja: Slijedi prikaz bolesnika koji je hospitaliziran preko hitne službe zbog teške hipokalijemije praćene tetraparezom koja je uslijedila nakon intramuskularne aplikacije deksametazona zbog akutnih bolova u leđima. Radi se o prethodno zdravom 40-godišnjaku koji se javio u hitnu službu zbog bolova u donjem

dijelu leđa nakon dizanja tereta, inicijalno bez popratnih neuroloških deficita. Aplicirana mu je terapija ketoprofenom, diazepamom i deksametazonom. Nedugo po odlasku iz hitne službe razvija slabost donjih ekstremiteta zbog koje nije mogao ustati iz sjedećeg položaja. Bolesnik se vraća u hitnu službu te je pri ponovnom pregledu prisutna slabost isprva donjih ekstremiteta koja ubrzo progredira do tetrapareze s GMS 2/5 na sva 4 ekstremiteta. Obradom se utvrdi teška hipokalemija (K 1.5 mmol/L) praćena promjenama na EKG-u u vidu difuzne ST denivelacije i inverzije T valova te U valova u prekordijalnim odvodima, zatim hiperglikemija (GUK 18 mmol/L) i hipofosfatemija (P <0.36 mmol/L). Ostatak acidobaznog statusa uredan, razina magnezija uredna. Bolesnik se hospitalizira u intenzivnu jedinicu radi nadoknade elektrolita te monitoriranja srčanog ritma i disanja. Uz korekciju elektrolita nastupa potpuni oporavak. Pretpostavljeni mehanizam razvoja hipokalemije jest povećani unutarstanični transport kalija posredovan hiperinzulinemijom uzrokovanom aplikacijom sistemskih kortikosteroida.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava potrebu za oprezom pri primjeni sistemskih kortikosteroida, posebno u bolesnika bez prethodne metaboličke obrade, jer mogu izazvati ozbiljne elektrolitske poremećaje poput teške hipokalijemije. Brza prepoznavanja i korekcija elektrolita omogućila je potpuni oporavak bolesnika i spriječila daljnje komplikacije.

Ključne riječi: hipokalijemija, kortikosteroidi, mišićna slabost

***Dopisni autor:**

Alisa Zobel, dr.med.

Klinički bolnički centar Zagreb
Objedinjeni hitni bolnički prijam
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb
email: alisa.zobel@gmail.com

EGZACERBACIJA IMUNOSNE TROMBOCITOPENIČNE PURPURE U PREPARTALNOM RAZDOBLJU

**Nina Vranić¹, Adam Vrbanić², Marko Škvorc², Gordan Zlopaša²*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za ženske bolesti i porode, Zagreb

Sažetak

Imunosna trombocitopenična purpura stečeni je hematološki poremećaj uzorkovan autoantitijelima na glikoproteine membrane trombocita i megakariocita koja dovode do povećane razgradnje te smanjene produkcije trombocita. Bolest se dijeli na primarnu, odnosno stečeni autoimuni poremećaj, te sekundarnu imunosnu trombocitopeničnu purpuru uzrokovanu autoimunim ili limfoproliferativnim bolestima, lijekovima, virusnim infekcijama te *Helicobacter pylori* infekcijom. U trudnoći ova bolest nosi povećan rizik postpartalne hemoragije kod trudnice te neonatalne trombocitopenije kod novorođenčeta.

Prikaz slučaja: Tridesetpetogodišnja drugorodilja dolazi u 39. tjednu trudnoće u hitnu ginekološku ambulantu zbog krvavog vaginalnog iscjetka i trudova. U prvoj je trudnoći, zbog niskih vrijednosti trombocita ($2 \times 10^9/L$), postavljena sumnja na imunosnu trombocitopeničnu purpuru zbog čega je konzervativno liječena te je tadašnji porođaj protekao bez komplikacija. Iste je godine, zbog egzacerbacije trombocitopenije, splenektomirana. S obzirom na poznate anamnestičke podatke bolesnica je tijekom cijele sadašnje trudnoće redovito kontrolirana uz praćenje urednih vrijednosti trombocita. Prilikom primitka u rađaonicu učinjena je kontrola trombocita te su ustanovljene niske vrijednosti istih ($20 \times 10^9/L$), uz normocitnu anemiju te uredne vrijednosti leukocita, zbog čega je zatraženo konzilijarno mišljenje hematologa. S obzirom da je porođaj bio u tijeku (kraj prvog porođajnog doba) bila je potrebna brza optimizacija broja trombocita te je bolesnica primila 125 mg metilprednizolona intravenski uz transfuziju 8 doza koncentriranih trombocita. Vaginalni je porođaj protekao bez komplikacija te je rođeno zdravo muško dijete. Po završetku drugog porođajnog doba, tj. po porođaju djeteta, bolesnica je dobila 0,2 mg metilergometrina uz 80

g intravenskog imunoglobulina. U ranom babinju nije bilo epizoda postpartalne hemoragije, te se pratila normalizacija broja trombocita.

Zaključak: Imunosna trombocitopenična purpura predstavlja jedinstvene izazove u peripartalnom razdoblju zbog čega je važna kontrola broja trombocita tijekom cijele trudnoće. Snižene vrijednosti trombocita u perifernoj krvi važna su stavka koja može pretkazati mogućnost nastanka teških oblika postaportalne hemoragije. Također predstavlja rizik za razvojem neonatalne trombocitopenije koja može rezultirati hemoragijskom dijatezom novorođenčeta.

Ključne riječi: imunosna trombocitopenična purpura, trudnoća, neonatalne trombocitopenije

***Dopisni autor:**

Nina Vranić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, Rijeka
email: nina.vranic5@gmail.com

BOL U LEĐIMA – DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

**Marko Banković¹, Andrija Marković², Mate Lerga^{2,3}, Martina Pavletić^{2,3}*

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za maksilofacijalnu kirurgiju, Rijeka

²Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

³Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Spinalni epiduralni apsces (SEA) karakteriziran je apscedirajućom upalom koja je smještena između tvrde ovojnice kralježnične moždine i periosta. Posljednjih godina incidencija SEA raste, a glavni prognostički faktor za povoljniji klinički ishod je rana dijagnoza uz adekvatno liječenje. SEA predstavlja veliki dijagnostički izazov, osobito u ranijim fazama bolesti. Obzirom na progresiju bolesti, neurološki deficit se javlja tek u kasnijim stadijima. Cilj ovoga prikaza slučaja je ukazati na važnost poznavanja rizičnih faktora i kliničke prezentacije SEA-e kako bi se omogućila pravovremena dijagnoza navedenog stanja, a samim time i adekvatno liječenje.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 61 godinu dovezena je kolima hitne medicinske pomoći zbog bolnosti u donjem dijelu leđa s propagacijom u obje noge. Nekoliko dana prije dolaska obrađivana je zbog sličnih tegoba. Na dan dolaska na obradu u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) učinila je radiogram lumbosakralne kralježnice u vanjskoj ustanovi, koji u navedenom trenutku nije bio očit. Zbog izrazite boli i nedostatka slikovne dijagnostike upućena je na ponovnu radiološku obradu uz adekvatnu analgeziju. Radiološka dijagnostika nije pokazala patološka zbivanja u razini lumbosakralne kralježnice, te je zbog izrazitih bolova bolesnica upućena na pregled neurokirurga. Nakon tri dana boravka na Odjelu neurokirurgije učinjen je MR kralježnice koji je ukazao na epiduralni apsces.

Zaključak: Spinalni epiduralni apsces predstavlja dijagnostički izazov ukoliko se ne postavi klinička sumnja. Upravo rana dijagnostika omogućuje liječenje te se time smanjuje mortalitet i morbiditet bolesnika.

Ključne riječi: dorzalgija, spinalni epiduralni proces, MR kralježnice

***Dopisni autor:**

Marko Banković, dr.med.
Klinički bolnički centar Rijeka
Klinika za maksilofacijalnu kirurgiju
Tome Strižića 3, Rijeka
email: marko.bankovic71@gmail.com

INTOKSIKACIJA PROPAFENONOM U LIJEČENJU FIBRILACIJE ATRIJA

Anamarija Ivanković¹, Petra Pećarić¹, Patricija Petrovečki¹, Dijana Dumić², Martina Pavletić^{2,3}

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

³Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak

Cilj ovog prikaza slučaja ukazuje na mogućnost intoksikacije propafenonom kod terapijskih doza u liječenju paroksizma fibrilacije atrijske.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 66 godina dovezena je u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) KBC-a Rijeka timom Hitne medicinske

pomoći zbog mučnine, omaglice i preznjavanja. Po prijemu bolesnica je osrednjeg općeg stanja, kardiopulmonarno kompenzirana, uz prisutan aritmičan puls, bez drugih osobitosti. Anamnestički se saznaje da boluje od hipotireoze i paroksizmalne fibrilacije atrijske za koju uzima peroralnu antikoagulantnu terapiju i propafenon. Dodatno u kroničnoj terapiji euthyrox i gastroprotekcija. Tijekom dana osjetila je promjene srčanog ritma zbog kojih je uzela preporučenu terapiju, do 6 tbl propafenona. Kasnije tijekom dana, iz sna su je probudili simptomi preskakanja srca, mučnina uz hladno preznjavanje, omaglice te otežano disanje. Tijekom obrade na OHBP-u u elektrokardiogramu verificira se fibrilacija atrijske sa sporim odgovorom ventrikla. Kontaktiran je Centar za trovanje, a bolesnica je uz simptomatske i suportivne mjere intenzivno nadzirana. U terapiji je primijenjeno 1500 mL 0.9% NaCl i 0.5 mg atropina. U daljnjem tijeku ne dolazi do oporavka srčanog ritma, tijekom monitoriranja u OHBP-u prati se fibrilacija atrijske najniže frekvencije 28/min uz izmjene sa sinusnim ritmom 60/minuti uz pauze do 6s. Po završenoj primarnoj obradi bolesnica je zaprimljena u Jedinicu intenzivnog kardiološkog liječenja gdje postupno dolazi do oporavka srčanog ritma na konzervativne mjere liječenja.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ukazuje na mogućnost intoksikacije propafenonom i kod primjene doza unutar terapijske širine. S obzirom da nema specifičnog antidota postupak se temelji na simptomatskom liječenju.

Cljučne riječi: propafenon, paroksizam fibrilacije atrijske, antidot

***Dopisni autor:**

Anamarija Ivanković
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, Rijeka
email: anmarija.ivankovic11@gmail.com

MULTIPLI EMFIZEMI USLIJED UDARA STRUJOM

**Jerko Bobanac¹, Brekalo A¹, Cindrić L¹ Dodig¹, Dora Palčevski², Martina Pavletić^{3,4}*

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Klinički bolnički centar Rijeka, Zavoda za imunologiju i kliničku alergologiju

³Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka

⁴Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu, Rijeka

Sažetak:

Emfizem se može definirati kao prisutnost zraka unutar tkiva gdje ga normalno nema. Uzroci mogu biti traumatske, jatrogene, infektivne ili spontane etiologije. Pneumomediastinum iznauava prisutnost zraka unutar mediastinuma, dok je subkutani emfizem prisutnost zraka u potkožju. ova dva rijetka stanja često su međusobno povezana jer zrak iz mediastinuma može migrirati u potkožna tkiva, što rezultira njihovom istodobnom pojavom. Zrak se također može proširiti i u druge anatomske prostore, poput spinalnog kanala, gdje može uzrokovati pneumorahiju ili epiduralni emfizem. U ovom ćemo radu prikazati slučaj adolescenta u kojega su bili prisutni simptomi respiracijske patologije, a dijagnostikom su utvrđeni multipli emfizemi uzrokovani udarom električne struje.

Prikaz slučaja: osamnaestogodišnji muškarac dolazi na Objedinjeni hitni bolnički prijam zbog difuzne boli u području prsnoga koša koja se pojačavala prilikom udaha te subjektivnog dojma promjene glasa. Smetnje su mu nastale nakon što je pokušao zapaliti cigaretu upaljačem za koji je naknadno ustanovio da se radi o električnom šokeru. Kod dolaska i tijekom početne procjene urednih vitalnih parametara. U fizikalnom statusu primjećena hiperemična stijenka orofarinksa te palpatorna bolnost prsnoga koša. Tijekom boravka u OHBPu dolazi do razvoja subkutanog emfizema bez kliničkog pogoršanja stanja bolesnika. Proširi se dijagnostička obrada te se na radiološkoj snimci grudnih organa verificira se desnostrani pneumotoraks uz pneumomediastinum. U daljnjem tijeku učini se CT toraksa na kojem je uz pneumotoraks i opsežan pneumomediastinum uočen i zrak u području čitave duljine spinalnog kanala torakalne kralježnice. Tijekom hospitalizacije bolesnik je liječen konzervativno uz zadovoljavajući klinički tijek.

Zaključak: Prikazani slučaj predstavlja rijetku i atipičnu pojavu razvoja subkutanog emfizema, pneumomediastinuma, pneumotoraksa te zraka unutar spinalnog kanala. Radiološki nalaz ovakve patologije može se doimati dramatičnim, no dijagnoza je najčešće samolimitirajuća. U manjem broju slučajeva potrebno je kirurško liječenje uslijed komplikacija.

Ključne riječi: subkutani emfizem, pneumomediastinum, pneumotoraks, električni šoker

***Dopisni autor:**

Jerko Bobanac

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Braće Branchetta 20, Rijeka

email: jerko.bobanac@uniri.hr

KLINIČKI SLUČAJ: APSCES JETRE

*Krešimir Kuliš¹, Ana Bjeliš¹

¹Klinički bolnički centar Split

Sažetak

Incidencija jetrenog apscesa u Zapadnom svijetu manja je od 5 na 100 000 slučajeva. Najčešći uzročnici su bakterije i paraziti. Od bakterija najčešće izolirani uzročnici su *Streptococcus milleri* i *Klebsiella pneumoniae*, dok je od parazita najčešće riječ o *Entamoeba histolytica*. Uzročnik ovisi o putu infekcije, najčešće iz žučovoda, krvotoka ili direktno penetrantnom traumom. U zapadnom svijetu najčešće se radi o bakterijskom (piogenom) jetrenom apscesu, mortaliteta visokih 15% ponajprije zbog podležee bolesti i prijašnjeg lošeg stanja bolesnika.

Prikaz slučaja: Bolesnik se javlja na hitni infektološki prijem zbog febriliteta uz zimicu i tresavicu i opće slabosti u trajanju od nekoliko dana. Pri pregledu urednih vitalnih parametara (arterijski tlak 130/90 mmHg, puls 82/min, saturacija kisikom 97%), klinički status bez osobitosti. Inače je bez kroničnih bolesti. U laboratorijskim nalazima leukociti 14,1. 75% neutrofili, CRP 173, AST 80, ALT 112, GGT 119, LDH 184, ALP 73. Započeta je dvojna terapija antibiotska terapija doksiciklinom i ceftriaksonom te je postignuto poboljšanje kliničke slike i laboratorijskih nalaza. Pet dana nakon završetka terapije bolesnik se ponovno javio

na hitni infektološki prijem s istim simptomima i ponovnim pogoršanjem laboratorijskih nalaza. Nakon šire obrade, na ultrazvuku abdomena viđena je lezija jetre te je napravljen CT na kojem su vidljive dvije grozdaste djelom septirane hipodenzne lezije veličina 5,9 x 5,4 cm i 1,8 x 1,2 cm koje odgovaraju jetrenom apscesu te je bolesnik zaprimljen u bolnicu. Kirurzi su isključili mogućnost drenaže perkutanom putem te je započeta antibiotska terapija merpoeneom te nakon otpusta iz bolnice nastavljena 7 dana ciprofloxacinom i eflozanom. Na kontrolnim pregledima bolesnik je boljeg kliničkog stanja uz vidljivo smanjenje veličine apscesa na radiološkim pretragama.

Zaključak: Ovaj slučaj prikazuje kako simptomi i klinička slika koju često susrećemo i liječimo može skrivati rijetke i po život opasne dijagnoze.

Ključne riječi: apsces jetre, febrilitet, ultrazvuk abdomena, diferencijalna dijagnoza

***Dopisni autor:**

Krešimir Kuliš, dr.med

Klinički bolnički centar Split

Spinčićeva ul. 1, Split, Hrvatska

email: kresokulis268@gmail.com

AKUTNA MEZENTERIJALNA ISHEMIJA

*Ana Bjeliš¹, Krešimir Kuliš¹

¹Klinički bolnički centar Split

Sažetak

Akutna mezenterijalna ishemija (AMI) je hitno medicinsko stanje karakterizirano brzim progresijom i visokim mortalitetom. AMI nastaje zbog iznenadnog prekida dotoka krvi u bilo koji dio crijeva te ovisno o trajanju može dovesti do crijevne gangrene i perforacije. Najčešće zahvaćena krvna žila je arterija mesenterica superior (AMS), i to u više od 85% slučajeva. S obzirom na nedostatak kliničkih i laboratorijskih specifičnosti, slikovna dijagnostika, osobito kompjuterizirana tomografija (CT) angiografija, igra ključnu ulogu u konačnom postavljanju dijagnoze.

Prikaz slučaja: Šezdestosmogodišnji muškarac javlja se na hitni interni prijem zbog naglo nastale difuzne boli u abdomenu praćene povraćanjem,

urednih vitalnih pokazatelja (RR: 130/80 mmHg, Puls: 83/min, SpO₂: 98%). Povijest bolesti uključivala je arterijsku hipertenziju, hiperlipidemiju te hipotireozu. Tijekom fizikalnog pregleda trbuh distendiran, palpatorno mekan bez znakova peritonealnog nadražaja. Elektrokardiografski se verificira novonastala atrijska fibrilacija s prosječnim odgovorom ventrikula 80/min. U laboratorijskim nalazima otkrije se leukocitoza (16.3x10⁹) uz neutrofiliju (88.5%). Na nativnoj snimci abdomena prikaže se umjereni meteorizam crijevnih vijuga bez distenzije vijuga i bez formiranja aerolikvidnih nivoa. MSCT abdomena s kontrastom prikazuje izrazito distendiran želudac s aerolikvidnim nivoom, distendirane pojedine vijuge jejunuma, raslojavanje stijenke kolona te ispad punjenja u području AMS. S obzirom na radiološki postavljenu sumnju na gangrenu crijeva, bolesnik je podvrgnut medijalnoj laparotomiji. Učinjena je resekcija gangrenoznog dijela tankog crijeva u duljini od otprilike 1,5 m uz formiranje LL jejuno-ilealne anastomoze. Nakon operacije, prati se poboljšanje kliničkog stanja bolesnika.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja opisuje važnost brze i točne diferencijacije dijagnoze bolova u trbuhu, koji variraju od benignih do potencijalno životno ugrožavajućih stanja. Pravovremenim postavljanjem dijagnoze te hitnim kirurškim liječenjem, bolesnici s AMI-om se u većini slučajeva uspješno oporavljaju, dok u slučaju odgađanja liječenja za više od 24 sata, smrtnost iznosi 80-100%.

Ključne riječi: akutna mezenterijalna ishemija, bol u trbuhu, gangrena crijeva, atrijska fibrilacija.

***Dopisni autor:**

Ana Bjeliš dr.med

Klinički bolnički centar Split

Spinčičeva ul. 1, Split, Hrvatska

email: anabjelis123@gmail.com

KATAMENIJALNI PNEUMOTORAKS

**Ana Baraban¹, Lana Stričević¹*

¹Klinički bolnički centar Split

Sažetak

Katamenijalni pneumotoraks (CP) je specifičan oblik pneumotoraksa koji se javlja u povezanosti s menstrualnim ciklusom, najčešće unutar 24 sata prije ili 72 sata nakon početka menstruacije. Endometrioza plućnog parenhima, na pleuri ili dijafragmi uzrokuje niz kliničkih i radioloških manifestacija poznatih pod nazivom torakalni endometriotski sindrom (TES). Uz katamenijalni pneumotoraks, u ovaj entitet ubrajaju se i katamenijalni hematotoraks, hemoptiza te plućni čvorići.

Prikaz slučaja: Žena u dobi od 43 godine javlja se na hitni infektološki prijem zbog kašlja i febriliteta u prosincu 2018. godine. Nakon urađenog RTG-a, verificira se postojanje desnostranog pneumotoraksa te se hospitalizira na Odjel torakalne kirurgije gdje se učini torakalna drenaža. Nakon opservacije od nekoliko dana, otpusti se kući. U siječnju te ponovno u srpnju 2019. godine recidivi pneumotoraksa, ponovi se torakalna drenaža uz hospitalizaciju. Dva mjeseca nakon, treći recidiv desnostranog pneumotoraksa nakon kojeg se indicira učiniti videom asistirana torakoskopska operacija (*engl.* video-assisted thoracoscopic surgery, VATS). Napravi se eksploracija desnog prsišta, prikaže se izmijenjeno tkivo gornjeg dijela desnog pluća te se učini resekcija. Na dijafragmi se vizualizira defekt koji se rekonstruira šavom. Napravi se abrazija parijetalne pleure desno. Nakon VATS-a te anamnestički utvrđene povezanosti u simultanom pojavljivanju pneumotoraksa i obilnih, bolnih menstruacija napravljena je obrada ginekologa te je zbog endometrioze započeto liječenje kontraceptivima. U PHD nalazu histološka slika opisana je kao nespecifična, a koja se mogla uklopiti u uputnu dijagnozu endometrioze pluća. Iako i dalje na terapiji kontraceptivima, u prosincu 2024. godine opservirana na Odjelu torakalne kirurgije zbog bolova u prsištu i verificiranog minimalnog pneumotoraksa desno.

Zaključak: Endometrioza zahvaća otprilike 10% žena reproduktivne dobi, ali zbog širokog spektra kliničke manifestacije, može

biti neprepoznata i 8 do 12 godina od pojave simptoma, a to može dovesti do ponovljenih hospitalizacija i brojnih komplikacija. Liječenje uključuje medikamentoznu terapiju za kontrolu simptoma te kirurške intervencije za uklanjanje endometriotskih lezija.

Ključne riječi: endometrioza pluća, katamenijalni pneumotoraks, videom asistirana torakoskopska operacija

***Dopisni autor:**

Ana Baraban dr.med
Klinički bolnički centar Split
Spinčićeva ul. 1, Split, Hrvatska
email: abaraban136@gmail.com

DUODENALNI ULKUS

**Lana Stričević¹, Ana Baraban¹*

¹Klinički bolnički centar Split

Sažetak

Najčešće lokalizacije peptičkog ulkusa su u početnom dijelu duodenuma i na maloj krivini želuca. Najčešći simptom duodenalog ulkusa je dispepsija, a krvarenje kao komplikacija ulkusa se prezentira najčešće melenom, hematemezom i anemijom. Perforacija se događa u otprilike 2-10% bolesnika s duodenalnim ulkusom.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 84 godine bolesnik javlja se na hitni kirurški prijem zbog bolova u donjem dijelu leđa. Dijabetičar i hipertoničar s perifernom arterijskom okluzivnom bolesti donjih udova zbog čega je napravljen femoro femoralna prenosnica 2010. godine. U kroničnoj terapiji: Xarelto 2.5. mg, Aspirin protect, Gliclada, Glucophage, Atorvox, Norvasc, Nibel. Nakon kliničkog pregleda učini se Rtg LS kralježnice kojim se ne utvrdi znakova svježije koštane traume. Prilikom otpusta bolesnik dobije melenu zbog čega se napravi hitna ezofagogastroduodenoskopija (EGDS). Na EGDS prikaže se veliki ulkus dvanaesnika koji obuhvaća 2/3 cirkumferencije poviše kojeg je veliki koagulum koji ispunjava cijeli lumen dvanaesnika. Završi se endoskopija i pozove se dežurni abdominalni kirurg. Nakon EGDS, bolesnik uredno komunicira s osobljem u trajanju od 4 minute, potom iznenada navodi

jaku glavobolju praćenu epileptičkim napadajem i komatoznim stanjem. Heteroanamnestički od kćeri se dozna da je bolesnik dementan te da se u zadnje vrijeme demencija pogoršala. Navodi da sumnja da je popio više lijekova nego je trebao. Bolesnik se zaprimi u gastrointenzivnu, intubira se i mehanički ventilira, dobije se povratak cirkulacije te se u pratnji anesteziologa odvede na hitni MSCT mozga i trbuha. Na MSCT-u iz učinjenih skenova vidi se u razini duodenuma prekid kontinuiteta stijenke uz slobodan plin u smislu perforacije. Po povratku u gastrointenzivnu bolesnik doživi srčani zastoj te unatoč primijenjenim mjerama reanimacije dolazi do smrtnog ishoda.

Zaključak: Krvarenje iz probavnog sustava je značajan uzrok morbiditeta bolesnika na antikoagulacijskoj terapiji, posebno onih starije životne dobi. Uzimanje nesteroidnih antiupalnih lijekova povećava rizik. Perforacija je značajno rjeđa komplikacija od krvarenja, ali je mortalitet 5 puta veći zbog čega zahtijeva rano prepoznavanje i liječenje.

Ključne riječi: gastrointestinalno krvarenje, antikoagulacijska terapija

***Dopisni autor:**

Lana Stričević dr.med
Klinički bolnički centar Split
Spinčićeva ul. 1, Split, Hrvatska
email: lanastricevic4@gmail.com

SUBARAHNOIDALNO KRVARENJE KAO POSLJEDICA RUPTURE ANEURIZME

Paula Vitković¹, Marš L.¹, Vidović M.²

¹Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba

²Klinička bolnica Dubrava

Sažetak

Subarahnoidalno krvarenje (SAH) je prisutstvo krvi u prostoru između paučinate moždane ovojnice i meke moždane ovojnice koji je inače ispunjen likvorom. U 85% slučajeva atraumatsko subarahnoidalno krvarenje uzrokovano je rupturom moždane aneurizme. Simptomi kojim se SAH obično prezentira su glavobolja, koju bolesnici najčešće opisuju kao najgoru u životu, vrtoglavica, gubitak svijesti, mučnina i povraćanje, fotofobija te kočenje šije.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 50 godina pregledan je od tima 1 HMP u svom domu zbog povraćanja, dijareje te glavobolje. Po dolasku HMP bolesnik je ležao na podu, pri svijesti, afebrilan, urednih vitalnih pokazatelja izuzev arterijskog tlaka koji je bio blago povišen (140/90 mm Hg). Povratio je po podu te defecirao u hlače. Negirao je gubitak svijesti te udarac glavom. Neurološki status bio je uredan. Glavne tegobe na koje se žalio bile su mučnina te glavobolja koju je na vizualnoj skali boli (VAS) označio kao 7/10. Preveden je u KB gdje je obrađivan kao gastroenterokolitis. Tijekom boravka na hitnom prijemu bolnice zabilježeno je da se glavobolja intenzivirala. Arterijski tlak postepeno je rastao, a uz to javio se i poremećaj svijesti. Učinjen je CT mozga na kojem je dokazano subarahnoidalno krvarenje nastalo kao posljedica rupture aneurizme na bazilarne arterije. Ubrzo nakon toga bolesnik je transportiran u operacijsku dvoranu gdje je napravljena embolizacija aneurizme zavojsnicama. Poslijeoperacijski CT-om prati se parcijalna regresija SAH-a.

Zaključak: Ovaj slučaj dokaz je da svaku glavobolju, posebno kod mlađih osoba, treba razmatrati s dozom opreza. Osobito ako uz nju postoje simptomi kao što su povraćanje, poremećaj svijesti ili neko neuobičajeno ponašanje. Posljedice koje bi mogle zaostati nakon ovakvih stanja su prevelike da bi ih propustili.

Ključne riječi: subarahnoidalno krvarenje, glavobolja, MSCT mozga

*Dopisni autor:

Paula Vitković dr.med

Nastavni Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba

Ul. Vjekoslava Heinzela 88, Zagreb, Hrvatska
email: paula.vitkovic@gmail.com

PRIKAZ SLUČAJA AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA S ELEVACIJOM ST-SEGMENTA U BOLESNICE S ATIPIČNIM SIMPTOMIMA U VANBOLNIČKIM UVJETIMA

Sindik Neda

Nastavni Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba, Zagreb, Hrvatska

Sažetak

Najčešći simptomi kod akutnog infarkta miokarda (AIM) uključuju bol u prsištu sličnu angini pektoris no bez potpune regresije u mirovanju ili nakon korištenja nitroglicerina. Česti prateći simptomi uključuju preznojavanje, mučninu, povraćanje i anksioznost, no pozornost treba obratiti na visoki postotak bolesnika koji su asimptomatični. U slučaju bolesnice prikazanom u sljedećem tekstu, akutni koronarni sindrom manifestirao se primarno kolapsom te mučninom i povraćanjem bez naznaka tipičnih grudnih bolova.

Prikaz slučaja: Bolesnica je 56-godišnjakinja, bez prethodnih težih oboljenja. Po dolasku izvanbolničke hitne službe bolesnica navodi mučninu i povraćanje te kolaps koji se dogodio nekoliko minuta prije dolaska. Tijekom istoga dana bolesnica je afebrilna, negira bolove u epigastriju ili stenokardiju. Izmjereni vitalni pokazatelji po našem dolasku su: respiracija 12/min, krvni tlak 110/80 mmHg, puls 90/min, SpO2 99%. U fizikalnom statusu primjećuje se preznojena, blijeda i topla koža, ostatak fizikalnog statusa je bez osobitosti. Zbog dijaforeze i narušenog općeg stanja postavi se sumnja na akutni koronarni sindrom. Elektrokardiogram prikaže sinus ritam frekvencije 90 otkucaja/min, srednju električnu os uz elevacije ST segmenta u prekordijalnim odvodima te denivelacije ST segmenta u I i III odvodu. Bolesnica je potom primila 300 mg acetilsalicilne kiseline per os, poboljšanog općeg dojma te navodi blagu bolnost lijeve ruke. Po dolasku ispred zdravstvene ustanove nastupi

kardiorespiracijski zastoj dok se na monitoru prati ventrikularna fibrilacija. Daljnji tijek reanimacije provodi se od strane bolničkog tima nakon čega se uspostavi povrat spontane cirkulacije.

Zaključak: Kod žena, starijih bolesnika, i bolesnika s poznatim čimbenicima rizika za razvoj akutnog koronarnog sindroma (AKS), treba posumnjati na AIM. Razlike u primarnim simptomima AKS među spolovima ukazuju na potrebu ukidanja izraza “tipična” i “atipična” simptomatologija, kako bi se izbjeglo odgađanje točne dijagnoze i odgovarajuće liječenja, osobito kod žena

Ključne riječi: Akutni koronarni sindrom; Atipična grudna bol; Infarkt miokarda s elevacijom ST-segmenta

***Dopisni autor:**

Neda Sindik, dr.med

Nastavni Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba

Ul. Vjekoslava Heinzela 88, Zagreb, Hrvatska
email: neda.sindik@gmail.com

HEMATOMI I PROMIJENJENO STANJE SVIJESTI : INTRAKRANIJALNO KRVARENJE KAO PRVI ZNAK STEČENE HEMOFILIJE A.

Šušak Fran¹; Knežević, Viktorija¹, Hamzić Jasmin¹, Keranović, Adis¹

¹Objedinjeni hitni bolnički prijam, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb

Sažetak

Stečena hemofilija A (SHA) rijedak je poremećaj uzrokovan autoantitijelima na faktor VIII koji se, za razliku od nasljedne hemofilije, pojavljuje kod osoba bez prethodne hemoragijske dijateze. Najčešće se javlja u dvjema skupinama: osobe starije životne dobi i mlađe žene u postpartalnom razdoblju. Međutim, ovdje prikazujemo neobičan slučaj mlađeg muškarca koji se prezentirao najtežim oblikom SHA – intrakranijskim krvarenjem.

Prikaz slučaja: Tridesetogodišnji muškarac s blažim intelektualnim teškoćama dovežen je u hitnu službu zbog povraćanja, promijenjenog stanja svijesti i višestrukih hematoma na

podlakticama. Bolesnik je dva dana prije prijema bio hospitaliziran zbog obostrane atipične pneumonije. Tijekom boravka u bolnici razvio je hematome na podlakticama koji su tada pripisani njegovoj agitaciji i udaranju rukama i tijelom o okolne predmete. U našoj hitnoj službi, CT mozga pokazao je manju količinu subarahnoidalnog krvarenja te subduralni hematom širine do 15 mm, uz kompresiju moždanog parenhima i pomak središnjih struktura. U sklopu prijeoperacijske obrade učinjen je koagulacijski panel, pri čemu je aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme (APTV) iznosilo 68 sekundi. Zbog izolirano produljenog APTV-a provedeni su dodatni testovi: test miješanja s normalnom plazmom nije doveo do korekcije APTV-a, a aktivnost faktora VIII iznosila je <0,01 KIU/L, što je potvrdilo sumnju na SHA. Neposredno prije operacije bolesnik je primio 1 g traneksamične kiseline i ukupno 12 mg rekombinantnog aktiviranog faktora VII (rFVIIa), čija se primjena nastavila tijekom i nakon operacije. Definitivna dijagnoza kasnije je potvrđena prisutnošću protutijela na faktor VIII, a bolesnik je dodatno primao koncentrat aktiviranog protrombinskog kompleksa (aPCC) i imunosupresivnu terapiju.

Zaključak: S obzirom na visoku smrtnost kod SHA, kao i na složenost dijagnostičkih postupaka i specifičnog liječenja, ključno je rano prepoznavanje. Ono se temelji na pojavi krvarenja u osoba bez prethodne hemoragijske dijateze te na postojanju izolirano produženog APTV-a. Rano uključivanje multidisciplinarnog tima i promptna terapija mogu biti presudni za ishod.

Ključne riječi: Stečena hemofilija A, subarahnoidalno krvarenje

***Dopisni autor:**

Šušak Fran- dr.med

Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP),
Klinički bolnički centar Zagreb,
Ulica Mije Kišpatića 12, Zagreb, Hrvatska
email: franovtc111@gmail.com

PRIKAZ SLUČAJA BOLESNIKA S AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA BEZ OPSTRUKCIJE KORONARNIH ARTERIJA

*Jadranka Karuza^{1,2}

¹Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Rijeka

²Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet u Rijeci

Sažetak

Akutnim infarktom miokarda bez opstrukcije koronarnih arterija (engl. *Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries, MINOCA*) je sindrom koji označava stanje u kojem bolesnik doživi akutni infarkt miokarda, ali bez koronarografijom dokazane značajnije opstrukcije koronarnih arterija. Prevalencija ovog sindroma je oko 6–15% svih slučajeva infarkta miokarda, a pogađa češće žene nego muškarce, crnu rasu i hispance. Čimbenici kardiovaskularnog rizika su prisutni (pušenje, hipertenzija, šećerna bolest, pretilost) s izuzetkom hiperlipoproteinemije koja se u ovih bolesnika javlja nešto rjeđe. Uzroke dijelimo na epikardijalne (spazam koronarnih arterija, tromboza koronarne arterije na mjestu neopstruktivnog plaka, disekcija koronarne arterije) i mikrovaskularne (Takotsubo kardiomiopatija, koronarna mikrovaskularna disfunkcija, virusni miokarditis, embolija koronarnih arterija).

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 52 godine javlja se na hitni bolnički prijem zbog osjećaja ubrzanog i nepravilnog rada srca te žarenja u prsnoj koži koji se javljaju u mirovanju.

Obradom je isključeno akutno koronarno zbivanje, utvrdjen je povišeni arterijski tlak te je uveden antihipertenziv, preporučena žurnija kardiološka obrada (ergometrija, Holter EKG i ultrazvuk srca) te daljnje praćenje liječnika obiteljske medicine. S istim simptomima bolesnik se javlja i liječniku obiteljske medicine te se korigira antihipertenzivna terapija. Prilikom izvođenja ergometrije, u fazi oporavka, bolesnik se počinje žaliti na snažnu grudnu bol te razvija u elektrokardiogramu sliku akutnog anteroseptalnog infarkta miokarda. Koronarografija je pokazala aterosklerotsku bolest lijeve koronarne arterije bez značajnije stenoze, opstrukcije ili rupture plaka. Tijekom bolničke obrade učinjeni su i ultrazvuk srca, Holter EKG i magnetna rezonancija srca koji nisu ukazali na jasnu etiologiju.

Zaključak: Dijagnoza MINOCA sindroma postavlja se na temelju anamnestičkih podataka i kliničke slike, laboratorijskih nalaza, ergometrije, koronarografije, ultrazvuka i magnetske rezonancije srca. Terapija i prognoza ovise o uzroku.

Glavne riječi: MINOCA, akutni infarkt miokarda

*Dopisni autor:

Jadranka Karuza

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine,
Rijeka,

Brig 22/2, Rijeka, Hrvatska

email: jadranka.karuza@gmail.com

F&P Optiflow + Duet



Asymmetric™ Nasal High Flow Therapy

F&P Optiflow Duet

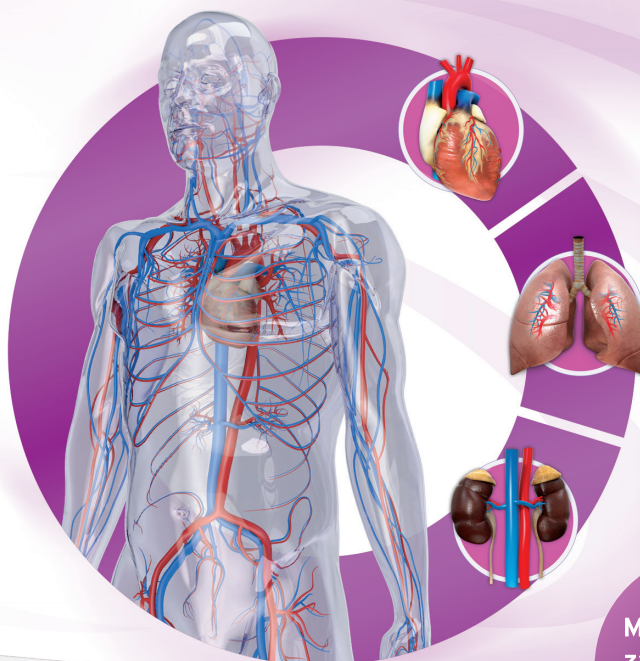


An evolution in our understanding of high-flow therapy over two decades has resulted in the **Asymmetric** Optiflow Duet interface.

- **Aktivacija V1^{1,2}**
- **Noradrenalin-štedeći učinak^{1,3,4}**
- **10-20 minuta efektivno vrijeme poluživota^{5,6}**
- **Nadomjestak relativne deficijencije vazopresina⁴**



SSC



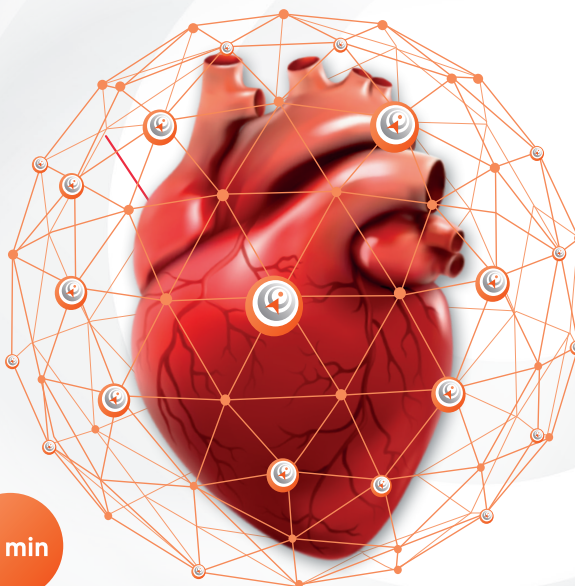
Niži rizik
od fibrilacije
atrija⁷

Manje
vazokonstrikcije
u plućima^{8,9,10}

Manja potreba
za bubrežnom
nadomjesnom
terapijom¹¹

Brza kontrola ventrikularne frekvencije u bolesnika sa SVT i AF¹² Prva linija za bolesnike sa srčanom disfunkcijom¹³

- **Ograničen utjecaj na krvni tlak i kontraktilnost miokarda¹⁴**
- **Povoljan sigurnosni profil za pacijente s jetrenim i bubrežnim komorbiditetima – inaktivni metaboliti i metabolizam putem esteraza u plazmi^{12,15}**
- **Kompatibilnost s plućnim bolesnicima zbog vrlo visoke kardioselektivnosti u odnosu na druge β1 blokatore (β1/β2 selektivnost = 255:1)¹⁶**



ESC



EHRA



Rapibloc®
Landiololklorid

1 min

Nastup djelovanja¹⁷

4 min

Vrijeme poluživota¹⁷

15 min

Dugotrajnost učinka¹⁷

PRILAGOĐENO IZ: 1 Jentzer JC et al. Chest. 2018; 154(3):416-426. 2 Dünser MW. Circulation. 2003; 107(18):2313-9.17. 3 Evans L et al. Intensive Care Med. 2021; 47:1181-1247. 4 Russell JA. Crit Care. 2011; 15(226):1-19. 5 Sažetak opisa svojstava lijeka Empressin 40 IU/2ml koncentrat za otopinu za infuziju – trenutno važeća verzija. 6 Tanja A et al. Anesthesiology 2006;105(3):599-612. 7 McIntyre WF et al. JAMA. 2018; 8:319(18):1889-1900. 8 Currihan DA et al. Anesthesiology. 2014; 121:930-936. 9 Chan C et al. Advances in Pulmonary Hypertension. 2015; 13:4:188-196. 10 Holmes CL et al. Crit Care. 2004; 8(1):15-23. 11 Gordon AC et al. Intensive Care Med. 2010; 36:83-91. 12 Sažetak opisa svojstava lijeka Rapibloc® – trenutno važeća verzija. 13 Hindriks G et al. European Heart Journal. 2020; 00:1-126. 14 Shibata et al. J Pharmacol Sci. 2012; 118, 255-265. 15 Yokoyama H. Springer Japan. 2016. 16 European Heart Journal Supplements. 2018; 20 (Supplement A), A1-A24. 17 Krumpal G et al. Eur J Clin Pharmacol. 2017; 73:417-428.

EMPRESSIN – SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

NAZIV LIJEKA: Empressin 40 IU/2 ml koncentrat za otopinu za infuziju. **KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV:** Jedna ampula s 2 ml koncentrata za otopinu za infuziju sadrži argipresin acetat u količini koja odgovara 40 IU argipresina (što odgovara 133 mikrograma). 1 ml koncentrata za otopinu za infuziju sadrži argipresin acetat u količini koja odgovara 20 IU argipresina (što odgovara 66,5 mikrograma). Jedan ml sadrži manje od 23 mg natrija. **FARMACEUTSKI OBLIK:** Koncentrat za otopinu za infuziju. **TERAPIJSKE INDIKACIJE:** Empressin je indiciran za liječenje hipotenzije refraktorne na primjenu katekolamina nakon septičkog šoka u bolesnika starijih od 18 godina. Hipotenzija refraktorna na primjenu katekolamina prisutna je ako se srednji arterijski krvni tlak ne može stabilizirati do ciljane vrijednosti unatoč odgovarajućoj nadoknadi volumena i primjeni katekolamina. **DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE:** Terapiju argipresinom u bolesnika s hipotenzijom refraktornom na primjenu katekolamina poželjno je započeti u prvih šest sati od pojave septičkog šoka ili unutar 3 sata od njegove pojave u bolesnika na visokim dozama katekolamina. Argipresin se mora primjenjivati u obliku kontinuirane intravenske infuzije od 0,01 IU u minuti pomoću perfuzora (infuzijske pumpe sa štrocaljkom). Ovisno o kliničkom odgovoru, doza se može povišiti svakih 15 – 20 minuta do 0,03 IU u minuti. Za bolesnike u jedinici intenzivne skrbi normalan ciljani krvni tlak je 65 – 75 mmHg. Argipresin se smije koristiti isključivo uz konvencionalnu vazopresornu terapiju katekolaminima. Doze više od 0,03 IU u minuti smiju se primijeniti samo kao hitno liječenje, jer mogu uzrokovati nekrozu crijeva i kože te povećati rizik od srčanog zastoja. Trajanje liječenja mora se odrediti prema pojedinačnoj kliničkoj slici, ali je poželjno da ne bude kraće od 48 sati. Liječenje argipresinom ne smije se naglo prekinuti, ali ga treba smanjivati u skladu s kliničkim tijekom u bolesnika. O cjelokupnom trajanju liječenja argipresinom treba odlučiti nadležni liječnik.

Doziranje: Brzina infuzije prema preporučenim dozama:

Doza lijeka Empressin/min	Doza lijeka Empressin/sat	Brzina infuzije
0,01 IU	0,6 IU	0,75 ml/sat
0,02 IU	1,2 IU	1,50 ml/sat
0,03 IU	1,8 IU	2,25 ml/sat

Pedijatrijska populacija: Budući da primjena argipresina u usporedbi sa standardnim liječenjem nije rezultirala poboljšanjem preživljavanja te da je pokazala veće stope štetnih događaja, ne preporuča se uporaba u djece i novorođenčadi. **KONTRAINDIKACIJE:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI:** Ovaj lijek se ne smije koristiti naizmjenu s drugim lijekovima koji sadrže argipresin kod kojih se jačina izražava na različiti način (primjerice, u jedinicama presora, engl. Pressor Units, P.U.). Argipresin se ne smije davati kao bolus za terapiju šoka refraktornog na primjenu katekolamina. Argipresin se smije primjenjivati samo uz pozorno i kontinuirano praćenje hemodinamičkih parametara i parametara specifičnih za organe. Terapiju argipresinom treba započeti samo ako se ne može održati dovoljan perfuzijski tlak unatoč odgovarajućoj nadoknadi volumena i primjeni katekolaminergičkih vazopresora. Argipresin treba koristiti s posebnom pozornošću u bolesnika sa srčanim ili krvožilnim bolestima. Primjena visokih doza argipresina za ostale indikacije pokazala je da uzrokuje ishemiju miokarda i crijeva, srčani udar i infarkt crijeva te smanjenu perfuziju (prokrvljenost) ekstremiteta. Argipresin može u rijetkim slučajevima izazvati intoksikaciju vodom. Rani znakovi omamljenosti, bezvoljnosti i glavobolje moraju se pravodobno prepoznati kako bi se spriječili završni stadij kome i konvulzije. Argipresin se mora primjenjivati s oprezom kod epilepsije, migrene, astme, zatajenja srca ili bilo kojeg stanja u kojem brzo povećanje izvanstanične (ekstracelularne) tekućine može izazvati opasnost za već preopterećeni sustav. U pedijatrijskoj populaciji nije pokazan pozitivan omjer koristi i rizika lijeka. Ne preporuča se uporaba argipresina u ovoj indikaciji u djece i novorođenčadi. Ovaj lijek sadrži manje od 1 mmol (23 mg) natrija po ml, tj. zanemarive količine natrija. **UČESTALE NUSPOJAVE:** Najčešće ozbiljne nuspojave (učestalost ispod 10 %) bile su: životno ugrožavajuća aritmija, mezenterična ishemija, digitalna ishemija i akutna ishemija miokarda. Ostale česte nuspojave su angina pectoris, periferna vazokonstrikcija, nekroza, perioralno bljedilo, grčevi u abdomenu, nekroza kože. **NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** Orpha-Devel Handels und Vertriebs GmbH, Wintergasse 58/1B, 3002 Purkersdorf, Austrija. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** HR-H-796202242. **Datum revizije teksta:** 04.11.2020. **Način izdavanja lijeka:** Lijek se izdaje na recept, u ljekarni.

Datum sastavljanja materijala: siječanj 2023.

CRO/EMPR-1/01-23

RAPIBLOC – SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

NAZIV LIJEKA: Rapibloc 300 mg prašak za otopinu za infuziju. **KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV:** Svaka bočica sadrži 300 mg landiololklorida, što odgovara 280 mg landiolola. Nakon rekonstitucije, svaki ml sadrži 6 mg landiololklorida. **FARMACEUTSKI OBLIK:** Prašak za otopinu za infuziju. Bijeli do bjelkasti prašak. **TERAPIJSKE INDIKACIJE:** Supraventrikularna tahikardija i za brzu kontrolu srčane frekvencije u bolesnika s fibrilacijom atriya ili undulacijom atriya u perioperacijskim, poslijeoperacijskim ili drugim okolnostima, kad je poželjna kratkotrajna kontrola srčane frekvencije pomoću kratkodjelujućeg lijeka. Nekompenzirana sinusna tahikardija kad je, prema prosudbi liječnika, potrebno specifično liječenje zbog ubrzanog rada srca. Landiolol nije namijenjen za kroničnu primjenu. **DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE:** Landiolol je namijenjen intravenskoj primjeni u bolničkim uvjetima. Samo dovoljno osposobljeni zdravstveni stručnjaci smiju primjenjivati landiolol. Dozu landiolola treba individualno prilagoditi. Infuzija se obično započne brzinom infuzije od 10 – 40 mikrograma/kg tjelesne težine/minuti, pri čemu će učinak smanjenja brzine otkucaja srca nastupiti unutar 10 – 20 minuta. Ako je poželjan brzi početak smanjenja brzine otkucaja srca (unutar 2 do 4 minute), može se razmotriti dodatna udarna doza od 100 mikrograma/kg tjelesne težine/minuti tijekom 1 minute, nakon čega slijedi kontinuirana intravenska infuzija od 10 – 40 mikrograma/kg tjelesne težine/minuti. U bolesnika sa srčanom disfunkcijom moraju se primijeniti manje početne doze. Maksimalna doza: Doza održavanja se smije povišiti do 80 mikrograma/kg tjelesne težine/minuti tijekom kratkog vremenskog razdoblja, ako kardiovaskularni status bolesnika zahtijeva i dozvoljava takvo povećanje doze i ako nije prekorraćena maksimalna dnevna doza. Maksimalna preporučena dnevna doza landiololklorida je 57,6 mg/kg tjelesne težine/dan (npr. 40 mikrograma/kg tjelesne težine/minuti i tijekom 24 sata). Podaci o primjeni infuzije landiolola duže od 24 sata su ograničeni za doze >10 µg/kg/min. U slučaju nuspojave, dozu landiolola treba sniziti ili infuziju prekinuti, a bolesnici trebaju primiti odgovarajuće medicinsko liječenje, ako je potrebno. U slučaju hipotenzije ili bradikardije, s primjenom landiolola smije se ponovo početi pri nižoj dozi i nakon što se krvni tlak ili brzina otkucaja srca vrate na prihvatljive vrijednosti. U bolesnika s niskim sistoličkim krvnim tlakom pri prilagodbi doze i tijekom infuzije održavanja potreban je izniman oprez. Prijelaz na zamjenski lijek: Nakon postizanja zadovoljavajuće kontrole brzine otkucaja srca i stabilnog kliničkog statusa, može se početi s prijelazom na zamjenski lijek (poput oralnih antiaritmika). Posebne populacije: Stariji bolesnici (≥ 65 godina): Nije potrebna prilagodba doze. Bolesnici s oštećenjem funkcije bubrega: Nije potrebna prilagodba doze. Bolesnici s oštećenjem funkcije jetre: Dostupni su ograničeni podaci o primjeni u bolesnika s oštećenjem funkcije jetre U bolesnika sa svim stupnjevima oštećenja funkcije jetre preporučuje se pažljivo doziranje s najnižom početnom dozom. Srčana disfunkcija: U bolesnika s poremećajem funkcije lijeve klijetke (LVEF < 40%, CI < 2,5 l/minuti/m², NYHA 3-4) npr. nakon kirurškog zahvata na srcu, tijekom ishemije ili septičkih stanja, korištene su niže doze počevši od 1 mikrograma/ kg tjelesne težine/minuti i povećane su u koracima uz pomno praćenje krvnog tlaka do 10 mikrograma/kg tjelesne težine/minuti za postizanje kontrole otkucaja srca. Mogu se razmotriti daljnja povećanja doze uz pomno hemodinamsko praćenje ako je potrebno i ako ih bolesnikov kardiovaskularni status može podnijeti. Pedijatrijska populacija: Sigurnost i djelotvornost landiolola u djece u dobi od 0 do 18 godina nije još ustanovljena. **Način primjene:** Rapibloc se mora rekonstituirati prije primjene i upotrijebiti neposredno po otvaranju. Landiolol se ne smije miješati s drugim lijekovima osim onih navedenih u dijelu 6.6. Landiolol se mora primijeniti intravenski kroz centralni ili periferni venski kateter i ne smije se primijeniti kroz isti intravenski set za infuziju s drugim lijekovima. Za razliku od drugih beta blokatora, uz landiolol nije došlo do tahikardije uslijed uestezanja kao odgovora na nagli prekid nakon 24-satne kontinuirane infuzije. Ipak, bolesnike treba pomno pratiti kad se očekuje prekid primjene landiolola. **KONTRAINDIKACIJE:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari; teška bradikardija (manje od 50 otkucaja u minuti); "Sick sinus" sindrom; teški poremećaj provođenja kroz AV čvor (bez električnog stimulatora srca); AV blok 2. ili 3. stupnja; kardiogeni šok; teška hipotenzija; dekompenzirano zatajenje srca kada se smatra da nije povezano uz aritmiju; plućna hipertenzija; neliječeni feokromocitom; akutni astmatski napad; teška, nepopravljiva metabolička acidoza. **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA:** Rapibloc se mora rekonstituirati prije primjene i upotrijebiti neposredno po otvaranju. Landiolol treba primjenjivati uz oprez u bolesnika sa šećernom bolešću ili u slučaju hipoglikemije. Težina hipoglikemije je jače izražena kod manje kardioselektivnih beta blokatora. Beta blokatori mogu prikriti prodromalne simptome hipoglikemije, kao što je tahikardija. Omaglica i znojenje, međutim, ipak mogu biti prisutni. Najčešće zabilježena nuspojava je hipotenzija koja je brzo reverzibilna kada se smanji doza ili prekine primjena lijeka. Savjetuje se neprekidno pratiti krvni tlak i EKG u svih bolesnika koji se liječe landiololom. Beta blokatore treba izbjegavati u bolesnika sa preekscitacijskim sindromom u kombinaciji s fibrilacijom atriya. U ovih bolesnika beta-blokada atrioventrikularnog čvora može povećati provodljivost kroz pomoćne puteve, čime brže može doći do fibrilacije ventrikla. Zbog svog negativnog učinka na atrioventrikularno vrijeme provođenja, beta blokatore treba davati uz oprez u bolesnika sa srčanim blokom 1. stupnja. Istodobna primjena landiolola s verapamilom ili diltiazemom se ne preporučuje u bolesnika s poremećajem atrioventrikularne provodljivosti. Beta blokatori mogu povećati broj i trajanje anginoznih napada u bolesnika s Prinzmetalovom anginom (vazospastična angina), zbog neometane vazokonstrikcije koronarnih arterija posredovane alfa receptorma. Neselektivni beta blokatori ne smiju se primjenjivati u ovih bolesnika, dok se beta-1 selektivni blokatori smiju primjenjivati samo uz krajnji oprez. Primjenu landiolola radi kontrole ventrikularnog odgovora u bolesnika sa supraventrikularnim aritmijama treba poduzeti s oprezom u bolesnika s (postojećim) zatajenjem srca ili kad je bolesnik hemodinamski ugrožen ili uzima druge lijekove koji smanjuju jedan ili sve od sljedećih parametara: periferni otpor, punjenje srca, kontraktilnost miokarda ili širenje električnih impulsa kroz miokard. Potrebno je odvagati koristi od moguće kontrole otkucaja u odnosu na rizik od daljnje depresije kontraktilnosti miokarda. Kod prvog znaka ili simptoma daljnjeg pogoršanja doza se ne smije povećavati i, ako se smatra potrebnim, primjenu landiolola treba prekinuti i bolesnika odgovarajuće medicinski zbrinuti. Vodeći metabolit landiolola (M1) se izlučuje putem bubrega i u bolesnika s oštećenjem funkcije bubrega postoji sklonost nakupljanju. Premda taj metabolit nema aktivnost beta blokatora, čak ni u dozi 200 puta većoj od one ishodišnog lijeka, landiolol treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s oštećenom funkcijom bubrega. U bolesnika s feokromocitomom, landiolol treba primjenjivati uz oprez i samo nakon prethodnog liječenja blokatorima alfa receptora. Bolesnici s bronhopostruktivnom bolesti općenito ne smiju primati beta blokatore. Zbog svoje relativne selektivnosti za beta-1 receptore i titrabilnosti, landiolol se može primjenjivati uz oprez u bolesnika s bronhopostrukcijom. Landiolol treba pažljivo titrirati kako bi se dobila najniža moguća djelotvorna doza. U slučaju bronhospazma, infuziju landiolola treba odmah prekinuti i po potrebi primijeniti beta2 agonist. Ako bolesnik već uzima lijekove iz skupine agonista beta2 receptora, možda će trebati ponovno procijeniti dozu tog lijeka. U bolesnika s poremećajima periferne cirkulacije (Raynaudova bolest ili sindrom, intermitentne klaukadike), beta blokatore treba primjenjivati s velikim oprezom, jer može nastupiti pogoršanje tih poremećaja. Beta blokatori mogu povećati osjetljivost na alergene i ozbiljnost anafilaktičkih reakcija. U bolesnika koji uzimaju beta blokatore može izostati odgovor na doze adrenalina koje se uobičajeno rabe za liječenje anafilaktičkih reakcija. **UČESTALE NUSPOJAVE:** Najčešće zabilježene nuspojave landiolola prijavljene u kliničkim ispitivanjima (1569 ispitanika) i izvještajima o ishodu liječenja/primjeni iz postmarketinškog praćenja (1257 bolesnika) su hipotenzija i bradikardija (≥ 1/10) te pad krvnog tlaka. **NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** Amomed Pharma GmbH, Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Beč, Austrija. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** HR-H-922016446. **Datum revizije teksta:** 24. 01. 2023. **Način izdavanja lijeka:** Lijek se izdaje na recept, u ljekarni.

Datum sastavljanja materijala: siječanj 2023.

CRO/RPB-1/01-23



Samo za zdravstvene radnike

Esgamda[®]
esketamin

25mg/ml otopina za injekciju/infuziju

