



XX KONGRES UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE



PROGRAM I ZBORNİK SAŽETAKA

GENERALNI SPONZOR
 PHARMA SWISS

2 – 5. jul 2020.
Hotel Mona, Hotel Palisad, Zlatibor

Amloram[®]

ramipril, amlodipin



Amloram[®] 2,5 mg + 5 mg
kapsule, tvrde



Amloram[®] 5 mg + 5 mg
kapsule, tvrde



Amloram[®] 5 mg + 10 mg
kapsule, tvrde



Amloram[®] 10 mg + 5 mg
kapsule, tvrde

ORGANIZATOR

Udruženje internista Srbije

SUORGANIZATORI

Udruženje za dijabetes Srbije

Udruženje gastroenterologa Srbije

Udruženje za hipertenziju Srbije

Udruženje kardiologa Srbije

Udruženje pulmologa Srbije

Udruženje reumatologa Srbije

POKROVITELJSTVO

European Federation of internal Medicine (EFIM)

International Society of internal Medicine (ISIM)

Poštovane kolegice i kolege,

U ime Naučnog i Organizacionog odbora zahvaljujemo Vam što ste prihvatili naš poziv da prisustvujete i uzmete učešće u radu XX Kongresa Udruženja internista Srbije, koji će se održati u kongresnom centru Mona na Zlatiboru od 2 do 5. jula 2020. godine.

Iako u otežanim uslovima, usled COVID 19 pandemije u celom svetu i nakon pomeranja kdatuma održavanja, ipak smo smogli snage da i ove godine održimo kongres i razmenimo naša iskustva, a i da se posvetimo problemu COVID 19 infekcije koja je još u toku.

Moto kongresa ove godine biće „od teorije do prakse“. Sigurni smo da će se na ovaj način, povezivanjem teorije i prakse, najviše uraditi na edukaciji slušaoca na Kongresu a za to će se pobrinuti najeminentniji predavači iz svih oblasti interne medicine iznoseći svoja iskustva iz prakse osvežena teorijskom potporom. Inače predavanja su koncipirana da kroz interdisciplinarni pristup sa različitih aspekata rasvetle određene probleme iz interne medicine. Takođe, smo predvideli da sesije budu interaktivne kako bi u radu aktivno učestvovali svi prisutni na Kongresu, bilo kroz diskusije ili postavljnja pitanja predavačima.

I pored sve veće uže profilizacije lekara, internista i dalje zauzima vodeće mesto u zdravstvenoj zaštiti jer omogućava širi pristup pacijentu i daje kompletnu medicinsku zaštitu. U vezi sa napred navedenim ne sme se zanemariti podatak da u većini mesta u Srbiji celokupnu specijalističku delatnost objedinjava i vrši specijalista interne medicine, što sa svoje strane njemu nameće veliku obavezu kontinuirane edukacije iz svih oblasti interne medicine, a kongresi internista su pravo mesto ovakvih edukativnih programa.

Kao i ranijih godina i na ovom Kongresu uz organizatora Udruženja internista Srbije, su organizatori će biti Udruženje kardiologa Srbije, Udruženje gastroenterologa Srbije, Udruženje reumatologa Srbije, Udruženje pulmologa Srbije, Udruženje alergologa Srbije, Udruženje endokrinologa Srbije, Udruženje hematologa Srbije i Udruženje nefrologa Srbije. I ovog puta pokrovitelji Kongresa su European Federation of Internal Medicine (EFIM) i International Society of Internal Medicine (ISIM).

Rad Kongresa će se odvijati kroz 23 plenarnih sesija u kojima će svoja izlaganja prezentovati 105 najeminentnijih predavača iz Srbije. Na Kongresu će biti prezentovani i radovi uvidu usmenih originalnih saopštenja i poster prezenatacija, čime smo dali mogućnost lekarima da prikažu svoja lična iskustva iz rada u svojoj svakodnevnoj praksi.

I ovog puta farmaceutske kompanije su propratile i podržale održavanje Kongresa, s toga im se svesrdno zahvaljujemo jer smatramo da je ovo zajednički zadatak na edukaciji lekara. Posebno im se zahvaljujemo na saradnji jer smo sigurni da domaći kongresi, posebno sa ovako širokim programom, pružaju lekarima znatno veće mogućnosti da saznaju šta je novo u farmakološkoj industriji i šta je od značaja za njihov praktični rad.

Nadam se da ćete i sa ovog kongresa poneti neka nova saznanja a i osvežiti svoja znanja iz interne medicine, a što će Vam biti od velikog značaja za dalji klinički rad. Takođe smo sigurni da ćete uživati u druženjima i rasonodi u divnom ambijentu Zlatibora kao planinske lepote i značajne turističke destinacije.

Za sve Vaše vankongresne aktivnosti pobrinuće se i ovog puta agencija Smart travel PCO. Dobro došli na XX Kongres internista Srbije.



Prof. dr Branko Lović
Predsednik
Udruženja internista Srbije



Prof. dr Aleksandar Nagorni
Predsednik
Naučnog odbora kongresa

ODBORI

Počasni odbor

Nebojša LALIĆ

Radoje ČOLOVIĆ

Vladimir KANJUH

Miodrag OSTOJIĆ

Dragan MICIĆ

Anatolij MARTYINOV (Russia)

Runolfur PALSSON (Iceland)

Nikola MONTANO

Predsednik EFIM (European Federation of Internal Medicine)

Organizacioni odbor

Predsednik

Branko LOVIĆ

Članovi

Živoslava BRANKOVIĆ

Radmila ŽIVKOVIĆ

Aleksandar NAGORNI

Dragan ĐORĐEVIĆ

Sekretari

Dragan LOVIĆ

Dimitrije JANKOVIĆ

Zorica CVETKOVIĆ

Marija ZDRAVKOVIĆ

Naučni odbor

Predsednik

Aleksandar NAGORNI

Generalni sekretar

Dragan LOVIĆ

Članovi

Branko BELESLIN

Mirjana BOGIĆ

Nemanja DAMJANOV

Ana ĐORĐEVIĆ-DIKIĆ

Dragan ĐORĐEVIĆ

Dragana JOVANOVIĆ

Miodrag KRSTIĆ

Nebojša LALIĆ

Branko LOVIĆ

Tomica MILOSAVLJEVIĆ

Marija MITIĆ-MILIKIĆ

Violeta VUČINIĆ-MIHAILOVIĆ

Ljudmila NAGORNI-OBRADOVIĆ

Radomir NAUMOVIĆ

Sanja SIMIĆ-OGRIZOVIĆ

Miodrag OSTOJIĆ

Vesna BOŠNJAK-PETROVIĆ

Petra SFORCAN

Vesna ŠKODRIĆ

PREDAVAČI

Tatjana ADŽIĆ
Ivana ALEKSIĆ
Mojsije ANĐIĆ
Nebojša ANTONIJEVIĆ
Svetlana APOSTOLOVIĆ
Marika BAJC
Dušan BASTAĆ
Amela BEGIĆ
Branko BELESLIN
Danijela BENEDETO-STOJANOV
Goran BJELAKOVIĆ
Marija BORIČIĆ KOSTIĆ
Vesna BOŠNJAK PETROVIĆ
Marija BRANKOVIĆ
Ivana BURAZOR
Vesna ČERIMAN-KOSTIĆ
Irena ČOJBAŠIĆ
Mirko ČOLIĆ
Slobodanka CREVAR-MARINOVIĆ
Zorica CVETKOVIĆ
Sonja DAKIĆ
Dragomir DAMJANOV
Mirza DILIĆ
Zorica DIMITRIJEVIĆ
Aleksandra DJOKOVIĆ
Dragan DJORDJEVIĆ
Snežana ĐORĐEVIĆ
Ana ĐORĐEVIĆ DIKIĆ
Petar ĐURIĆ
Vojsilav GIGA
Višeslav HADŽI-TANOVIĆ
Dragana IGNJATOVIĆ RISTIĆ
Branislav ILIĆ
Branko JAKOVLJEVIĆ
Svetlana JELIĆ
Zoran JOKSIMOVIĆ
Igor JOVANOVIĆ
Dimitra KALIMANOVSKA
Dušan KEKIĆ
Goran KORAČEVIĆ
Miodrag KRSTIĆ
Dušanka KUTLEŠIĆ

Marija LABAN
Dragan LOVIĆ
Dragana MARIĆ
Olivera MARKOVIĆ
Ljiljana MARKOVIĆ-DENIĆ
Violeta MIHAILOVIĆ-VUČINIĆ
Marija MILENKOVIĆ
Branislava MILENKOVIĆ
Vladimir MILIVOJEVIĆ
Tomica MILOSAVLJEVIĆ
Marija MITIĆ-MILIKIĆ
Vlada MITOV
Aleksandar NAGORNI
Ljudmila NAGORNI-OBRADOVIĆ
Radomir NAUMOVIĆ
Ivana NEDELJKOVIĆ
Slobodan OBRADOVIĆ
Snežana PAVLOVIĆ
Jovan PERUNIČIĆ
Dragica PEŠUT
Olga PETROVIĆ
Spasoje POPOVIĆ
Mirjana RAJLIĆ-STOJANOVIĆ
Lazar RANIN
Dejan SAKAČ
Ivana SAVIĆ
Danica SAZDANIĆ-VELIKIĆ
Dragan SIMIĆ
Sanja SIMIĆ-OGRIZOVIĆ
Vesna ŠKODRIĆ
Dejan SPIROSKI
Dragana STANOJEVIĆ
Mihailo STJEPANOVIĆ
Vesna STOJANOV
Marko STOJANOVIĆ
Jelena STOJŠIĆ
Bosiljka VUJISIĆ TEŠIĆ
Miodrag VUKČEVIĆ
Vladan VUKČEVIĆ
Marija ZDRAVKOVIĆ
Nataša ZDRAVKOVIĆ
Vladimir ŽUGIĆ

PROGRAM



14.30-15.50

**SPLENOMEGALIJA – HEMATOLOŠKI ILI
GASTROENTEROLOŠKI IZAZOV?**

Predsedavajući: Lana Mačukanović-Golubović, Zorica Cvetković

**Splenomegalija u limfoproliferativnim neoplazmama
– Prikaz bolesnika 1**

Zorica Cvetković

**Splenomegalija u mijeloproliferativnim neoplazmama
– Prikaz bolesnika 2**

Irena Čojbašić

Tromboza lijenalne vene – Prikaz bolesnika 3

Olivera Marković

Splenomegalija u oboljenjima digestivnog trakta

Goran Bjelaković

16.00-17.00

**ZAJEDNIČKA SESIJA UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE I
UDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJU SRBIJE**

Predsedavajući: Dragan Lović, Vesna Stojanov

Nutraceutici i kontrola krvnog pritiska

Dragan Lović

Hipertenzija kod mlađjih osoba

Vesna Stojanov

Varijabilnost srčane frekvence i hipertenzija

Dejan Sakač

Mokraćna kiselina i rizik za kardiovaskularna oboljenja

Dragan Djordjević

17.00-18.30 **ZAJEDNIČKA SESIJA UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE I UDRUŽENJA INTERNISTA BOSNE I HERCEGOVINE EMBOLIJE PLUĆA: DIJAGNOSTIČKO TERAPIJSKI IZAZOV**
Predsedavajući: Nebojša Antonijević, Mirza Dilić, Slobodan Obradović, Dragan Lović

Neprovoćirana plućna embolija: najozbiljniji klinički entitet
Mirza Dilić

Embolije pluća i maligniteti
Slobodan Obradović

Značaj scintigrafije u dijagnostici i praćenju bolesnika sa embolijama pluća: iskustva Stokholma i Sarajeva
Marika Bajc, Amela Begić

Prikaz bolesnika sa diferencijalno dijagnostičkim dilemama i elektrokardiografske promene u bolesnika sa embolijama pluća
Nebojša Antonijević

Antikoagulantna terapija kod bolesnika sa embolijama pluća koji imaju koronarnu bolest i ranije perkutane koronarne intervencije
Marko Stojanović

18.40-19.20 **Simpozijum PFIZER**

Gošeova bolest da li mislimo na nju?
Milan Petakov

hATTR-PN – kada posumnjati na ovu retku bolest?
Stojan Perić

19.20-20.00 **Simpozijum IN PHARM**

Može li preparat gvožđa biti još jači?
Može uz pomoć „prijatelja” – Feroglobin
Darko Antić

20.00 **OTVARANJE KONGRESA**

08.00-09.00 **DILEME I KONTRAVERZE U LEČENJU H.PYLORI INFEKCIJE:
DA LI JE PROBLEM ZAKON (VODIČ) ILI NJEGOVO SPROVOĐENJE?**
Predsedavajući: Miodrag Krstić, Tomica Milosavljević

Lazar Ranin, mikrobiolog

Vladimir Milivojević

Dušan Kekić

09.00-09.50 **ZAJEDNIČKA SESIJA SRPSKE LIMFOMSKE GRUPE I
AKTIVA ZA TROMBOCITOPENIJU
PREVENCIJA TROMBOEMBOLIZMA KOD HOSPITALNIH BOLESNIKA
POSEBAN OSVRT NA PACIJENTE SA MALIGNITETOM**
Moderator: Darko Antić

09.50-10.30 **Simpozijum PFIZER**

Hemofilija B kod odraslih pacijenata

Predrag Miljić

Medikamentna terapija

Mirjana Doknić

10.30-11.10 **Simpozijum HEMOFARM**

Terapija Hipertenzije – Poznati partneri u drugačijoj kombinaciji

Miodrag Srećković, Dušan Šašić

11.15-12.15 **Simpozijum PFIZER
ANTIKOAGULANTNA RADIONICA: OPTIMIZACIJA
ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE KOD PACIJENATA SA
ATRIJALNOM FIBRILACIJOM**

Pacijent u fokusu kroz prikaze slučaja

Goran Milašinović, Miodrag Krstić, Srdjan Raspopovic

12.15-13.15 **Simpozijum PHARMASWISS**

Mysimba-lek za gojaznost

Jagoda Jorga

Udruženim snagama lakse do cilja

Dragan Simić

13.20-13.50 **Simpozijum BOEHRINGER ING**

Imamo li rešenje za idiopatsku plućnu fibrozu?

Tatjana Pejčić

13.50-15.15 *Pauza*

15.15-16.45 **INFARKT MIOKARDA BEZ OKLUZIJE KORONARNIH ARTERIJA: MINOCA**

Predsedavajući: Svetlana Apostolović, Aleksandra Djoković

Antifosfolipidni sy

Aleksandra Djoković

Spontana disekcija koronarnih arterija

Svetlana Apostolović

Homocistein i AIM

Dušanka Kutlešić

Tacocubo vs. MINOCA

Dragana Stanojević

Značaj NMRa u MINOCA

Sonja Dakić

16.45-18.45 **KAKO SMO LEČILI COVID-19 – PANEL DISKUSIJA**

Moderator: Violeta Mihailović Vučinić

Violeta Mihailović-Vučinić

Branislava Milenković

Mihailo Stjepanović

Marija Milenković

18.45-19.30 **TUBERKULOZA: VIŠE LICA ISTE BOLESTI**

Predsedavajući: Vesna Škodrić

Prikaz vanplućnih lokalizacija tuberkuloze

Vesna Škodrić

Brojne internističke dileme na putu postavljanja dijagnoze tuberkuloze

Marija Laban

Neprepoznata tuberkuloza – iz prakse patologa

Ivana Savić

08.00-09.30

**FENOMEN NAGLE OBUSTAVE LEKOVA („REBOUND“ FENOMEN)
ŠIROM INTERNE MEDICINE**

Predsedavajući: Goran Koraćević, Danijela Benedeto-Stojanov

**Fenomen nagle obustave lekova u kardiologiji:
čest i nepravedno potcenjen primer beta blokatora**
Goran Koraćević**„Rebound“ fenomen u kardiologiji je veoma opasan
ako se radi o antiagregacionim lekovima**
Mirko Čolić**Fenomen nagle obustave lekova u nefrologiji:
šta ako se pacijent dijalizira?**
Zorica Dimitrijević**„Rebound“ fenomen u gastroenterologiji:
inhibitori protonske pumpe se veoma često primenjuju**
Danijela Benedeto-Stojanov**Fenomen nagle obustave lekova u reumatologiji:
kortikosteroidi u fokusu**
Ivana Aleksić

15.00-16.30

ZAGONETKE U PULMOLOŠKOJ KLINIČKOJ PRAKSI

Predsedavajući: Ljudmila Nagorni-Obradović, Dragana Marić

Neobične lokalizacije tumora pluća i pleure
Jelena Stojšić**Sva lica plućne kongestije**
Dragana Marić**Redak slučaj intersticijske bolesti pluća i tuberkuloze nastao šest
godina nakon autoimunog pankreatitisa**
Tatjana Adžić**Uporan kašalj bez febrilnosti**
Ljudmila Nagorni-Obradović**„Inopinatum expectes“ – očekujte neočekivano**
Spasoje Popović

16.30-18.00

ULCEROZNI KOLITIS U KLINIČKOJ PRAKSI

Predsedavajući: Ljiljana Marković-Denić, Olivera Marković

Biomarkeri zapaljenja u dijagnostici inflamatornih bolesti creva

Igor Jovanović

Ulcerozni kolitis – terapijski pristup

Marija Branković

Hematološke komplikacije IBC-a

Olivera Marković

Prevenција infekcija *Clostridium difficile* kod pacijenata sa IBC-a

Ljiljana Marković-Denić

Prikaz slučaja iz kliničke prakse

Slobodanka Crevar-Marinović

15.30-16.30

**EKSTRANODALNI LIMFOMI NEUOBIČAJENIH LOKALIZACIJA
– DILEME I IZAZOVI**

Predsedavajući: Zorica Cvetković, Olivera Marković

Ekstranodalni limfomi – Prikaz bolesnika 1

Zorica Cvetković

Limfomi srca – Prikaz bolesnika 2

Marija Zdravković

Limfomi nadbubrega – Prikaz bolesnika 3

Olivera Marković

16.40-17.40

KARDIOLOŠKA REHABILITACIJA – SVEOBUH VATAN PRISTUP

Predsedavajući: Dejan Spiroski, Ivana Burazor

Radna sposobnost nakon akutnog koronarnog sindroma:**Značaj i mesto kardio rehabilitacije**

Ivana Burazor

Kardiološka rehabilitacija pacijenata starije životne dobi

Mojsije Anđić

Sekundarna prevencija kroz program kardiološke rehabilitacije

Dejan Spiroski

08.30-09.30 **NASLEDNI TUMORI U INTERNOJ MEDICINI**
Predsedavajući: Aleksandar Nagorni, Petar Sforcan

Nasledni tumori želuca

Dragomir Damjanov

Nasledni tumori pankreasa

Nataša Zdravković

Nasledni tumori debelog creva

Aleksandar Nagorni

09.30-10.30 **MULTIDISCIPLINARNI INTEGRISANI PRISTUP LEČENJU
FUNKCIONALNIH BOLESTI DIGESTIVNOG SISTEMA
SIMPOZIJUM – PANEL DISKUSIJA**
Predsedavajući: Tomica Milosavljević, Miodrag Krstić

Tomica Milosavljevic, gastroenterolog

Dragana Ignjatović Ristić, psihijatar

Branko Jakovljević, specijalista higijene

10.30-10.45 *Pauza*

10.45-11.45 **Simpozijum AMICUS**

Kako živeti nakon infarkta miokarda?

Svetlana Apostolović

Sideropenijska anemija, kada pozvati gastroenterologa?

Ivan Jovanović

IBS – savremeni pristup bolesti savremenog čoveka

Srđan Đuranović

11.45-12.00 *Pauza*

12.00-13.00 Simpozijum PHARMASWISS

Dodatni paket osiguranja u lečenju srčane insuficijencije

Ivan Stanković

Značaj korekcije anemije kod nefroloških pacijenata

Marija Milinković

Globifer u srčanoj insuficijenciji

Nebojša Antonijević

Primena hemskog gvoždja u terapiji sideropenijske anemije

Ivan Ranković

13.00-13.30 Simpozijum ADOC

Kada je 1+1 > 2

Nebivolol - Drugačiji beta blokator

Goran Lončar

13.30-14.10 Simpozijum GALENIKA

**Prepoznavanje i tretman rezistentne hipertenzije:
zablude, dileme i izazovi**

Dejan Sakač

14.10-15.00 Pauza

15.00-16.30 BOLESTI PLUĆA U TRUDNOĆI

Predsedavajući: Vesna Bošnjak-Petrović, Marija Mitić-Milikić

Respiratorna fiziologija u trudnoći

Vladimir Žugić

Astma i trudnoća

Vesna Bošnjak Petrović

Plućni tromboembolizam u trudnoći

Marija Mitić-Milikić

Pneumonije u trudnoći

Ljudmila Nagorni Obradović

Tuberkuloza u trudnoći

Dragica Pešut

Poremećaji disanja u spavanju kod trudnica

Miodrag Vukčević

16.40-18.30

**NEALKHOLNA MASNA BOLEST JETRE (NAFLD)
– SISTEMSKA BOLEST XXI VEKA**

Predsedavajući: Miodrag Krstić, Tomica Milosavljević

NAFLD – uvod u sistemsko obolenje

Miodrag Krstić

Kada uraditi kolonoskopiju i gastroskopiju pacijentu sa NAFLD?

Aleksandar Nagorni

Treba li svim pacijentima sa NAFLD raditi test opterećenja i treba li svakom pacijentu sa koronarnom bolešću uraditi i kolonoskopiju?

Vladan Vukčević

Šta od endokrinoloških testova treba uraditi pacijentu sa NAFLD?

Svetlana Jelić

Treba li ispitivati bubrežnu funkciju pacijentu sa NAFLD i vice versa?

Sanja Simić-Ogrizović

NAFLD i Sleep Apnea Syndrome – postoji li veza?

Miodrag Vukčević

NAFLD i creva mikrobiota – postoji li zaista veza?

Mirjana Rajlić-Stojanović

15.00-16.10

ŠTA TREBA INTERNISTA DA ZNA O HITNIM STANJIMA U ONKOLOŠKIH PACIJENATA

Predsedavajući. Dragana Jovanović, Snežana Đorđević

Dispnea zbog stenozе velikog disajnog puta, pleuralnih/perikardnih izliva i masivne hemoptizije

Branislav Ilić

Učestalo povraćanje/dijareja i metabolički poremećaji

Snežana Đorđević

Hematološki poremećaji

Vesna Čeriman-Kostić

Preteće patološke frakture, kompresija kučmene moždine

Danica Sazdanić-Velikić

16.15-18.00

ZAJEDNIČKA SESIJA UDRUŽENJA KARDIOLOGA SRBIJE I UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE: AKTUELNE TEME U KARDIOLOGIJI I PRAKTIČNE PORUKE IZ ESC PREPORUKA

Predsedavajući: Branko Beleslin, Ana Đorđević-Dikić, Dragan Simić, Ivana Nedeljković, Dragan Lović

Uvod – Predstavljanje knjige Kardiologija Klinički vodič

Branko Beleslin

Izazovi različitih stres testovi u dijagnostici ishemijske bolesti srca 2020

Vojsilav Giga

Srčana funkcija pod lupom ergospirometrije:**Kog pacijenta poslati na test i koje parametre treba znati**

Ivana Nedeljković

Magnetna rezonanca za interniste u dijagnostici strukturnih bolesti srca: kada je dobro uraditi i MR

Marija Zdravković

Ehokardiografija za interniste u dijagnostici valvularnih bolesti srca: 3 ključna eho nalaza za svaku manu!

Olga Petrović

Novosti u medikamentnoj terapiji hroničnog koronarnog sindroma prema ESC preporukama 2019

Ana Đorđević Dikić

16.15-18.00

**ZAJEDNIČKA SESIJA UDRUŽENJA KARDIOLOGA SRBIJE I
UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE:
AKTUELNE TEME U KARDIOLOGIJI I PRAKTIČNE PORUKE
IZ ESC PREPORUKA**

Predsedavajući: Branko Beleslin, Ana Đorđević-Dikić, Dragan Simić,
Ivana Nedeljković, Dragan Lović

Noćni izazov hipertenzije! Šta kažu preporuke

Dragan Simić

Da li ima dilema u lečenju hipertenzije u vreme pandemije Covid 19

Dragan Lović

Srčane komplikacije Covid 19 infekcija

Vlada Mitov

15.00-16.30

DIJAGNOSTIKA I LEČENJE KOMPLEKSNIH KARDIOVASKULARNIH OBOLJENJA U TRUDNICA

Predsedavajući: Dimitra Kalimanovska, Bosiljka Vujisić Tešić

Urođene srčane mane i trudnoća

Dimitra Kalimanovska

Endokarditis i trudnoća

Bosiljka Vujisić Tešić

Dijagnostika tromboze arteficialnih srčanih valvula u trudnoći

Marija Boričić Kostić

Lečenje bolesnice sa trombozom arteficialnih valvula u trudnoći

Nebojša Antonijević

16.30-18.00

30 GODINA PRIVATNE LEKARSKE PRAKSE SRBIJE 1990-2020

Predsedavajući: Višeslav Hadži-Tanović, Dušan Bastać

Prevenција kardiovaskularnih oboljenja u Srbiji na bazi transformacije Domova zdravlja i uspostavljanje institucije privatnog porodičnog lekara u okviru zdravstvenog osiguranja

Višeslav Hadži-Tanović

Urgentna stanja u privatnoj lekarskoj ordinaciji i menadžment zbrinjavanja cardiac arrest-a

Višeslav Hadži-Tanović

Nove preporuke , koncepti i dijagnostički algoritam u šest koraka za stabilnu koronarnu bolest – hronični koronarni sindrom, ESC vodič 2019.

Dušan Bastać

Značaj kontrole ciljnih organa u arterijskoj hipertenziji

Snežana Pavlović

Makroamilazemija kao razlog hiperamilazemije u klinički nejasnim stanjima – prikaz slučaja

Zoran Joksimović

Akutna embolija pluća – dijagnostika i terapija

Jovan Peruničić

OPŠTE INFORMACIJE

MESTO ODRŽAVANJA KONGRESA

Hotel MONA

Miladina Pečinara 26
31315 Zlatibor
+381 31 841 021
www.monazlatibor.com

REGISTRACIJA

Radno vreme:

Četvrtak, 2. jun 10.00-19.30
Petak, 3. jun 07.30-19.30
Subota, 4. jun 07.30-19.30

KOTIZACIJA

Kotizacija iznosi 12.000 dinara i obuhvata bedž, kongresni materijal, pristup sesijama Kongresa, prostoru za izložbu.

KME BODOVI

XVI Kongres UIS je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije:

Predavanje	12 bodova
Usmena saopštenja	9 bodova
Poster prezentacija	7 bodova
Pasivno učešće	6 bodova
Koautori usmenih saopštenaj i postera	0,5 bodova

IZLOŽBA

U toku Kongresa biće održana prateća izložba u hotelu Mona, u holu ispred kongresne sala. Najpoznatiji proizvođači lekova, laboratorijske i druge medicinske opreme izložiće svoje najnovije proizvode.

OPŠTE INFORMACIJE

UPUTSTVA ZA PREDAVAČE

Molimo da se svi predavači striktno pridržavaju vremenskog rasporeda simpozijuma u okviru Kongresa.

Usmena izlaganja traju 8 minuta, uključujući i diskusiju od 2 minuta.

U svakoj od sala za izlaganje biće postavljen LCD projektor za kompjutersku prezentaciju.

Sve prezentacije moraju biti predate osobama zaduženim za projektovanje u salama, najmanje 30 minuta pre početka sesije.

Za sve dodatne informacije i usluge možete se direktno obratiti Sekretarijatu Kongresa.

VAŽNE ADRESE

Organizator

UDRUŽENJE INTERNISTA SRBIJE

18000 Niš, Jovana Ristića 20/2

Telefon: +381 18 420 90 94

e-mail: info@uis.org.rs

www.uis.org.rs

Izvršni organizator

SMART TRAVEL PCO

11000 Beograd, Njegoševa 72 a

Telefon: +381 11 770 21 84, 770 25 22

e-mail: smarttravelpco4@smarttravelpco4.rs

www.smarttravelpco4.rs

SPONZORI

Generalni sponzor

PHARMASWISS

Zlatni sponzori

AMICUS

PFIZER

GALENIKA

HEMOFARM

Srebrni sponzori

ACTAVIS

ADOC

BOEHRINGER INGELHEIM

Sponzori

EWOPHARMA

GALENIKA PHARMACIA

INPHARM

KRKA FARMA

MAX - MEDICA

PHARMAS

ZBORNÍK SAŽETAKA



U01 KNOW WHAT YOU'RE WORKING WITH - A CASE REPORT ON WHAT COULD GO WRONG.

V. Bošković¹, M. Ratković¹, F. Tomović², B. Babović¹, J. Vlaović³, M. Marojević⁴

¹Department of Internal Medicine Clinical Center of Montenegro, Department of Nephrology

²Primary Health Care Center Podgorica, Montenegro

³Department of Ophthalmology General Hospital Nikšić, Montenegro

⁴Primary Health Care Center Cetinje, Montenegro

INTRODUCTION AND GOAL: Knowing your body, its limits and the correct ways to achieve your fitness goals are the staple to leading a healthy life. In this report we will try to present one of the possible outcomes of not recognizing your body's limitations and needs.

MATERIALS AND METHODS: Case report study.

RESULTS: Male patient born in 1980 reported feeling nausea and vomiting for couple of days in the beginning of November of 2019. Laboratory tests were performed and high urea and creatinine levels were found which led to him seeking additional medical attention. In late November of 2019 he was admitted to the Clinical Center of Montenegro for clinical evaluation and treatment. For the past 20 years he was extremely physically active, trying to build up his body mass and in the gym and working as a construction worker. He knows about hypertension for the past 7 years but was not treated for it, he also admits taking anabolic steroids for the past several years and testosterone for last two. His diet was high in protein and he took additional protein supplementation. He also took NSAID for previous several years. Abdominal ultrasound performed upon hospitalization showed reduction in kidney size. Functional tests showed presence of terminal kidney failure and the patient started dialysis after a central venous line was obtained. AV fistula was also made during hospitalization but it was afunctional. An improvement in renal function values was observed and the patient was put on the transplant waiting list. While awaiting transplantation patient will be on chronic renal replacement therapy - hemodialysis. Hypertension was also regulated with appropriate medication during this hospitalization.

CONCLUSION: Setting your fitness goals and chasing after them, although a positive and encouraged method of health improvement, may be counterproductive if the person doesn't know what their body is capable of or doesn't do it the right way.

U02 OBINUTUZUMAB U LEČENJU UNFIT PACIJENTA SA HRONIČNOM LIMFOCITNOM LEUKEMIJOM

I. Čojbašić^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

²Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju, Klinički centar Niš, Srbija

Uvod: Kombinacija monoklonskog anti-CD20 antitela sa hemoterapijom poboljšala je ishod lečenja kod pacijenata sa hroničnom limfocitnom leukemijom (CLL) i komorbiditetima. Studije su pokazale da je u ovoj populaciji pacijenata primena obinutuzumaba+hlorambucila obezbedila bolje ukupno preživljavanje u odnosu na primenu samo hlorambucila i da dovodi do dublje i duže remisije nego kombinacija rituksimaba+hlorambucila.

Pacijentkinja S.R., ženskog pola, starosti 75 godina prvi put se javila hematologu aprila 2013. godine. Urađena je kompletna dijagnostička obrada sa imunofenotipizacijom ćelija periferne krvi i detektovana populacija:CD19+/CD5+/CD23-/CD79b-/FMC7-/IgM-/CD22-/CD27+. Maja 2013.godine je postavljena dijagnoza B-CLL, CS I i odlučeno da se primeni strategija „watch and wait“. Pacijentkinja je redovno praćena od strane hematologa. Nakon 5 godina dolazi do porasta perifernih limfnih žlezdi i slezine i juna 2018.godine PH nalaz biopsije limfne žlezde na vratu potvrdio je dijagnozu neoplastične sitnoćelijske non-Hodgkin B-limfoproliferacije po tipu SLL/CLL. Procena stanja bolesti decembra 2018.godine pokazala je da je pacijentkinja u CS II, CIRS 6 (HTA,HOBP,Ulcus ventriculi), ECOG 2, Le $117,6 \times 10^9/L$, Er $3,73 \times 10^{12}/L$, Hgb 120mg/dl, Tr $224 \times 10^9/L$. Na MSCT-u vrata, grudnog koša i abdomena bila je prisutna generalizovana periferna limfadenopatija do 3,5cm, medijastinalna i retroperitonealna limfadenopatija do 5,5cm, slezina uvećana AP dijametrom 19cm. Pacijentkinja je imala indikacije za započinjanje lečenja: prisustvo opštih simptoma, simptomatsku limfadenopatiju i splenomegaliju. Zbog starosti i prisutnih komorbiditeta odlučeno je da se primeni strategija „Slow-go“ kao manje agresivan pristup i januara 2019. godine započeta je terapija sa obinutuzumabom+hlorambucilom. Neželjena dejstva u toku prve infuzije leka obinutuzumab bile su drhtavica i skok temperature od 38C, sa prekidom terapije u trajanju od 45 minuta. Nakon primene i.v. kortikosteroida dolazi do normalizacije stanja i pacijentkinja je primila punu dozu leka bez komplikacija. Marta 2019.g. urađena je procena stanja bolesti nakon III ciklusa terapije: postignut je terapijski odgovor nivoa parcijalne remisije. Nakon toga pacijentkinja je primila još 3 ciklusa terapije obinutuzumab+hlorambucil, i nije bilo neželjenih reakcija. Procena stanja bolesti nakon VI ciklusa terapije pokazala je postignutu parcijalnu remisiju bolesti, koja se održava i na poslednjoj kontroli.

Zaključak: Prikazani rezultati lečenja idu u prilog činjenici da je kombinacija anti-CD20 antitela obinutuzumaba sa hlorambucilom efikasan režim koji se dobro podnosi i poboljšava klinički ishod kod prethodno nelečenih pacijenata sa CLL i komorbiditetima.

Ključne reči: hronična limfocitna leukemija, obinutuzumab, terapijski odgovor.

U03 SINHRONA POJAVA PRIMARNE MIJELOFIBROZE I IGG LIMFOPLAZMOCITNOG LIMFOMA SA PRATEĆOM AUTOIMUNOMHEMOLIZNOM ANEMIJOM-PRIKAZ SLUČAJA

A. Divac¹, T. Terzić³, D. Marisavljević^{1,4}, Z. Cvetković^{2,4}, O. Marković^{1,4}

¹Kliničko-bolnički centar "Bežanijska Kosa"

²Kliničko-bolnički centar "Zemun"

³Institut za patologiju, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

⁴Medicinski fakultet u Beogradu

Uvod: Udruženost dva hematološka oboljenja, posebno mijelo- i limfoproliferativne bolesti je retka pojava. Do sada su opisani pojedinačni slučajevi sinhronne pojave mijeloproliferativnih neoplazmi sa limfoproliferativnim oboljenjima, najčešće hroničnom limfatičnom leukemijom, redje drugim tipovima limfoma. Mi prikazujemo bolesnika sa istovremenom pojavom primarne mijelofibroze i limfoplazmicitnog limfoma.

Prikaz slučaja: Muškarac, star 52 godine, upućen u našu ustanovu zbog anemije i visokih vrednosti LDH oktobra 2018. Uvećana slezina vel. 162x85mm uočena prvi put jula 2018. U ličnoj anamnezi prisutna subklinička hipotireoza i hronični gastritis. U fizikalnom nalazu, registrovana je bledožuta boja kože i splenomegalija (6-7cm ispod LRL). U krvnoj slici registrovana je leukocitoza ($12,12 \times 10^9/l$) sa leukoeritroblastnom slikom, umerena anemija (Hgb 67g/l), dok je broj trombocita bio u granicama referentnih vrednosti ($443 \times 10^9/l$), retikulociti su bili 4,4%, SE 59mm/h. U biohemijskim analizama registrovane su blago povišene vrednosti ukupnog bilirubina 27,5mcmol/l, višestruko povećana vrednost LDH 1816U/l, povišena vrednost uk. proteina 90g/l, uredan haptoglobin(0,9g/l), povišen IgG (53g/l), sniženi IgM 0,3g/l i IgA 0,5g/l. Direktni coombs test je bio pozitivan 2++, a indirektni je bio negativan. Imunoelektroforeza protein seruma je pokazala postojanje M komponente u gama zoni, monoklonski IgG (39,1g/l) i kappa lake lance. U urinu nije detektovan M protein. Beta2-mikroglobulin je 4,43mg/l. Virusološke analize (HIV, HbsAg i HCV) su bile negativne. Na CT-u abdomena i male karlice vidjena je splenomegalija vel. 250mm i hepatomegalija 200mm. Na radiografiji koštanog sistema i NMR kičmenog stuba nisu registrovane osteolitične lezije. Patohistološki nalaz trepanobiopata kostne srži je odgovarao primarnoj mijelofibrozi, udruženoj sa IgG limfoplazmicitnim limfomom. U prilog dijagnoze primarne mijelofibroze je govorilo i prisustvo JAK2 (V617F) mutacije. FISH analiza je bila negativna za sve ispitivane genske rearanžmane za multipli mijelom. Na osnovu svih analiza utvrđena je dijagnoza primarne mijelofibroze udružene sa IgG limfoplazmicitnim limfomom praćenim autoimunohemoliznom anemijom. Kako lečenje dvojnje maligne bolesti podrazumeva lečenje agresivnijeg maligniteta, u lečenju našeg bolesnika primenjena je terapija agresivnije bolesti tj. antilimfomska terapija (VCDprotokol). Nakon do sada primenjenih 5 ciklusa terapije, postignut je parcijalan terapijski odogovor.

Zaključak: Imajući u vidu da je udruženost dva hematološka maligniteta retka pojava, naročito udruženost oboljenja mijeloidne i limfoidne loze, postavljanje dijagnoze predstavlja veliki dijagnostički i terapijski izazov.

U04 COVID19 I DIFUZNI B-KRUPNOĆELIJSKI LIMFOM

– NAŠA ISKUSTVA

A. Divac¹, Z. Cvetković^{2,3}, O. Marković^{1,3}

¹Kliničko-bolnički centar "Bežanijska Kosa"

²Kliničko-bolnički centar "Zemun"

³Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Pojava teške respiratorne infekcije izazvane SARS-Cov2 koja je prvi put prijavljena u Kini, dovela je do globalne pažnje, kao i proglašenja pandemije od strane Svetske zdravstvene organizacije 11.marta 2020. Naročito su ugroženi stariji pacijenti sa komorbiditetima, kao i pacijenti sa malignitetima, kod kojih se primenjuje hemioterapija. Mi prikazujemo 3 pacijentkinje kod kojih je postavljena dijagnoza difuznog B krupnoćelijskoglimfoma (DBKL) u našoj ustanovi i kojima je u toku lečenja dokazana infekcija virusom SARS-Cov19.

Prikaz bolesnika: Bolesnice su stare 54, 46 i 69 godina. Kod dve bolesnice se radilo o recidivu limfoma (kod jedne o recidivu folikularnog limfoma sa transformacijom u DBKL, kod druge o transformaciji limfoplazmocitnog limfoma). Kod treće bolesnice se radi o novodijagnostikovanom DBKL. Prve dve bolesnice su lečene "salvage" protokolom, a treća je lečena protokolom R-CHOP. Kod prve pacijentkinje, stare 54 godine, dijagnoza folikularnog limfoma postavljena je 2015god. U toku epidemije virusom SARS-Cov19 primenjivana je hemioterapija po DHAP protokolu zbog recidiva bolesti sa transformacijom u DBKL. Infekcija virusom SARS-Cov19 utvrđena je nakon izlaska iz aplazije kostne srži, kada je PCR analiza na SARS-Cov19 radjena zbog pojave febrilnosti. Kod druge bolesnice stare 69 godina, dijagnoza limfoplazmocitnog limfoma postavljena je oktobra 2018god. A recidiv bolesti sa transformacijom u DBKL detektovan je marta 2020. kada je započeto lečenje po miniESHAP protokolu. Kod treće bolesnice sa de novo DBKL limfomom, stare 46 godina, lečene R-CHOP protokolom infekcija virusom SARS-Cov19 registrovana je nakon VI ciklusa imunohemioterapije. Sve tri pacijentkinje su imale teške forme bolesti sa obostranom intersticijalnom upalom pluća i tipičnim biohemijskim nalazima (limfopenija, povišen D-dimer, feritin i crp...). Nakon prevođenja u COVID centre su izlečene i kod njih se planira nastavak lečenja osnovne bolesti.

Zaključak: Pacijenti sa limfomima predstavljaju jednu od najvulnerabilnijih grupa bolesnika kada je u pitanju infekcija virusom SARS-Cov19 sa sklonošću razvoja teških formi bolesti. Najosetljiviju grupu čine bolesnici sa aktivnom bolešću kod kojih je hemioterapija u toku. Naše bolesnice su i pored teške forme bolesti imale povoljan ishod čemu je verovatno doprinelo odsustvo pridruženih bolesti, ali blagovremeno postavljenje dijagnoze i adekvatan terapijski pristup.

U05 RAZVOJ VIŠEG STEPENA HIPERREAKTIVNOSTI TRAHEOBRONHIJALNOG STABLA ZBOG NEADEKVATNE PRIMENE KORTIKOSTEROIDA I GREŠKE KOJE MOGU POGORŠATI VIRUSNU INFEKCIJU

I. Gašanin

Dom zdravlja Sjenica

Zloupotreba kortikosteroida, posle prezentacije i objavljivanja mojih naučnih radova o etiologiji prevenciji i uspešnom lečenju opstrukcije disajnih puteva kod dece i odraslih u Zbornicima (prvi put Sokobanja 1994.) i Časopisu Sanamed 2007. ISSN-1452-662X, 115-127., počinje od većina lekara primenom kortikosteroida u prekomernim dozama i neadekvatno.

Nagli prekid kortikosteroida uzrokovao je pogoršanje opstrukcije i povećanje stepena hiperreaktivnosti traheobronhijalnog stabla. (deo naučnog rada: "Primena kortikosteroida u prevenciji opstrukcije disajnih puteva kod dece i odraslih i greške u toku lečenja", V Kongres interne medicine Jugoslavije, 1999.).

Na primer, kod B.E. (47 godina) izabrani lekar bronhitis mukopurulentna leči amp Dexason-a, posle prekida oboleli dobija opstrukciju koju lekar leči ponovo amp Dexason-a. Nagli prekid kortikosteroida uzrokovao je viši stepen hiperreaktivnosti. B.M. (50 godina) posle 6 meseci javlja se samovoljno u DPB sa asmatskim gušenjem. Primao je kod izabranog lekara ampule Dexason-a sa antibioticima 5-7 dana pri svakom pogoršanju, iako je bolest počela samo kao bronhitis bez dispnee. U DPB javljaju se: Č.E. 1972. i T.I.1949. u asmatskom statusu, u vreme Influence u Sjenici od 05.03.-03.04.2020. (vreme i pandemije COVID-19). Obe pacijentkinje se leče od astme u DPB i imale su dugu remisiju opstrukcije. Pre statusa asmaticusa primale su na 12 sati Dexason ili Lemod solu 40mg sa Arynophyllinom i antibiotikom kod izabranog lekara ili u Hitnoj službi. Neadekvatno visoke doze kortikosteroida sa naglim prekidima je uzrokovalo pogoršanje astme i tešku dispneu 24 sata. U isto vreme dolaze na kontrolu pacijenti oboleli od astme koji nemaju egzacerbaciju u vreme Influence što je još jedan dokaz da prevencija opisana u mojim naučnim radovima i blagovremena upotreba preventivne terapije sprečava implantaciju patogenog virusa Influence.

Svim virusnim infekcijama prethodilo je rashlađivanje osim kod visoko infektivnih i patogenih virusa, kao Influenza i H1N1 (moje iskustvo sa Corona vrusom ne postoji, ali moguće pored fizičke distance i dezinfekcije da postoje greške u prevenciji i terapiji) gde su rashlađivanja uzrokovala komplikacije na bronhima i parenhimu, dok je pregrevanje u toku bolesti širilo virus na zdrave delove pluća. Blagovremenim davanjem adekvatne doze kortikosteroida na 12 ili 8 sati (plus ostala terapija) sprečava se razvoj opstrukcije i verovatno ARDS.

U06 INFLUENCA U VREME PANDEMIJE COVID-19 I EFIKASNO LEČENJE ZAHVALJUJUĆI ADEKVATNOJ TERAPIJI I PREVENCIJI

I. Gašanin

Dom zdravlja Sjenica

Unaučnom radu, koji sam prikazala na velikom broju kongresa (prvi put 1993. u Herceg Novom), "Uloga hladnoće u nastanku i razvoju bolesti sa posebnim osvrtom na neke bolesti respiratornog sistema - lečenje i prevencija", dokazala sam dejstvo hladnoće i pregrevavanja na sve organe kao i efikasno lečenje zahvaljujući prevenciji i adekvatnoj terapiji (Časopis SLD "Sanamed" v2007., ISSN-1452-662X, 129-138). Rashlađivanjem nastaje vazokonstrukcija, usporena cirkulacija, oslabljen metabolizam, usporena i onemogućena fagocitoza. Dospeli respiracijama virusi i bakterije lako se implantiraju... Nakupljeni metaboliti na nivou tkiva pri prestanku dejstva hladnoće uzrokuju manju ili veću permeabilnost kapilara. U slučaju pretopljavanja ili davanja terapije, kao antiinflamatornih lekova (Brufen, Diclofenac...), prermeabilnost se povećava, onosno opstrukcija ili edem i inflamacija intersticijuma...

Influenca, iako respiratorno infektivno oboljenje, prolazi kao laka respiratorna infekcija ukoliko se nije desilo rashlađivanje pre ili u toku bolesti. Rashlađivanje je najčešće komplikovalo Influenca: bronhopneumonijom, pneumonijom i bronhitisom bez ili sa opstrukcijom disajnih puteva. Sve virusne infekcije koje sam pratila više od 35 godina su prolazile sa blagim simptomima ako nije bilo prethodnog rashlađivanja ili u toku bolesti. Na primer, od 1995-1997. lečila sam 80 slučajeva Influenca: 37 prethodilo rashlađivanje i 22 rashlađivanje desilo se u toku bolesti. U slučaju pandemije A/H1N1 novembra 2009. lečila sam 69 obolelih. U svim slučajevima je prethodilo rashlađivanje. Iako je bilo teških egzacerbacija astme, pneumonija... sve komplikacije su sanirane ambulantno za 7-10 dana.

Od 05.03. do 03.04.2020. lečila sam 41 slučaj (27 žena i 14 muškaraca) obolelih od Influenca (dužina inkubacije, simptomatologija, izlečeni članovi porodice...) u vreme pojave pandemije COVID-19 u Srbiji. Svi slučajevi su naveli prethodno rashlađivanje. Saniram sve simptome i komplikacije na plućima. Kod obolelih sa suvim, prodornim kašljom uključujem sa antibiotikom amp Lemod solu 20mg ili Dexasona 1/2 ampule na 12 sati im ili iv. Za 1-3 dana potpuno se zaustavi napredovanje bolesti ako se ne desi novo rashlađivanje, pregrevavanje, uzimanje hladnih, vrelih ili gaziranih napitaka. Kod razvijene opstrukcije doza kortikosteroida se uveća do 40 mg sa postepenim umanjivanjem posle sanacije dispnee.

S obzirom da je patologija i kontagioznost COVID-19 znatno veća, ovakav metod prevencije i lečenja može ublažiti težinu bolesti uz fizičku distancu i dezinfekciju.

U07 SAVREMEN KLINIČKI PRISTUP GASTROINTESTINALNIM STROMALNIM TUMORIMA

V. Novaković¹, N. Ivanović¹, B. Dolamić¹, A. Laušević¹, M. Uglješić²

¹Interno odeljenje, Opšta bolnica Sremska Mitrovica

²Opšta bolnica Bel Medic Beograd

Gastrointestinalni stromalni tumori (GIST) su najčešći mezenhimalni tumori gastrointestinalnog trakta, visokog malignog potencijala. Javljaju se najčešće na želucu (60%) i tankom crevu (25-30%), a ređe na debelom crevu (< 5%), jednjaku (< 3%) i završnom crevu (rektumu) i anusu (< 5%). Učestalost je 1-20 slučajeva na milion stanovnika. Petogodišnja stopa preživljavanja je od 28% do 60%. Veće formacije GIST se prezentuju kao krvarenja u gastrointestinalnom traktu, ileus i perforacija creva. Klasifikuju se po rizičnosti na osnovu veličine i mitotske aktivnosti. Dijagnostikuju se u šestoj i sedmoj deceniji života. Smatra se da su GIST mezenhimalni tumori, koji vode poreklo od intesticijalne, pejsmejker Cajal ćelije. GIST se najčešće javljaju u vidu velike, pečurkaste intraluminalne, submukozne mase. Najčešće su građeni od vretenastih ćelija (60-70% slučajeva). Stroma je sastavljena od rastresitog kolagenizovanog veziva sa neoangiogenezom, Većina GIST (95%) eksprimira transmembranske receptore KIT (CD 117), CD34, vimentin, specifične neurogene i glatko-mišićne markere. U kliničkoj slici dominira bol u trbuhu, slabost, dispepsija, anemija, povraćanje i zatvor ili proliv. Dijagnoza GIST se postavlja nakon laparotomije i patoloških pregleda, a za brzu dijagnostiku CT i MRI i endoskopske metode. Histologija je zlatni standard dijagnoze. Najuspešnija terapija kod GIST je hirurška resekcija, kao i primena imatiniba i sunitiniba.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja V.B. starosti 53 god. primljena pre 6 meseci zbog masivne hematemeze sa padom u KKS. Tegobe nastupile na dan prijema, a nakon uzimanja NSAID. Pre 8 godina, totalna histerektomija zbog Ca-cerviksa. Na dolasku hipotenzivna, tahikardna, palpatorno bolnog epigastrija, Hb 67 g/L. Radi se urgentna gastroskopija - ušlo se u želudac u kome se nađe dosta sveže krvi. Ispiranjem vodom u retroverziji se u proksimalnom delu korpusa, na zadnjem zidu želuca uoči polipoidna, loptasta, submukozna promena, promera oko 4 cm sa dve ulceracije koje krvare. Indikovana hitna operacija i potom se učini hirurška resekcija želuca. Postoperativni tok bio uredan. PH - imuno-histohemija : Mitotski indeks 8/25HPF, imunofenotip pozitivan na CD 117, DOG1, CD34, PDGFR alfa. Pre dva meseca kontrolna gastroskopija, ožiljak od resekcije na zadnjem zidu želuca, nema recidiva. NMR abdomena, nalaz uredan. Nastavlja se kliničko praćenje onkologa i gastroenterologa. Gornja endoskopija od suštinskog značaja za dijagnostiku GIST želuca.

U08 ANALIZA KLINIČKIH PARAMETARA, TIPA HIPERTENZIJE I EFEKTA ANTIHIPERTENZIVNE TERAPIJE PUTEM AMBULATORNOG MONITORINGA KRVNOG PRITISKA NA 150 BOLESNIKA

A. Raščanin, D. Bastać, Z. Joksimović, M. Bastać

Internistička ordinacija "Dr Bastać"

UVOD: Procena varijacija u odnosu na dnevno-noćni ili cirkadijalni ritam se najbolje vrši putem ambulatornog 24-časovnog merenja krvnog pritiska (AMKP). AMKP je i zlatni standard za procenu efekta terapije hipertenzije.

CILJ RADA: Utvrditi regulisanost hipertenzije i zastupljenost tipa hipertenzije u odnosu na cirkadijalni patern, posebno nokturalnu hipertenziju i odsustvo noćnog pada pritiska pacijenata iz kliničkog spektra Privatne internističke ordinacije "Dr Bastać" i određivanje strukture neadekvatno regulisanih bolesnika pod antihipertenzivnom terapijom.

MATERIJAL i METODE: Ispitivano je 150 konsekutivnih bolesnika. Korišćeni su portabl aparati Microlife i Mobilograph.

REZULTATI: Na osnovu AMKP bolesnici su podeljeni u dve osnovne grupe: Grupa A (N=99pts-66%) sa terapijski regulisanim ili normalnim krvnim pritiskom (24 h AMKP $116 \pm 7,8/71 \pm 6,5$ mmHg) i grupu B (N=51 pts-34%) sa povišenim vrednostim krvnog pritiska (24 h AMKP $143 \pm 16/87 \pm 8,8$ mmHg). Nokturalnu hipertenziju je imalo 59/150 (39%) a od njih je 9 (15%) bolesnika bilo bez terapije (izolovana nokturalna hipertenzija) i oni su stat značajno mlađji od grupe lečenih (50 ± 14 vs 63 ± 13 , $p=0.008$). Bolesnici pod terapijom imaju statistički značajno viši srednji sistolni noćni pritisak $142 \pm 22/86 \pm 10$ mmHg, nego bez terapije $126 \pm 5/83 \pm 8$ ($p < 0,03$) dok se dijastolni ne razlikuju značajno ($p=34$, NS). Podelom 59 bolesnika sa nokturalnom hipertenzijom dobijene su frakcije: 34/59 (58%) su non-dipper i čak 19/59 (32%) su reverzni dipperi, dok normalan pad noćnog pritiska ima samo 6 bolesnika (10%) iako imaju noćnu hipertenziju. U grupi bez nokturalne hipertenzije (N=91), normalan fiziološki noćni pad (dipper) u odnosu na dnevni je imalo 34/91 (37,4%), non-dipper je bilo 52/91 (57,1%), ekstremnih dipera 2 (2,2%) i reverznih dipera 3 (3,3%). Od 150 ispitivanih pacijenta 98 pacijenta (65%) ima normalan pritisak, a od 98 pacijenta sa normalnim pritiskom 75/98 (76%) imaju normalan pritisak pod terapijom. 23/98 (24%) imaju normalan pritisak bez terapije a od njih čak 19/98 pts (19%) je imalo povišen klinički pritisak i spadaju u grupu pacijenta sa hipertenzijom belog mantila (19/24-83%)

ZAKLJUČAK: AMKP je nedovoljno korišćena metoda za evaluaciju hipertenzivnih bolesnika. Bez AMKP metode može se prevideti nokturalna hipertenzija (po našim rezultatima 39%), odsustvo fiziološkog pada noćnog pritiska-non-dipper (po našim rezultatima 57%) i reverzni dipping status (3,3% u svih i 19% u nokturalnoj hipertenziji). AMKP je zlatni standard u postavljanju dijagnoze hipertenzije a pre svega hipertenzije "belog mantila".

P01 PRIMENA KLADRIBINA KOD PACIJENTA SA LEUKEMIJOM VLASASTIH ČELIJA

I. Čojbašić^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

²Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju, Klinički centar Niš, Srbija

Uvod: Leukemija vlasastih ćelija je B ćelijski limfoproliferativni poremećaj, koji se karakteriše citopenijama, izraženom splenomegalijom i zahvatanjem koštane srži sa fibrozom. Predstavlja redak poremećaj i čini 2% leukemija odraslih. Većina smernica za lečenje leukemije vlasastih ćelija preporučuje upotrebu analoga purina - kladribina u prvoj terapijskoj liniji.

Pacijent D.K., muškog pola, starosti 67 godina januara 2019. godine upućen je hematologu zbog bicitopenije i splenomegalije od 2cm na LRL. Laboratorijske analize: Le $2,4 \times 10^9/L$, Ne $1,5 \times 10^9/L$, Er $4,16 \times 10^{12}/L$, Hgb 131g/L, Tr $105 \times 10^9/L$, SE 75, UREA 5,2 μ mol/L, CREA 91,2 μ mol/L, TBIL 13,9Umol/L, DBIL 2,5Umol/L, TP 71,1g/L, ALB 39g/L, AST 21U/L, ALT 14U/L, LDH 336U/L, GGT 42U/L, CRP 4,8mg/L, Feritin 196Ug/L. U biopsatu koštane srži neoplastična limfoproliferacija činila je preko 50% ukupne celularnosti sa imunoprofilom: CD20+, Pax5+, bcl-2+, BA44+, CD25+, CD117-, CD5-, CD23, CD15, CyclinD1-, MPO-. Mikromorfologija i uradjene imunohistohemijske analize idu u prilog dijagnozi infiltracije koštane srži u okviru neoplastične B-limfoproliferacije po tipu leukemije vlasastih ćelija-hairy cell leukemia. Na MSCT-u abdomena slezina interpolarnog dijametra 146mm, bez abdominalne limfadenopatije. U trenutku postavljanja dijagnoze pacijent nije imao kriterijume za započinjanje terapije. Jula 2019.godine pacijent je hospitalizovan zbog otoka na nogama i otežanog hoda, povišene temperature do 39,4°C i gubitaka u težini od 10kg za 6 meseci. Laboratorijske analize: Le $1,5 \times 10^9/L$, Ne $0,8 \times 10^9/L$, Er $2,95 \times 10^{12}/L$, Hgb 79g/L, Tr $149 \times 10^9/L$, SE 105, UREA 5,4, CREA 80,6, TBIL 17,5Umol/L, DBIL 7,9Umol/L, TP 70,7g/L, ALB 21g/L, AST 118U/L, ALT 144U/L, LDH 501U/L, GGT 26U/L, CRP 206,1mg/L, Feritin 1050Ug/L. Eho abdomena: slezina dijametra 150mm. Collor Dopler vena donjih ekstremiteta: desno POPL V dilatirana trombozirana, ispunjena nehomogenim trombotičnim masa- ma, bez spontanijih protoka, levo POPLV redukovanih spontanijih protoka, povećanog viskoziteta krvi. Pacijent je ispunio kriterijume za otpočinjanje terapije (HGB<100g/L i Ne< $1 \times 10^9/L$) i odlučeno je da se lečenje sprovede primenom kladribina 0,14mg/kg/dnevno s.c. tokom 5 dana. Terapija je bila praćena produženom neutropenijom. Evaluacija terapijskog odgovora pokazala je normalizaciju citopenija i splenomegalije sa odsustvom vlasastih ćelija u kontrolnoj biopsiji koštane srži te je konstatovano postizanje kompletne remisije.

Zaključak: Simptomatska bolest kod mlađih i fit pacijenata se inicijalno leći analogom purina, kladribinom. Kladribin se smatra terapijom izbora, jer dovodi do ukupne stope odgovora u rasponu od 97-100%, dok je 4-godišnja stopa preživljavanja bez bolesti preko 80%.

Ključne reči: leukemija vlasastih ćelija, kladribin, terapijski odgovor.

P02 PRIMENA IBRUTINIBA KOD PACIJENTA SA RELAPSBOM HRONIČNE LIMFOCITNE LEUKEMIJE

I. Ćojbašić^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

²Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju, Klinički centar Niš, Srbija

Uvod: Ibrutinib je novi lek koji je nedavno odobren za lečenje hronične limfocitne leukemije (CLL). To je oralni preparat, veoma potentan, selektivan i ireverzibilan inhibitor Brutonove tirozin kinaze.

Pacijent J.S., muškog pola, starosti 42 godine 2009.godine je dijagnostikovao kao hronična limfocitna leukemija i inicijalno lečen sa 6 ciklusa po protokolu FC (fludara, endoxan). Postignuta je kompletna remisija koja je trajala 4 godine. Jula 2014.godine pacijent je ispunio kriterijume za relaps bolesti. Urađena je ponovna dijagnostika i utvrđeno da nema transformacije osnovne bolesti (postojalo je 4/5 flowcitometrijskih kriterijuma za CLL). Obzirom da je reč o kasnom relapsu kod fit pacijenta primenjen je retreatman sa dodatkom anti-CD20 antitela, 6 ciklusa po R-FC protokolu (rituksimab, fludara, endoxan). Nakon toga je postignuta parcijalna remisija koja se održavala do oktobra 2017.god. kada je konstatovan drugi relaps bolesti. Urađena je biopsija koštane srži koja je pokazala da 90% ćelijske populacije koštane srži čini difuzna infiltracija tumorskim ćelijama: Tdt-,Cd79a+,CD20+,CD10-,CD23+, CD3-,CD5+,BCL2+,BCL6-,Cyclin D1-,CD30-,CD38+,ZAP- 70+,Ki-67+ u 5-7% ćelija-hronična limfocitna leukemija/sitnoćelijski limfocitni non-Hodgkin limfom (CLL/SLL). Obzirom da je postojala teška pancitopenija (Le $1,7 \times 10^9/L$, Hgb 103g/L, Tr $41 \times 10^9/L$) i izražena splenomegalija (UZ dijametra 250mm) lečenje je nastavljeno primenom 6 ciklusa visokih doza Metilprednisolona 1000mg tokom 5 dana i postignut je terapijski odgovor nivoa parcijalne remisije. Juna 2018. godine konstatovan treći relaps bolesti. Obzirom da je pacijent bio u CS IV po Rai-u i da su iscrpljene sve dostupne terapijske opcije dalje lečenje je nastavljeno primenom ibrutiniba u dozi od 420mg/dnevno. Nakon 6 meseci terapije: Le $5,6 \times 10^9/L$, Hgb 134g/L, Tr $105 \times 10^9/L$, u biopsatu koštane srži prisutna oskudna rezidua sa <20% neoplastične sitnoćelijske non-Hodgkin B-limfoproliferacije CLL/SLL i na MSCT-u jetra dijametra 170mm, slezina 174mm. Postignuta parcijalna remisija bolesti se održavala i nakon 12 i 18 meseci terapije, a osim inicijalnog blagog neželjenog efekta u vidu bolova u mišićima pacijent je dobro tolerisao lek.

Zaključak: Ibrutinib je obećavajuća nova terapija za CLL, sa dokazanim poboljšanjem preživljavanja bez progresije i ukupnog preživljavanja u poređenju sa konvencionalnim terapijama druge linije. Značajna je njegova primena kod pacijenata sa relapsom bolesti kod kojih su iscrpljene druge terapijske mogućnosti.

Ključne reči: hronična limfocitna leukemija, ibrutinab, terapijski odgovor.

P03 PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTA SA PLUĆNOM TROMBO-EMBOLIJOM POSLE LOBEKTOMIJE DONJEG DESNOG REŽNJA PLUĆA USLED ASPIRACIJE STRANOG TELA

G. Cvetanović, N. Dimitrijević, A. Stanković, S. Milutinović

Opšta bolnica, Leskovac

Prikaz slučaja. Pacijent P.B, 1976.g, primljen je na Interno odeljenje OB u Leskovcu 08.11.2019.g. zbog otežanog disanja i zamora. Tegobe su se javile nekoliko dana pre prijema i progresivno se pogoršavale. Operisan je na VMA (17.10.2019.g.) kada je urađena lobectomy izmenjenog donjeg desnog režnja pluća. Na MSCT-u (09.08.2019.g.) u donjem desnom režnju uočene su ožiljne promene sa izraženim bronhiektazijama. U toku bronhoskopije koja je rađena mesec dana ranije ektirpirano je strano telo (najverovatnije kost). Imao je učestala zapaljenja pluća poslednjih nekoliko godina. Ne zna kada je aspirirao strano telo. Pacijent je na prijemu bio svestan, orijentisan, afebrilan, dispoičan u miru, dobre OMG i uhranjenosti, bleđi, odaje utisak težeg bolesnika. Na plućima desno bazalno oslabljen disajni šum. Akcija srca ritmična, ubrzana, tonovi jasni, TA 130/90, SF 100/min. Jetra i slezina se ne palpaju. Bez otoka. EKG: sinusni ritam, S1Q3D3, negativno T u svim prekordijalnim odvodima. LAB analize: jako povišene vrednosti D-dimera 26,19...18,65...6,25 mg/L (referentna vrednost do 0,5 mg/l), blago povišene vrednosti kardiospecifičnih enzima: Trponin I 0,27; saturacija krvi kiseonikom 84%...94%. RTG srca i pluća: Elevirana desna hemidijafagma sa manjim pleuralnim izlivom desno. Ciljani ehokardiografski pregled je urađen zbog suspektne PTE: Desna komora uvećana sa prisutnim indirektnim znacioma PTE. MSCT pluća i plućnih arterija: Zapažaju se obostrano u plućnim arterijama defekti u senci kontrasta koji mogu upućivati na prisutne trombotične mase. Obostrano više izraženo desno (gornji plućni režanj) mozaična perfuzija koja se karakteriše atenuacijom plućnog parenhima i smanjenjem kalibra krvih sudova dok su nezahvaćena područja sa većim kalibrom krvih sudova - nalaz koji upućuje na akutni plućni embolizam. Nema konsolidacije pl.parenhima obostrano koja bi bila posledica infarkta pluća.

Pacijent je lečen trombolitičkom terapijom (Actylise), niskomolekularnim heparinom, inhibitorom protonske pumpe, infuzijama tečnosti sa bronhodilatatornom Th, antibiotikom, probiotikom, kasnije uvedena OAT (postignit INR 2,7 Farinom).

Dobro je podneo trombolitičku terapiju, sve vreme hemodinamski stabilan, bez tegoba. EKG na otpustu: sin ritam, q u D3 i plitko neaktivni T u D3, plitko negativni T talasi od V1 do V3. Otpušten sa odeljenja u dobrom opštem stanju.

Zaključak. Plućna trombo-embolija je ozbiljna, često smrtonosna komplikacija koja se javlja posle operacija. Na mogućnost plućne embolije uvek treba misliti kod dispneje koja se javlja kod operisanog bolesnika. Kod našeg bolesnika je postavljena dijagnoza, uspešno je lečen u našoj ustanovi i otpušten opravljen.

P04 PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTKINJE SA PLUĆNOM TROMBO-EMBOLIJOM I FLOTIRAJUĆIM TROMBOTIČNIM MASAMA U DESNOJ PRETKOMORI

N. Dimitrijević, G. Cvetanović, A. Stanković, S. Milutinović, M. Dimitrijević

Opšta bolnica, Leskovac

Prikaz slučaja. Pacijentkinja J.Ž, rođena 1940. g. primljena je na Interno odeljenje OB u Leskovcu zbog otežanog disanja i zamaranja. Tegobe su se javile nekoliko dana pre prijema i progresivno se pogoršavale. Pacijentkinja je na prijemu bila svesna, orijentisana, afebrilna, dispoičana u miru, dobre OMG i uhranjenosti, bleđa, odaje utisak težeg bolesnika. Na plućima normalan disajni šum. Akcija srca ritmična, ubrzana, tonovi jasni, TA 130/90, SF 100/min. Jetra i slezina se ne palpiraju. Bez otoka. Nema znakova za DVT. EKG: sinusni ritam, S1Q3T3, negativno T u svim prekordijalnim odvodima. LAB analize: povišene vrednosti D-dimera 18,65 (referentna vrednost do 0,5mg/l), blago povišene vrednosti kardiospecifičnih enzima (Troponin I 0,25); CRP 51,8; saturacija krvi kiseonikom 74%. Urgentni ehokardiografski pregled je pokazao uvećanu desnu komoru i desnu pretkomoru koje su veće od istih levostranih šupljina i prisustvo trombotičnih masa u desnoj pretkomori pri čemu se jedan tromb loptastog oblika kreće sa strujom krvi i prelazi u desnu komoru (flotirajući tromb) a drugi tromb elipsastog oblika kao da je fiksiran za zid desne pretkomore. MSCT pluća i plućnih arterija je potvrdio dijagnozu plućne embolije jer su viđene trombotične mase obostrano u velikim granama plućne arterije. Pacijentkinja je lečena trombolitičkom terapijom (Actylise po šemi), niskomolekularnim heparinom, inhibitorom protonske pumpe, infuzijama tečnosti sa bronhodilatatornom Th i antibiotikom, probiotikom. Dobro je podnela trombolitičku th, kliničko stanje se poboljšalo ali je posle nekoliko dana razvila stanje šoka i završila letalnim ishodom.

Zaključak. Plućna trombo-embolija je ozbiljna, često smrtonosna bolest. Na mogućnost plućne embolije uvek treba misliti kod dispneje koja se progresivno pogoršava. Kod naše bolesnice je pravovremeno postavljena dijagnoza, data terapija po preporukama ali nažalost naša bolesnica nije preživela.

P05 TVRDNJE PACIJENATA O ALERGIJAMA NA LEKOVE

R. Dmitrović, S. Živanović, B. Lazović

Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

Uvod: Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (WHO) alergije na lekove se definišu kao štetne, nenamerne, i neželjene reakcije koje se dešavaju prilikom primene lekova u dozama koje služe za prevenciju, dijagnozu i lečenje bolesti.

Cilj našeg istraživanja bio je utvrđivanje učestalosti tvrdnji pacijentama da su alergični na neki lek.

Materijal i metode: Studija je retrospektivna analiza rada jednog lekara u Gradskom zavodu za hitnu medicinsku pomoć (GZZHMP) ukupno na 10711 pacijenata tokom petogodišnjeg perioda od 2014. do 2019. godine. Kriterijumi za isključivanje iz studije: ako je pacijent više puta tokom poseta prijavljivao alergije na iste lekove onda je ostavljen jedan upis a ostali su brisani. Takođe ako su pacijenti pri različitim posetama davali različite tvrdnje o alergijama na lekove, tada su svi upisi datog pacijenta brisani. Tvrdnje o alergijama na lekove su upisivani u odgovarajuća polja u program access.

Rezultati: Na osnovu kriterijuma studije, za analizu je preostalo 1721 pacijent. 1106 pacijenata su osobe ženskog, a 615 osoba su muškog pola. Najviše pacijenata je tvrdilo da je alergično na penicilinske preparate (56,13%), zatim trimetoprim + sulfometoksazol (Bactrim®) 12,02%, a na trećem mestu je Brufen (Ibuprofen) 3,95%. Pored tvrdnji o alergiji na jedan lek, 338 (19,64%) pacijenata je prijavilo alergiju na dva i više lekova, na dva leka 64,80%, na tri leka 22,20%, na četiri leka i na više od četiri leka po 6,5%.

Zaključak: U našem istraživanju najviše je prijavljenih alergijskih reakcija na penicilinske preparate i trimetoprim+sulfometoksazol, potom na ibuprofen.

P06 STEČENA HEMOFILIJA – PRIKAZ BOLESNIKA

G. Milivojević¹, P. Miljić¹, M. Maneski², T. Dragišić², I. Milivojević, N. Antonijević²

¹Klinika za hematologiju KCS

²UC KCS

Stečena hemofilija A (SHA) je redak stečeni poremećaj koagulacije, koji dovodi do stvaranja autoantitela, koja inhibiraju delovanje prirodnog faktora koagulacije VIII. Incidenca u osoba iznad 65 godina je 0.3/100 000, dok je incidenca u osoba mlađih od 85 godina 15/ 100 000. Po UKHEDO studiji medijana javljanja je 78. godina. SHA može da se javi u sklopu autoimunih, malignih bolesti, postpartalno, u toku uzimanja određenih lekova, a u 50 % je idiopatski. Klinički su karakteristična krvarenja na koži, sluznicama, mišićima i retko u zglobovima. Dijagnoza SHA postavlja se ako u rutinskim testovima hemostaze konstatujemo produžen aPTT, normalan PT, snižen nivo FVIII, te postojanje inhibitora na FVIII. Lečenje SHA ide u dva pravca - zaustavljanje krvarenja i eradikacija inhibitora.

U radu prikazujemo bolesnika starog 65 godina koji se obratio hematologu u regionalnom ZC zbog otoka vilice, otežanog gutanja, bola u predelu vrata, pojave podliva po vratu, koži trupa. Od udruženih bolesti zna za ishemijsku bolest srca kao i srčanu dekompenzaciju. Na UZ vrata je pokazano izmenjeno subkutano tkivo svih anterolateralnih kompartmana vrata. Odmah nakon toga je urađen MSCT vrata gde je konstatovana mekotkivna formacija 25x20 mm supraglotično na zadnjem zidu farinksa koja u značajnoj meri sužava disajni prostor vrata. Fizikalnim nalazom viđen je sublingvalni, submandibularni hematomi po koži trupa. Nad prekordijumom se čuo sistolni šum 2/6. Prisutni su diskretni pretibijalni edemi. U laboratorijskim analizama u KS normocitna anemija, Hgb 77, MCV 91, SE 68, CRP 58, BNP 2409, snižen FVIII – 5%, inhibitori na F VIII – 19% BU. Tumorski markeri, imunološka, virusološka ispitivanja su u fiziološkom okviru. Lečen preparatima FEIBA, prednisona, ciklofosfamida i na otpustu nivo FVIII – 31%, a desetak dana kasnije na kontrolnom pregledu nivo F VIII bio je 58 %, a inhibitori na FVIII više nisu bili prisutni, tako da je postignut dobar efekat primenjenog lečenja.

P07 DEFICIT FXI – PRIKAZ BOLESNIKA

G. Milivojević¹, M. Maneski¹, B. Pavlović², D. Antić¹, I. Milivojević, N. Antonijević³

¹Klinika za hematologiju KCS

²Klinika za ORL KCS

³Klinika za kardiologiju KCS

F XI je glikoprotein plazme koji učestvuje u unutrašnjem putu koagulacije, mada se i dalje ne znaju sve njegove uloge. Deficit FXI je redak sa prevalencom od otprilike jedna osoba na populaciju od milion stanovnika. Podjednako oboljevaju oba pola. Prvi put je deficit FXI opisan 1953. god (zove se jos Rosenthal Sy ili hemofilija C). Gen se nalazi na hromozomu 4 i heterozigoti imaju blaži oblik bolesti, a teži oblik imaju osobe sa nivoom F XI manjim od 20 %. Nivo FXI nije u korelaciji sa stepenom krvarenja. Klinički retka su spontana krvarenja u ovih bolesnika, ali intenzivnija krvarenja posle hirurških intervencija i trauma su mogući. Češća su krvarenja izazvana deficitom FXI prilikom hirurških intervencija orofaringealne regije, nazalne mukoze, prostate, jer je odavno poznato da je spomenutim regijama fibrinolitička aktivnost viša. Cilj preoperativne pripreme je da se supstituiše deficitarni faktor da ne bi došlo do neželjenog krvarenja. U našoj državi nema mogućnosti za primenu koncentrata F XI/ Hemoleven[®] /. Preoperativna priprema obavlja se sa SSP, antifibrinolicima, desmopresinom.

U radu prikazujemo bolesnika starog 25 godina koji je u sklopu preoperativne pripreme za operaciju devijacije nosa u uzorkovanoj krvi nađeno produženje aPTT 40,2 sec uz normalan nalaz PT, krvne slike. Fizičkim pregledom konstatovali smo normalan nalaz. Nije imao udružene bolesti. Daljim ispitivanjima nađeno je smanjenje nivoa FXI 42%, uz ostale normalne faktore koagulacije. Na 24 sata pre operacije ordinirana mu je SSP 10 ml/kg TT, traneksamična kiselina 3 x 1 gr PO i na dan intervencije nivo FXI bio je 60 %. Operacija i postoeperativni tok protekli su bez komplikacija.

P08 KORONAROGRAFSKE KARAKTERISTIKE BOLESNIKA SA METABOLIČKIM SINDROMOM I INFARKTOM MIOKARDA

D. Miljković

Dom zdravlja Varvarin

Uvod i cilj. Metabolički sindrom (MS) predstavlja skup kliničkih i biohemijskih faktora rizika za nastanak koronarne bolesti. Većina studija je pokazala značajnu povezanost MS sa angiografski težim lezijama koronarnih arterija. Cilj je bio da se ispita značaj i uticaj MS na težinu angiografskih promena koronarnih arterija kod bolesnika sa infarktom miokarda (IM).

Metode. Ispitivanjem su obuhvaćena 126 ($56,1 \pm 9,7$) bolesnika sa IM, 64 ($57,6 \pm 8,4$) sa MS, 52 (81,3%) muškarca i 12 (18,7%) žena i 62 ($54,5 \pm 10,9$) bez MS, 51 (82,3%) muškarac i 11 (17,7%) žena, kao kontrola. Grupe su po godinama ($p > 0,05$) i polu ($p > 0,05$) homogene. Kod svih su urađeni klinički pregledi, antropometrijska merenja, laboratorijska i koronarografska dijagnostika. Za postavljanje dijagnoze MS korišćeni su kriterijumi Američkog udruženja kardiologa (AHA).

Rezultati. Ispitanici sa MS imali su u odnosu na ispitanike bez MS: jednosudovnu bolest 6,2% vs 46,7% ($p < 0,01$), dvosudovnu 21,9% vs 35,5% ($p > 0,05$), trosudovnu 71,9% vs 17,7% ($p < 0,01$) i višesudovnu 93,7% vs 53,2% ($p < 0,01$).

Od pojedinačnih koronarnih arterija značajne stenozе ($> 50,0\%$) nađene su kod osoba sa MS u odnosu na one bez MS: LAD 87,5% vs 67,7% ($p < 0,01$), LCx 68,7% vs 33,9% ($p < 0,01$), RCA 82,8% vs 62,9% ($p < 0,01$), LMCA 14,1% vs 1,6% ($p < 0,01$).

Lokalizacija IM je kod bolesnika sa MS bila u odnosu na bolesnike bez MS: prednja 46,9% vs 43,5% ($p > 0,05$), donja 35,9% vs 43,5% ($p > 0,05$), prednje-donja 17,2% vs 11,3% ($p > 0,05$).

Od pojedinačnih lokalizacija IM, najčešća je, i kod pacijenata sa MS i bez MS, dijafragmalna 34,4% vs 38,7% ($p > 0,05$) i anteroseptalna 25,0% vs 20,9% ($p > 0,05$).

Reinfarkt su imala 25,0% bolesnika sa MS i 14,5% bez MS ($p > 0,05$).

Ejekciona frakcija leve komore osoba sa MS ($48,6 \pm 10,1\%$) bila je značajno niža u odnosu na one bez MS ($52,3 \pm 9,7\%$) ($p < 0,05$).

Pacijenti sa MS i bez MS bili su podvrgnuti: hirurškoj revaskularizaciji (CABG) u 51,6% vs 22,6% ($p < 0,01$), PCI-stentu 35,9% vs 66,1% ($p < 0,01$), medikamentnoj terapiji 12,5% vs 11,3% ($p > 0,05$).

Zaključak. Osobe sa MS i IM imaju značajno češće trosudovnu i višesudovnu bolest, stenozе LAD, LCx, RCA i LMCA, značajno nižu EF i značajno češće su podvrgnuti CABG u odnosu na one bez MS i IM što pokazuje da je MS značajan faktor povećanog rizika za nastanak teže koronarne bolesti.

P09 NIVO I ZNAČAJ C-REAKTIVNOG PROTEINA U OSOBA SA METABOLIČKIM SINDROMOM

D. Miljković

Dom zdravlja Varvarin

Uvod i cilj. C reaktivni protein (CRP) je osetljiv marker inflamacije. Dosadašnja istraživanja su pokazala da su nivoi CRP povišeni kod osoba sa metaboličkim sindromom (MS) i da je upala niskog intenziteta karakteristična za MS. Cilj je bio da se ispita nivo i značaj serumskog CRP u osoba sa MS.

Metode. Ispitivanjem su obuhvaćena 54 ambulanta pacijenta, 27 sa MS ($67,74 \pm 9,54$) i 27 bez MS ($68,52 \pm 8,35$) kao kontrolna grupa. Grupe su po godinama i polu homogene ($p > 0,05$). Kod svih su određivani CRP, komponente MS, ukupni holesterol i LDL-holesterol. CRP je određivan metodom turbidimetrije sa normalnim vrednostima do 5,0 mg/L.

Rezultati. Vrednosti CRP osoba sa MS i drugih parametara, u odnosu na one bez MS su: CRP $4,98 \pm 4,39$ vs $2,87 \pm 2,70$ mg/L ($p < 0,05$); indeks telesne mase (BMI) $31,16 \pm 5,55$ vs $27,28 \pm 4,65$ kg/m² ($p < 0,01$); HDL-holesterol $1,44 \pm 0,39$ vs $1,76 \pm 0,71$ mmol/L ($p < 0,05$); trigliceridi $2,11 \pm 0,94$ vs $1,59 \pm 0,68$ mmol/L ($p < 0,05$); LDL-holesterol $3,84 \pm 0,86$ vs $3,14 \pm 0,96$ mmol/L ($p < 0,01$); holesterol $6,61 \pm 1,36$ vs $6,19 \pm 1,35$ mmol/L ($p > 0,05$); glikemija $7,05 \pm 2,46$ vs $5,43 \pm 0,77$ mmol/L ($p < 0,01$). Povišene vrednosti CRP imale su 44,4% osobe sa MS i 11,1% bez MS ($p < 0,01$).

Kod pacijenata sa MS postoji negativna, neznatna korelacija CRP i HDL-holesterola ($r = -0,135$; $p > 0,05$), CRP i triglicerida ($r = -0,05$; $p > 0,05$), CRP i holesterola ($r = -0,151$; $p > 0,05$) i pozitivna, neznatna korelacija CRP i BMI ($r = 0,16$; $p > 0,05$), CRP i glikemije ($r = 0,16$; $p > 0,05$), CRP i LDL-holesterola ($r = 0,08$; $p > 0,05$).

U osoba bez MS postoji pozitivna, neznatna korelacija CRP i BMI ($r = 0,26$; $p > 0,05$), CRP i triglicerida ($r = 0,26$; $p > 0,05$), CRP i LDL-holesterola ($r = 0,21$; $p > 0,05$), pozitivna, niska korelacija CRP i HDL-holesterola ($r = 0,38$; $p < 0,01$), CRP i ukupnog holesterola ($r = 0,41$; $p < 0,01$) i negativna, neznatna korelacija CRP i glikemije ($r = -0,17$; $p > 0,05$).

Zaključak. Značajno veća učestalost povišenih vrednosti i nivoa serumskog C-reaktivnog proteina u osoba sa MS, u odnosu na one bez MS, ukazuje na značaj inflamacije u patogenezi MS i C-reaktivnog proteina kao biomarkera i medijatora hronične inflamacije.

P10 PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTKINJE SA UGRAĐENIM IMPLANTABILNIM KARDIOVERTER DEFIBRILATOROM KOJI SE AKTIVIRAO KOD POJAVE KOMORSKE TAHIKARDIJE

S. Milutinović, G. Cvetanović, N. Dimitrijević, A. Stanković, M. Dimitrijević

Opšta bolnica, Leskovac

Prikaz slučaja: Pacijentkinja Đ.M, rođena 1944.g, primljena je na Interno odeljenje OB u Leskovcu zbog aktiviranja ranije ugrađenog ICD-a. Kod kuće je imala desetak elektroškova a posle prijema na odeljenje još nekoliko. Radi se o pacijentkinji koja je višegodišni kardiovaskularni bolesnik: preležala je infarkt miokarda, ima prošireno srce sa aneuritmom vrha srca, ima ugrađen ICD, operisala je aneurizmu abdominalne aorte, boluje od hipotireoze i arterijske hipertenzije. Pacijentkinja je bila na prijemu svesna, orijentisana u vremenu, prostoru i prema ličnostima, uplašena, afebrilana, eupnoična, osrednje OMG i uhranjenosti, normalno kolorisana, odavala je utisak srednje teškog bolesnika. Na plućima normalna disajni šum. Akcija srca ritmična, SF 140/min, tonovi tiši, TA 110/60mmHg. Jetra i slezina se ne palp. Otoke nema. EKG: VT.

Ehokardiografskim pregledom se registruje proširena LK (DD 64 mm). Vrh srca je aneurizmatski izmenjen. Kontraktilna funkcija LK je oslabljena, EF 33%, FS 16%. LP je proširena (42 mm). MV je sklerotična, MR 2+, usporena relasacija LK. Aorta je u normalnog dijametra. AV je trolisna, degenerativno izmenjena, smanjene separacije kuspisa, sa AR 2+, bez značajnog GP. LAB analize su pokazale blag porast Troponina I 1,97 i CRP-a 36,3; ostalo b.o. Pacijentkinja lečena: antiaritmikom amiodaronom, beta blokatorom, oksigenoterapijom, OAT koju je imala od ranije, trimetazidinom, ARB, PPI, diuretikom, antibiotikom, Euthyroxom, aspirinom, statinom. U toku hospitalizacije bez bolova, hemodinamski i ritmički stabilna. EKG na otpustu: sin ritam, BDG, QS u D2, D3 i AVF.

Zaključak: Kod bolesnika sa ishemijskom kardiomiopatijom i srčanom insuficijencijom indikavana je ugradnja ICD jer ti bolesnici dobijaju maligne aritmije od kojih i umiru. Naša pacijentkinja je preživela svoju komorsku tahikardiju zahvaljujući aktiviranju ranije ugrađenog ICD-a.

P11 PREDIKTORI POJAVE LIMFOPROLIFERATIVNIH OBOLJENJA U BOLESNIKA SA SJÖGRENOVIM SINDROMOM – PRIKAZ SLUČAJA

O. Simonović, M. Vučić

Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju KC Niš

Primarni Sjögrenov sindrom (pSS) je organ specifično ali i sistemsko autoimuno oboljenje koje karakteriše limfocitna infiltracija epitelnog tkiva egzokrinih žlezdi. Klinička prezentacija bolesti većine bolesnika sa SS ograničena je na mukozne površine mada neki bolesnici mogu ispoljiti sistemsku zahvaćenost i/ili imunološke biomarkere snažno povezane sa visokim rizikom pojave limfoma. Najizraženiji simptomi i znaci su suvoća usta i očiju. Oboleli od SS imaju najveći rizik pojave limfoproliferativnih oboljenja u odnosu na ostale bolesnike sa reumatološkim bolestima. Navodi se da se u 5% bolesnika sa SS javlja NHL a da je rizik pojave 7 do 19 puta veći u odnosu na ostale bolesnike. Najučestaliji su limfomi MALT tipa i to kod mlađih, na početku bolesti, udruženi sa hipergamaglobulinemijom ali je moguća i pojava agresivnijih limfoma uključujući DBCL kod starijih kada se SS javlja u kasnijim stadijumima udružena sa citopenijama. Za pojavu autoimunih bolesti i limfoma se najčešće okrivljuju poremećaji imunološkog nadzora. Genetska predispozicija i faktori spoljašnje sredine poput infekcije, toksina i traume doprinose pojavi ovih oboljenja. Ovu pretpostavku potvrđuje postojanje prediktora koji su zajednički SS i limfomima kao što su CD4+ T limfocitopenija, stvaranje GC struktura i mutacija u A20 genu. Na osnovu laboratorijskih, kliničkih i histopatoloških osobina bolesnika načinjeni su prediktivni modeli pojave nehoćkin limfoma. Klinički osobine koje imaju prediktivnu ulogu su perzistentno uvećane pljuvačane žlezde (SGE), limfadenomegalija, palpabilna purpura, periferna neuropatija i Raynadov fenomen. Serološki nalazi koji imaju prediktivnu ulogu su RF i anti Ro/SSA i anti Ro/SSB pozitivna antitela, monoklonska gamopatija, C4 hipokomplementemija i krioglobulinemija a histološki značajna limfocitna infiltracija u MSG biopsiji (Tarpley score ≥ 3). Posebno se ističe studija koja je ukazala da CD4+ citopenija i nizak odnos CD4+/CD8+ T limfocita predstavljaju najsnažnije prediktore pojave limfoma.

Prikaz slučaja

Pacijentkinja stara 67 godina upućena je hematologu radi dijagnostike limfadenomegalije 2019. godine. Prethodno sagledavana od strane reumatologa zbog SS i lečena T Chloroquinom 10 godina. Pri prijemu negira tegobe. Objektivno limfadenomegalija vrata obostrano do 2cm, takođe axilarno do 2 cm i ingvinalno obostrano do 3 cm limfne žlezde. Laboratorija KKS: Pre citostatske terapije 2019. godine Le $5,5 \times 10^9/L$, Ne $3,88 \times 10^9/L$, Ly $1,50 \times 10^9/L$, Er $3,97 \times 10^{12}/L$, Hgb 117g/L, Hct 0,35L/L, Tro $190 \times 10^9/L$. LDH 274 U/L, CRP 1,8mg/L, Feritin 40,9 ug/L. Imunološki nalazi 2018. godine IK > 138, anti SS-A (Ro) > 200 (+++), SE 57 RF 17 anti CCP neg, anti ds DNA neg, vit d 22,5. Imunološki nalazi 2019. godine pre terapije: IgG 14,80g/L, IgA 4,31g/L, IgM 0,81 g/L, B2M 5,41 mg/l. Elektroforeza proteina seruma: Povećana alfa 1, alfa 2 beta 2 izmenjena i povećana gama frakcija. Anti SS- B(La) > 200. Ph nalaz limfnog nodusa ingvinuma: Lymphoma folliculare high grade (FL 3). Uradjenim analizama konstatovan CSIII bolesti i FLIPI 1 skor 4 (grupa visokog rizika), GELF skor > 1 (više od 3 limfnih nodusa većih od 3cm) pa je lečenje sprovedeno protokol RCHOP Primila 6 ciklusa terapije.

Zaključak: Prediktor pojave folikularnog nehoćkin limfoma (FL) u bolesnice sa SS bio je održavanje pozitivnosti antitela. Imajući u vidu centralnu ulogu B limfocita u patogenezi ovog oboljenja primena monoklonskog antitela Rituksimaba u lečenju SS kao i FL omogućava B ćelijsku depleciju a time i kontrolu obe bolesti. Ključne reči: Primarni Sjögrenov sindrom (pSS), folikularni limfom

P12 HOMOCISTEIN BIOMARKER PLUĆNE TROMBOEMBOLIJE – PRIKAZ SLUČAJA

O. Simonović¹, M. Vučić, V. Atanasković²

¹Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju

²Klinika za kardiovaskularne bolesti KC Niš

Homocistein (HCy) je aminokiselina koja nastaje u metaboličkom putu esencijalne aminokiseline metionina. Nalazi se na granici dva metabolička puta od kojih je jedan transsulfuracijski pri čemu nastaje cistein, a drugi je remetilacijski put kojim ponovno nastaje metionin. Nivo plazma HCy determinisan je genetskim mutacijama i /ili stečenim poremećajima metabolizma homocisteina. Najčešći genetski uzrok je polimorfizam MTHFR C677T a stečeni deficit folne kiseline, vitamin B12 i / ili B6, primena antagonist folata, antagonist B6, premećaj bubrežne funkcije i hipotireoidizam. Čak i blago povišene vrednosti Hcy predstavljaju faktor rizika za pojavu brojnih pre svega kardiovaskularnih oboljenja ateroskleroze i ateroskleroze, komplikacija trudnoće, neuroloških poput Alchajmerove demencije, vaskularne demencije i Parkinsonove bolesti, pojedinih bubrežnih oboljenja, osteoporozе, insulinske rezistencije, karcinoma, gastrointestinalnih i endokrinih bolesti. Hiperhomocisteinemija predstavlja rizik pojave arterijskih ali i venskih tromboza obzirom da inhibiše sintezu prostaciklina, blokira tkivni aktivator plazminogena t-PA, inhibiše aktivaciju plazminogena, promoviše adheziju trombocita za endotelne ćelije, nishodno reguliše ekspresiju trombomodulina, indukuje tkivni faktor kao i aktivaciju V faktora. Studije su pokazale da povišen nivo PAI-1 (inhibitora plazminogen aktivatora-1) predstavlja rizik za pojavu tromboza. Hiperhomocisteinemija predstavlja faktor rizika pojave PTE dok je značaj polimorfizma PAI-1 diskutabilan.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 47 godina upućena je hematologu 2017. godine zbog anemije. Prethodno sagledavana od strane kardiologa zbog bola u leđima sa desne strane. Navodila je produžena i obilna ginekološka krvarenja, zbog čega je urađena eksplorativna kiretaža a potom primenjen laserski tretman u lečenju kao i T Primolut Nor. Negirala je ranije tromboze. U porodičnoj anamnezi otac imao CVI. Objektivno bez limfadenomegalije i organomegalije. Komorbiditeti: Miom uterusa. Laboratorijski nalazi uredni sem povišenog LDH 470 U/l, CRP 44,3mg/L. KKS: Le $11,4 \times 10^9/L$ Er $3,06 \times 10^{12}/L$, Hgb 73g/L, hct 0,239L/L, Tro $490 \times 10^9/L$. Testovi trombofilije: Protein S 84,1%, Protein C 93%, APCR 2,95, AT III 95,6%, LAC negativan, ACA 1,6 negativan kao i anti B2GPI 2,3. PCR testovi negativni za Faktor V Leiden mutaciju i prothrombin a prisutna mutacije za MTHFR heterozigot i PAI-1 heterozigot 4G/5G. Nalaz D Dimera inicijalno 2826 feb 2017 Homocistein novembar 2017. 15,27 $\mu\text{mol}/L$, potom januar 2018. god 7,25 $\mu\text{mol}/L$, a oktobra 2018. 6,94 $\mu\text{mol}/L$ poslednji nalaz oktobar 2019. 5,76 $\mu\text{mol}/L$. EKG: Sin ritam, SF 80/min, levogram PLHB bez ST promena. Ultrazvučni pregled srca EF 69% SPDK 38 mmHg MSCT plućnih arterija inicijalni nalaz Fokalna konsolidacija desno bazalno Manja pleuralna efuzija desno potom nalaz sa obostranom plućnom tromboembolijom i svežim trombotičnim masama prisutne od nivoa lobarne grane plućne arterije za donji lobus levo sa diseminacijom ka segmentnim i subsegmentnim granama nema infiltracije pluća. CDS Nema znakova tromboze dubokih vena. Urađenom dijagnostikom utvrđena je PTE. Geneva scor 3 (nizak rizik).

Pacijentkinja je lečena T Xarelto najpre 2x15 mg potom 20 mg dnevno 6 meseci a potom primenom antiagregacione terapije, vitaminima B12, B6, folnom kiselinom. Nije bilo pojave novih tromboza.

Zaključak: Hiperhomocisteinemija uzrokovana heterozigotnom formom MTHFR može biti uzrok pojave PTE. Lečenje blažih formi hiperhomocisteinemije može biti uspešno i antiagregacionom terapijom uz adekvatnu suplementaciju vitamina.

Ključne reči: Hiperhomocisteinemija, PTE, antiagregaciona terapija

P13 PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTKINJE SA DEFEKATOM INTERATRIJALNOG SEPTUMA I TROMBOZOM

A. Stanković, G. Cvetanović, N. Dimitrijević, S. Milutinović, M. Dimitrijević

Opšta bolnica, Leskovac

Prikaz slučaja. Pacijentkinja JB, rođena 1954.g, Romske nacionalnosti, primljena je na Interno odeljenje zbog bola u grudima i gušenja. Znala je da ima šum na srcu od detinjstva. Do sada je imala normalan život. Rodila je petoro dece, trudnoće su bile uredne. Ima i unuke. Pacijentkinja je bila na prijemu svesna, orijentisana u vremenu, prostoru, prema ličnostima, afebrilna, eupnoična, slabije OMG i uhranjenosti, aktivno pokretna, rasno kolorisana, koža i vidljive sluzokože normalno mkolorisane, odaje utisak težeg bolesnika. Na plućima oslabljen disajni šum, vizing. Akcija srca ritmična, SF 68/min, tonovi slabije čujni, grub sis šum u prekordijumu, TA 120/80 mmHg. Jetra i slezina se ne palpiraju. Otoke nema. EKG: sin ritam, BDG, S1Q3T3, simetrični, negativni T talasi u prekordijalnim odvodima od V1 do V5. Ehokardiografskim pregledom je registrovana normalna veličina LK (DD 39 mm), hipertrofija septuma koji ne deblja i ne prati pokrete LK i normalna debljina ZZ koji je hiperkontraktilan. Kontraktilna funkcija LK je bila očuvana, EF 64% i FS 36%. LP proširena. MV sklerotična. MR u tragu. Koren aorte normalnih dimenzija. AV trolisna, sklerotična, očuvane separacije kuspisa, bez gradijenta i AR. DK proširena (44 mm) kao i desna pretkomora i veće su od odgovarajućih levostranih šupljina. Registrovana aneurizma IAS i defekt IAS sa patološkim protokom iz leve u desnu pretkomoru i viđen je mali tromb koji je fiksiran za septum na strani desne pretkomore. TR 2-3+. SPDK 40 mmHg. Perikard b.o. Hitno je urađena MSCT angiografija pluća: na nivou segmentnih grana plućnih arterija nije bilo defekta u kontrastnom punjenju koji bi ukazivali na postojanje PTE. Bez plućnih infiltracija, pleuralnih efuzija i pneumotoraksa. Bez limfadenomergalije.

LAB analize: Troponin I 0,00...0,00, D-dimer 1,48...kasnije poid terapijom ...0,67. Pacijentkinja lečena: LWMH a kasnije OAT, bronhodilatatorom, antibiotikom, beta blokatorom, anksiolitikom, PPI. Otpuštena se sa odeljenja bez tegoba. Predložena je intervencija urođene srčane mane u tercijalnoj ustanovi u Beogradu što je ona odbila uz potpis. Terapija na otpustu: oralna antikoagulantna terapija, beta blokator, statin, trimetazidin, inhibitor protonske pumpe, bronhodilatator.

Zaključak. Defekt interatrijalnog septuma je urođena srčana mana koja može ostati asimptomatska godinama i omogućiti pacijentima normalan život. Kada postane simptomatska vreme je za intervenciju. Naša pacijentkinja je na žalost odbila predlog za intervenciju ali joj je rečeno da može da se predomisli.

P14 PREDIKTORNI ZNAČAJ VREDNOSTI ALBUMINA U SERUMU OBOLELIH OD DIFUZNOG B KRUPNOĆELIJSKOG LIMFOMA U PRERITUKSIMAB I RITUKSIMAB ERI

Lj. Tadić¹, N. Krstić²

Odeljenje za interne bolesti Vojna bolnica Niš¹

Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu²

Uvod i cilj: Difuzni B krupnoćelijski limfom (DLBCL), je najprisutnija podgrupa nehoćinskih limfoma. Paleta različitih kliničkih, biohemijskih i imunohistohemijskih markera ima svoj prognostički značaj. Vrednost albumina u serumu (SA), je jedan od prediktornih faktora. Cilj autora je da provere postojanje značaja vrednosti albumina u serumu pre početka lečenja, kao nezavisnog faktora prognoze bolesti, na prostoru jugoistočne Srbije, u prerituksimab i rituksimab eri.

Metode: Pacijenti sa patohistološki dijagnozom DLBCL, su prema vrednosti SA pre početka lečenja svrstavani u 2 grupe: SA > 30 g/l i ≤ 30 g/l. U odnosu na starosnu dob, pacijenti su podeljeni u 2 grupe: ≤ 60 godina i > 60 godina. Prema terapijskom modalitetu analizirani su oboleli lečeni po CHOP (N= 14) i RCHOP (N= 55) protokolu. Analizirana je korelacija vrednosti SA sa kliničkim stadijumom bolesti i godinama života, kao i preživljavanje DLBCL obolelih u odnosu na vrednost SA prema ordiniranom terapijskom protokolu. Prediktorni značaj SA prema terapijskom pristupu obolelih od DLBCL, urađen je logističkom regresionom analizom.

Rezultat: Nije bilo značajne statističke korelacije SA sa godinama života (p=0,630), kliničkim stadijumom bolesti (p=0,943) i preživljavanjem (p=0,638) kod DLBCL obolelih lečenih po protokolu CHOP. U grupi R CHOP, postoji značajna korelacija vrednosti SA sa preživljavanjem (p=0,001), bez značajne korelacije sa godinama starosti (p=0,141) i kliničkim stadijumom bolesti (p=0,305). Po metodi Kaplan- Maier-a, u grupi CHOP, nije bilo značajne razlike u ukupnom preživljavanju (OS) između obolelih sa SA ≤ 30 g/l v.s. > 30 g/l: Log rank 0,782. U grupi R CHOP, postoji značajna razlika u OS u odnosu na SA ≤ 30 g/l v.s. > 30 g/l: Log rank 0,002. Nivo SA nije značajan prediktor izbora terapijskog protokola (p>0.05)

Zaključak: Naše istraživanje je pokazalo negativan prediktorni značaj smanjenog nivoa SA pre početka lečenja, obolelih od DLBCL lečenih po protokolu R CHOP. Retrospektivne studije sa većim brojem DLBCL obolelih lečenih po protokolu CHOP, dalo bi signifikantnije rezultate o prediktornom značaju SA za ovaj terapijski modalitet. Prognostički indeksi, koji kao deo bodovnog sistema sadrže i vrednost SA, mogu biti vrlo korisni u predikciji obolelih od DLBCL.

Ključne reči: DLBCL, serum albumin, RCHOP, CHOP

INDEKS AUTORA



INDEKS AUTORA

A

Antić, D. 43
Antonijević, N. 42, 43
Atanasković, V. 48

B

Babović, B. 29
Bastać, D. 36
Bastać, M. 36
Bošković, V. 29

C

Cvetanović, G. 39, 40, 46, 49
Cvetković, Z. 31, 32

Ć

Ćojbašić, I. 30, 37, 38

D

Dimitrijević, M. 40, 46, 49
Dimitrijević, N. 39, 40, 46, 49
Divac, A. 31, 32
Dmitrović, R. 41
Dolamić, B. 35
Dragišić, T. 42

G

Gašanin, I. 33, 34

I

Ivanović, N. 35

J

Joksimović, Z. 36

K

Krstić, N. 50

L

Laušević, A. 35
Lazović, B. 41

M

Maneski, M. 42, 43
Marisavljević, D. 31
Marković, O. 31, 32
Marojević, M. 29
Milivojević, G. 42, 43
Milivojević, I. 42, 43
Miljić, P. 42
Miljković, D. 44, 45
Milutinović, S. 39, 40, 46, 49

N

Novaković, V. 35

P

Pavlović, B. 43

R

Raščanin, A. 36
Ratković, M. 29

S

Simonović, O. 47, 48
Stanković, A. 39, 40, 46, 49

T

Tadić, Lj. 50
Terzić, T. 31
Tomović, F. 29

U

Uglješić, M. 35

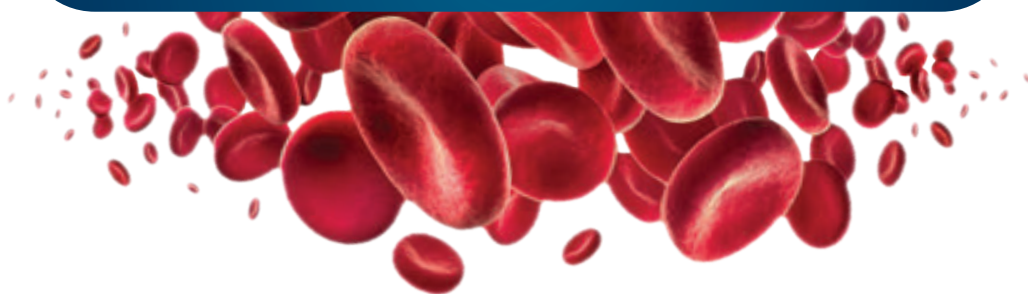
V

Vlaović, J. 29
Vučić, M. 47, 48

Ž

Živanović, S. 41

GlobiFer[®] forte



Dodatak ishrani namenjen svim stanjima povećanih potreba za unosom gvožđa, kao i nadoknadi njegovih smanjenih rezervi u organizmu



za žensko zdravlje



pacijenti sa hroničnom srčanom insuficijencijom



nefrološki pacijenti



onkološki pacijenti



perioperativna korekcija anemije



gastroenterološki pacijenti

- **Brzo i efikasno koriguje nivo hemoglobina¹**
- **Odlična podnošljivost²**
- **Visoka efikasnost Globifer[®]-a se može uporediti sa efikasnošću I.V. Fe¹**

Reference:

1. Shankar P Nagaraju, Adam Cohn, Ayub Akbari, Janet L Davis and Deborah L. Zimmerman Heme iron polypeptide for the treatment of iron deficiency anemia in non-dialysis chronic kidney. Nagaraju et al. BMC Nephrology 2013, 14:64
2. Frykman, E, et al, Side effects of iron supplements in blood donors: Superior tolerance of heme iron, J Lab Clin Med 1994; 123(4):561-4.

Nosilac upisa u registar Ministarstva zdravlja: PharmaSwiss d.o.o. Batajnički drum 5a, Beograd, tel. +381(11) 2050-200

Broj rešenja: 14539/2019 od 01.07.2019.



GALENIKA
PHARMACIA

POUZDANO VAŠI

**NOVI PROIZVODI
ZA TRETMAN RANA
I OPEKOTINA**



- ANTIREUMATSKI FLASTER
- ZAVOJ ZA OPEKOTINE
- HANZAPLASTI
- DEZIFICIJENSI
- KOMPRESI
- FLASTERI

NOVO



SREDSTVA ZA DEZINFEKCIJU



www.galenikapharmacia.co.rs



STERILNA TROSLOJNA
nelepljiva apsorbujuća
kompresa za rane



STERILNI zavoj za
opekotine sa
METALIZIRANOM
KOMPRESOM



STERILNA kompresa
za opekotine sa
METALIZIRANIM
SLOJEM



HIPOALERGIJSKI
elastični flaster



UNIVERZALNI
klasični neelastični
flaster



ANTIREUMATSKI
perforirani flaster
na bazi Kapsaicina



PLATNENI flaster
velike izdržljivosti
na kolutu



HIPOALERGIJSKI
papirni flaster
na dispenzeru



GALENIKA
PHARMACIA

www.galenikapharmacia.co.rs

Tel: 011 334 95 51

KRENIMO NA VREME



OFEV[®] nintedanib

kapsula, meka, 100 mg
kapsula, meka, 150 mg

Ime leka: OFEV[®] (nintedanib) kapsula, meka, 100 mg i 150 mg

Režim izdavanja leka: lek se može upotrebljavati u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, izuzetno lek se može izdavati i uz recept, u cilju nastavka terapije kod kuće, što mora biti naznačeno i overeno na poledini recepta

Nosilac dozvole: Boehringer Ingelheim Serbia d.o.o. Beograd, Milentija Popovića 5a, 11070 Beograd, Republika Srbija

Broj i datum dozvole: OFEV[®], kapsule, meke, 100 mg: 515-01-01460-15-001 od 10.02.2016.

OFEV[®], kapsule, meke, 150 mg: 515-01-01459-15-001 od 10.02.2016.

Datum revizije teksta: Januar, 2020.

Za kompletnu informaciju o leku dostupan Sažetak karakteristika leka na zahtev. Ukoliko Vam je potrebna medicinska informacija o leku kompanije Boehringer Ingelheim, molimo Vas pozovite telefon 011 / 311 59 60 ili pošaljite e-mail na adresu: medinfo@boehringer-ingelheim.com

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST



**Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim Serbia d.o.o. Beograd
Milentija Popovića 5a, 11070 Beograd
tel: 011 / 311 5960 • fax: 011 / 311 5961
info.bel@boehringer-ingelheim.com

MPR-RS-100011
Datum izrade materijala: Jun, 2020.

CORASP[®]

acetilsalicilna kiselina



gastrorezistentne tablete

75mg

100 mg

AOC

Pre upotrebe detaljno proučiti uputstvo!
O indikacijama, merama opreza i
neželjenim reakcijama na lek,
posavetujte se sa lekarom ili farmaceutom.

*Kad srce
pozove...*

 **Epri**[®]
rosuvastatin



film tablete 30 × 10 mg
film tablete 30 × 20 mg

tablete 30 × 5 mg



 **Nevotens**[®]
nebivolol

 **Diuver**[®]
torasemid



tablete 20 × 10 mg
tablete 20 × 5 mg

tablete 28 × 1,25 mg
tablete 28 × 2,5 mg
tablete 28 × 5 mg
tablete 28 × 10 mg



 **Vivace**[®]
ramipril

Andol[®] **PROTECT**
acetilsalicilna kiselina **75**



gastrorezistentne tablete 30 × 75 mg

gastrorezistentne tablete 30 × 100 mg



Andol[®] **PROTECT**
acetilsalicilna kiselina **100**

 **PANRAZOL**[®]
pantoprazol



gastrorezistentna tableta 14 × 20 mg
gastrorezistentna tableta 14 × 40 mg

film tablete 30 × 500 mg
film tablete 30 × 1000 mg



 **Metodiab**[®]
metformin



Spironolakton

spironolakton

Rusovas[®]

rosuvastatin

Atolip[®]

atorvastatin

Bisprol[®]

bisoprolol

Losar[®]

losartan

Losar plus[®]

losartan, hidrohloriazid

Kada je brzina BITNA!



GLYTRIN[®]

Glicerilnitrinat, 400 mikrograma/dozi, sublingvalni sprej, rastvor

Pre propisivanja leka proučiti kompletan tekst sažetka karakteristika leka GLYTRIN[®]

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST

Broj i datum dozvole za stavljanje leka u promet:
GLYTRIN[®], 400 mikrograma/dozi, sublingvalni sprej, rastvor: 515-01-01352-17-001 od 26.02.2019.
Sažetak karakteristika leka GLYTRIN[®], 400 mikrograma/dozi, sublingvalni sprej, rastvor, februar 2019.
Nosilac dozvole: AMICUS SRB D.O.O., Milorada Jovanovića 9, Beograd
Lek se izdaje uz lekarski recept

Ayrtons
Established 1988

AMICUS 
a Swiss BioPharma company



Značajna otkrića koja
menjaju živote pacijenata

POZNATI **PARTNERI**
U DRUGAČIJOJ
KOMBINACIJI

Enzix®

enalapril
indapamid



Enzix®
enalapril-maleat 10mg (15 tableta)
+ indapamid 2,5mg (15 film tableta)
Broj dozvole: 515-01-00650-15-001
Datum dozvole: 23.06.2004.; 10.08.2015
Datum revizije teksta: Septembar 2019.

Enzix® duo
enalapril-maleat 10mg (30 tableta)
+ indapamid 2,5mg (15 film tableta)
Broj dozvole: 515-01-00074-15-002
Datum dozvole: 23.06.2004.; 03.08.2015.
Datum revizije teksta: Septembar 2019.

Enzix® duo forte
enalapril-maleat 20mg (30 tableta)
+ indapamid 2,5mg (15 film tableta)
Broj dozvole: 515-01-04498-14-001
Datum dozvole: 23.06.2004.; 01.06.2015
Datum revizije teksta: Septembar 2019.

Lek se može izdati samo uz lekarski recept
Samo za stručnu javnost

Hf Hemofarm
STADA GRUPA



SMANJIMO SMRTNI ISHOD



SIGURNOSNI POJAS za srce Vašeg pacijenta

Samo za stručnu javnost

Lek se može izdavati samo uz lekarski recept.

Detaljnije informacije o leku možete naći u Sažetku karakteristika leka. Datum revizije teksta: Mart 2019.

Nosilac dozvole za stavljanje leka u promet: PharmaSwiss d.o.o., Batajnički drum 5A, Beograd

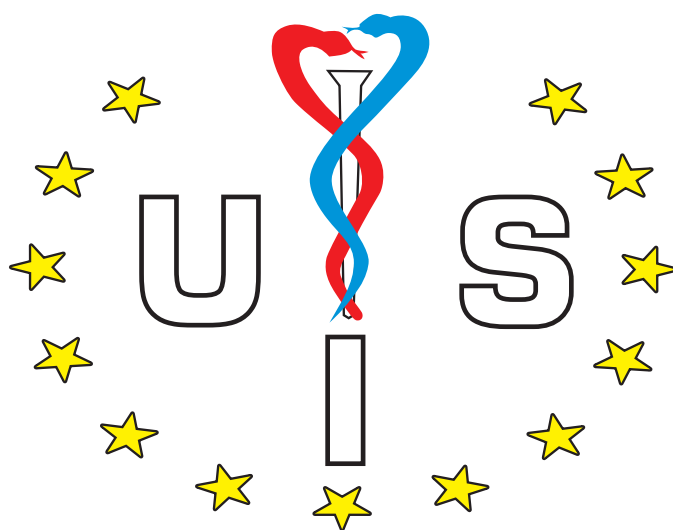
Broj i datum izdavanja dozvole za stavljanje leka u promet:

Diupot, 25mg film tablete: 515-01-05108-16-001 od 15.03.2019.

Diupot, 50mg film tablete: 515-01-05106-16-001 od 15.03.2019.

ALIMS broj rešenja: 515-08-00365-19-001

 PHARMASWISS



UDRUŽENJE INTERNISTA SRBIJE

Jovana Ristića 20/2, 18000 Niš

018 429 40 90

info@uis.org.rs

www.uis.org.rs

SMART TRAVEL PCO

Njegoševa 72a, 11000 Beograd

011 770 21 84, 770 25 22

smartravelpco4@smartravelpco4.rs

www.smartravelpco4.rs