



XXI KONGRES UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE XXI UIS 2021



PROGRAM I ZBORNİK SAŽETAKA

GENERALNI SPONZOR
 PHARMASWISS

24 - 27. jun 2021. godine
Kongresni centar hotela MONA, Zlatibor

JA KUCAM

Cardiopirin[®] 75 mg



Samo za oralnu upotrebu. Pre prve primene leka, neophodno je konsultovati lekara.

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

**XXI KONGRES
UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE
XXI UIS 2021**





Poštovane kolegice i kolege,

U ime Naučnog i Organizacionog odbora zahvaljujemo Vam što ste prihvatili naš poziv da prisustvujete i uzimate učešće u radu XXI Kongresa internista Srbije, koji će se održati u kongresnom centru Mona na Zlatiboru od 24. do 27. juna 2021. godine.

Iako u otežanim uslovima usled COVID-19 pandemije u celom svetu i nakon pomeranja Kongresa, 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 odine 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 najjemenitiji 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 suorganizatiri 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 plenarne sesije u kojima će svoja izlaganja prezentovati najjemenitiji predavači 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 razonodi 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 XXI Kongres internista Srbije.



Prof. dr Branko Lović
Predsednik
Udruženja internista Srbije



Prof. dr Aleksandar Nagorni
Predsednik
Naučnog odbora kongresa

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)

ODBORI

Počasni odbor

Nebojša M. LALIĆ

Radoje ČOLOVIĆ

Vladimir KANJUH

Miodrag OSTOJIĆ

Dragan MICIĆ

Anatoliy 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

ODBORI

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-GRIZOVIĆ

Miodrag OSTOJIĆ

Vesna BOŠNJAK-PETROVIĆ

Petra SFORCAN

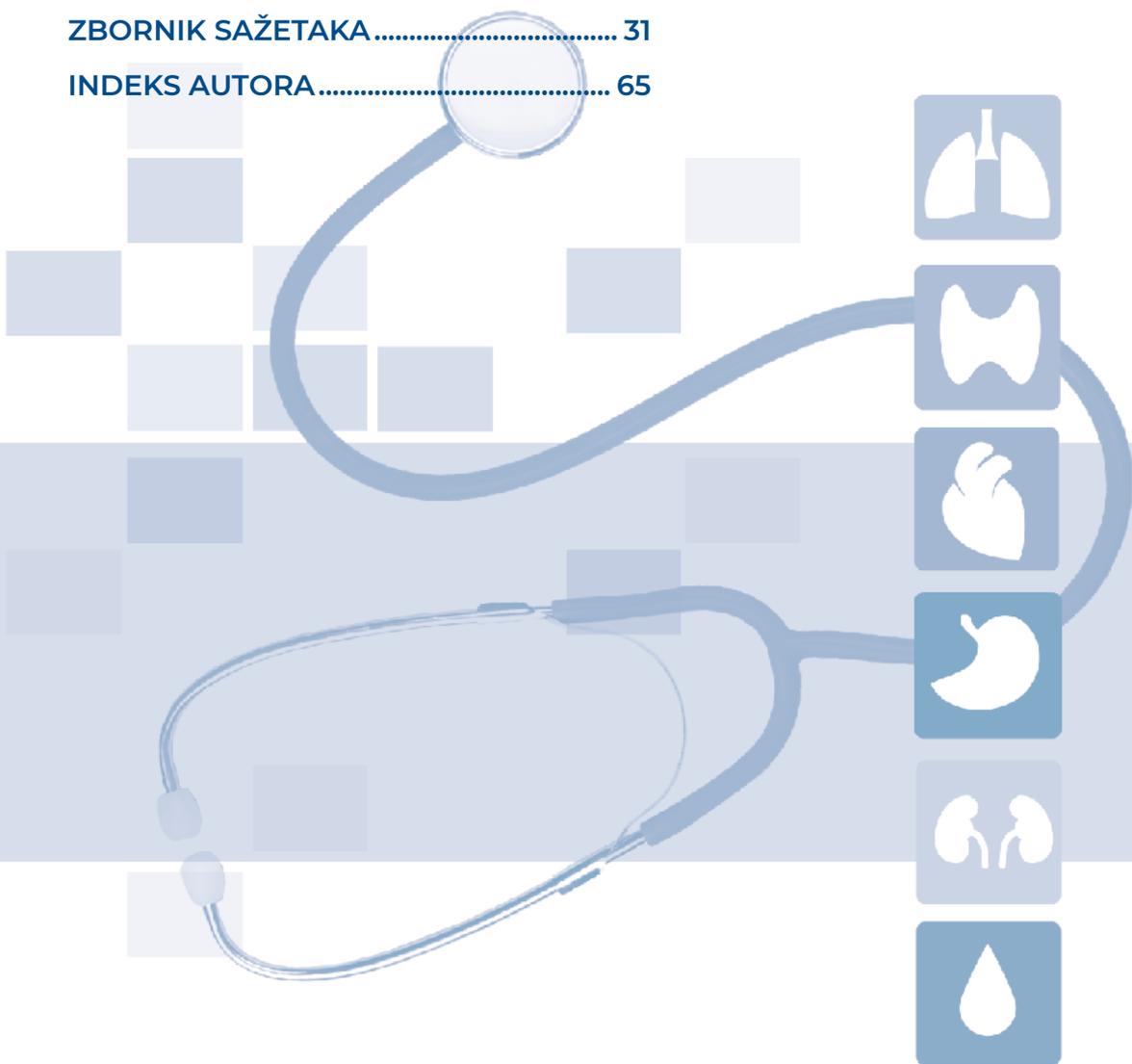
Vesna ŠKODRIĆ

PREDAVAČI

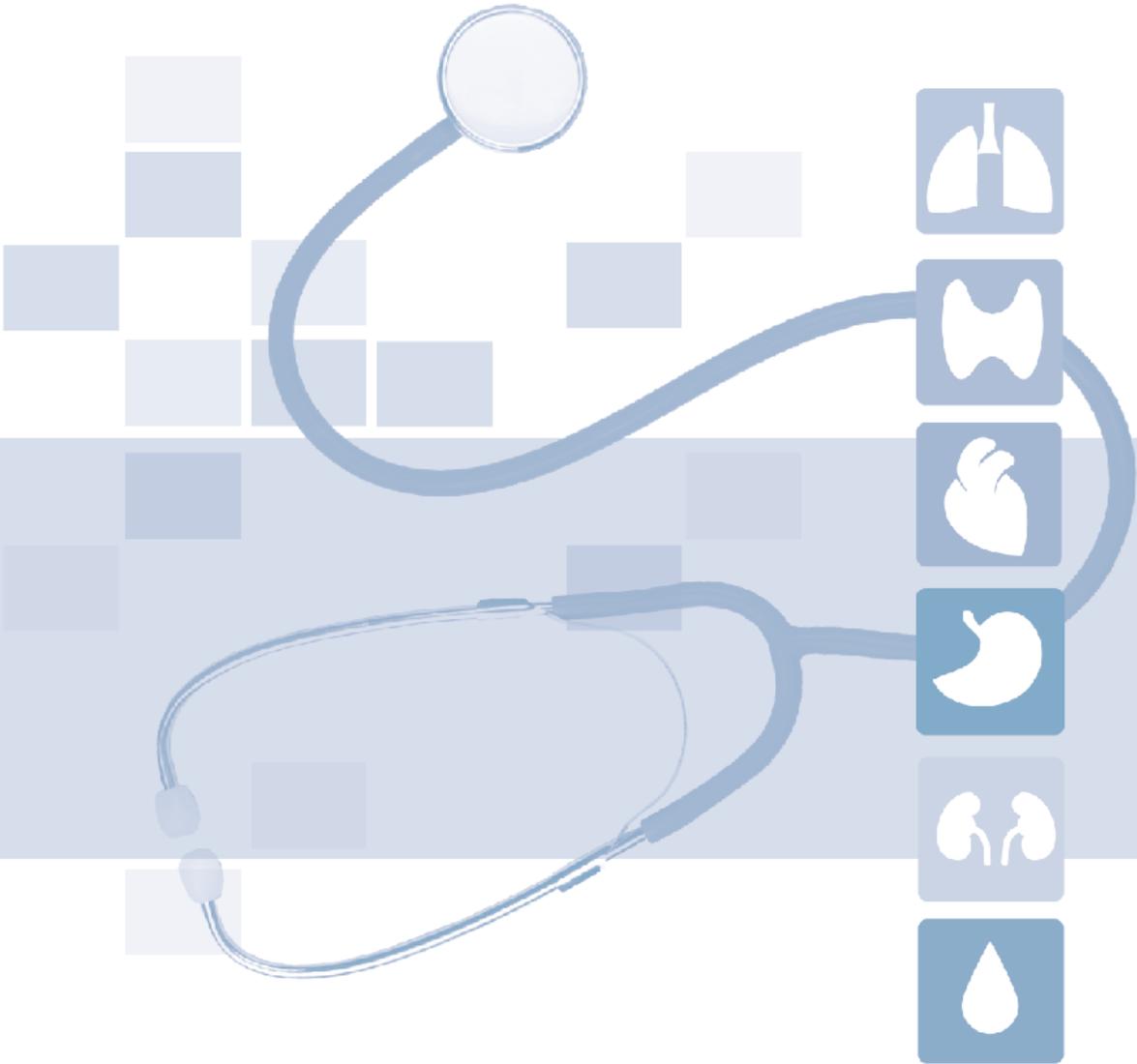
Mojsije ANĐIĆ
Darko ANTIĆ
Nebojša ANTONIJEVIĆ
Svetlana APOSTOLOVIĆ
Snežana ARANĐELOVIĆ
Branko BELESLIN
Daniela BENEDETO STOJANOV
Goran BJELAKOVIĆ
Olga BOEVA (RUSIJA)
Vesna BOŠNJAK-PETROVIĆ
Irena ČOJBAŠIĆ
Zorica CVETKOVIĆ
Sonja DAKIĆ
Dragomir DAMJANOV
Aleksandra ĐOKOVIĆ
Dragan ĐORĐEVIĆ
Branko JAKOVLJEVIĆ
Valentin KOKORIN (RUSIJA)
Goran KORAČEVIĆ
Miodrag KRSTIĆ
Dušanka KUTLEŠIĆ KURTOVIĆ
Gordana LAZAREVIĆ
Dragan LOVIĆ
Lana MAČUKANOVIĆ-GOLUBOVIĆ
Vladimir MILIVOJEVIĆ
Tomica MILOSAVLJEVIĆ
Marija MITIĆ-MILIKIĆ
Aleksandar NAGORNI
Ljudmila NAGORNI-OBRAĐOVIĆ
Ivana NEDELJKOVIĆ
Simonida ŠEŠKAR-STOJANČOV
Sonja SMILJIĆ
Aleksandra SOKIĆ MILUTINOVIĆ
Dejan SPIROSKI
Vesna STOJANOV
Ratko TOMAŠEVIĆ
Radmila VELIČKOVIĆ-RADOVANOVIĆ
Miodrag VUKČEVIĆ
Marija ZDRAVKOVIĆ
Nataša ZDRAVKOVIĆ

SADRŽAJ

| | |
|------------------------|----|
| PREGLED PROGRAMA | 11 |
| PROGRAM | 19 |
| ZBORNİK SAŽETAKA | 31 |
| INDEKS AUTORA..... | 65 |



PREGLED PROGRAMA



| Vreme | |
|-------------|--|
| 16.15-17.10 | <p>VIRTUALNO BOL U GRUDIMA I DISPNEJA NAKON PANDEMIJE COVID-19 – IZAZOV ZA SPECIJALISTE INTERNE MEDICINE Moderator: Milica Brajković, Višeslav Popadić Miodrag Vukčević Pulmoška procena pacijenta sa bolom u grudima i dispnejom nakon Covid-19 infekcije Ivana Nedeljković Ergospirometrija u diferencijalnoj dijagnostici dispneje nakon Covid-19 infekcije Marija Zdravković Kardiomagnetna rezonanca u diferencijalnoj dijagnostici bola u grudima i dispneje nakon Covid-19 infekcije</p> |
| 17.10-17.50 | <p>UŽIVO ANEMIJA, FERITIN, INFLAMACIJA Moderator: Lana Mačukanović-Golubović, Zorica Cvetković Zorica Cvetković Šta sve utiče na koncentraciju feritina? Lana Mačukanović-Golubović Oralno i intravensko gvožđe – indikacija, bezbednost, principi lečenja Irena Čojbašić Anemija i hiperferitinemija: izazovi iz kliničke prakse</p> |
| 18.00-19.00 | <p>UŽIVO AKTUELNE TEME U PULMOLOGIJI Moderator: Vesna Bošnjak-Petrović, Marija Mitić-Milikić Marija Mitić-Milikić U čemu je razlika: GINA 2021 u odnosu na prethodne Vesna Bošnjak-Petrović Izbor uređaja za inhalaciju kod poremećaja ventilacije Ljudmila Nagorni-Obradović Neuobičajeni uzrok kašlja Miodrag Vukčević Zbrinjavanje respiratornih sekvela COVID-19 infekcije</p> |
| 19.00-19.30 | <p>Simpozijum INOTECH LAB Dragomir Damjanov Bekstvo od zatvora: Šifra TRANSILANE</p> |
| 19.30 | <p>OTVARANJE KONGRESA Branko Lović, Aleksandar Nagorni</p> |

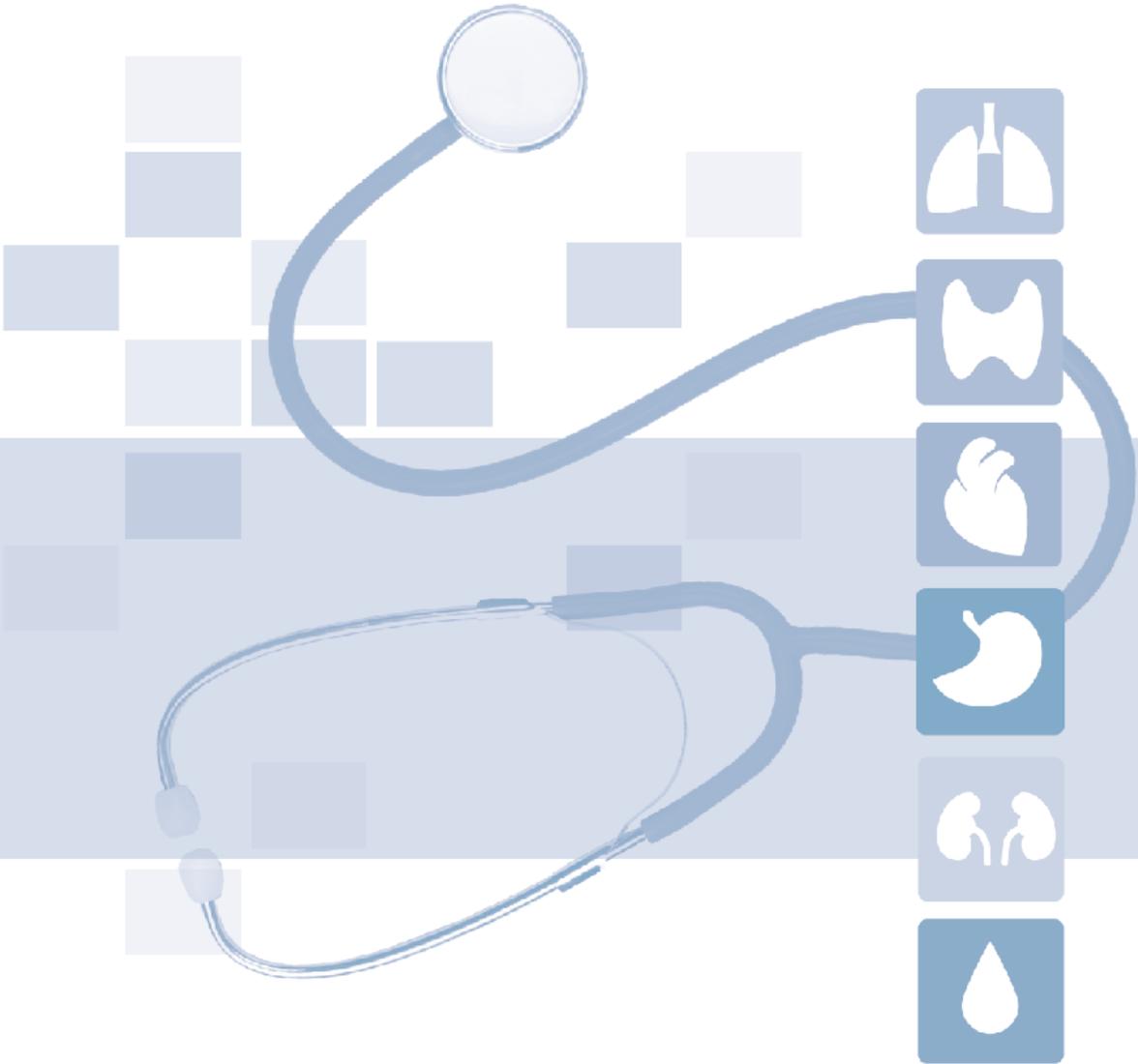
| Vreme | |
|-------------|---|
| 08.30-09.45 | <p>UŽIVO NASLEDNI TUMORI DIGESTIVNOG TRAKTA Moderator: Aleksandar Nagorni, Miodrag Krstić Dragomir Damjanov Familijarni karcinom želuca Nataša Zdravković Nasledni karcinom pankreasa Aleksandar Nagorni Nasledni tumori debelog creva</p> |
| 09.50-10.30 | <p>UŽIVO Simpozijum ALKALOID ATEROSKLEROZA – TERAPIJSKI IZAZOV Moderator: Vesna Stojanov, Nenad Ilijevski Vesna Stojanov Da li možemo uticati na smanjenje krutosti krvnih sudova Nenad Ilijevski Periferna arterijska bolest – farmakološka terapija</p> |
| 10.30-11.00 | <p>VIRTUALNO Simpozijum SERVIER FIKSNE KOMBINACIJE KOJE MENJAJU POGLED NA DOSADAŠNJU KLINIČKU PRAKSU U LEČENJU DISLIPIDEMIJE I HIPERTENZIJE Modearatori: Aleksandra Ilić, Ivan Stanković</p> |
| 11.00-12.00 | <p>VIRTUALNO Simpozijum PFIZER Arsen Ristić Transtiretinska amiloidna kardiomiopatija – kliničke karakteristike i dijagnostika Zorica Stević Neurološke manifestacije kod pacijenata sa transtiretinskom amiloidnom polineuropatijom – naša iskustva Lana Mačukanović-Golubović Dijagnostika i terapija Gošeoove bolesti Tip I Mirjana Doknić Akromegalija – izazovi i rešenja</p> |
| 12.00-13.00 | <p>UŽIVO Simpozijum PHARMASWISS OPTIMALNA TERAPIJA KARDIOLOŠKIH PACIJENATA Moderator: Edita Stokić, Dejan Milašinović, Ivan Stanković Dejan Milašinović Statini i LD ASA u koronarnoj bolesti: bolje sprečiti nego (invazivno) lečiti Edita Stokić Gojaznost je bolest – Mysimba je lek Ivan Stanković „Dodatni paket osiguranja” u lečenju srčane insuficijencije</p> |

| Vreme | |
|-------------|---|
| 13.00-14.00 | <p>VIRTUALNO Simpozijum BOEHRINGER INGELHEIM Moderator: Edita Stokić, Ivan Stanković</p> <p>Edita Stokić SGLT2 inhibitori i potreba za ranom intervencijom u lečenju dijabetesa tipa 2 Ivan Stanković Svi aspekti optimalnog antikoagulantnog lečenja</p> |
| 14.00-15.30 | <i>Pauza</i> |
| 15.30-16.15 | <p>UŽIVO KARDIOLOŠKA REHABILITACIJA U SVETLU NOVIH PREPORUKA, DOBA SARSCOV-2 PANDEMIJE, EVALUACIJA STANJA U SRBIJI Moderator: Dragan Lović, Mojsije Anđić, Dejan Spiroski</p> <p>Dejan Spiroski Stacionarna rehabilitacija pacijenata sa AIM u doba Covid-19 pandemije Sonja Smiljić Disfunkcija vaskularnog endotela u Covid-19 infekciji Mojsije Anđić Značaj stacionarne rehabilitacije starijih pacijenata sa komorbiditetima: HOBP u fokusu</p> |
| 16.15-17.15 | <p>UŽIVO Zajednička sesija Udruženja za hipertenziju Srbije, Evropske federacije za Internu Medicinu (EFIM) i Udruženja internista Srbije Moderator: Vesna Stojanov, Dragan Lović</p> <p>Branko Jakovljević Kuhinjska so i kardiovaskularni sistem: bela smrt ili važan začim Valentin Kokkorin (Rusija) News from EFIM Congress 2021 Olga Boeva (Rusija) Differential diagnosis of hypercholesterolemia Dragan Đorđević Dijabetesna kardiomiopatija</p> |
| 17.15-18.00 | <p>UŽIVO Sesija Srpske Limfomske Grupe DA LI JE COVID-19 // HEMATOLOŠKA BOLEST? Panel diskusija Moderator: Darko Antić</p> |
| 18.00-19.00 | <p>Zajednička sesija Udruženja kardiologa Srbije I Udruženja internista Srbije Novine i preporuke u kardiologiji 2021 Moderator: Branko Beleslin, Dragan Lović</p> <p>Dragan Lović Antihipertenzivna terapija tokom Covid-19 pandemije Svetlana Apostolović Izazovi antotrombotične terapije u NON Stemi infarktu Goran Koraćević Optimizacija terapije srčane slabosti sa sniženom ejakcijom</p> |
| 19.00-20.00 | SESIJA USMENA SAOPŠTENJA |

| Vreme | |
|-------------|--|
| 08.30-09.40 | <p>UŽIVO COVID-19 I GASTROINESTINALNI I HEPATOBILIJARNI SISTEM Organizator: Ratko Tomašević Moderator: Miodrag Krstić</p> <p>Ratko Tomašević Covid-19 i gastrointestinalni sistem</p> <p>Goran Bjelaković Covid-19 i jetra</p> <p>Aleksandra Sokić Milutinović Covid-19 i inflamatorne crevne bolesti – sopstvena iskustva</p> |
| 09.40-10.40 | <p>UŽIVO HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJA NA RASKRŠĆU: TREBA LI SVE TESTIRATI I LEČITI I KAKO LEČITI Organizatori: Miodrag Krstić, Tomica Milosavljević Moderator: Dragomir Damjanov</p> <p>Miodrag Krstić Ne treba sve testirati na Helicobacter Pylori</p> <p>Tomica Milosavljević Samo mrtav Helicobacter je dobar helicobacter</p> <p>Vladimir Milivojević Terapija Helicobacter Pylori</p> |
| 10.40-11.00 | <p>UŽIVO Simpozijum ADOC SNAGA KOJA TRAJE – GASTROPRAZOL Moderator: Miodrag Krstić</p> |
| 11.00-12.00 | <p>VIRTUALNO Simpozijum PFIZER PFIZER IM „KAKO IZABRATI PRAVI NOAK ZA PRAVOG PACIJENTA?“ Srđan Raspopović Terapija atrijalne fibrilacije vođena najnovijim smernicama i dokazima</p> <p>Jelena Vučković Filipović Praktični prikazi unapređenja aktikoagulantne terapije kod pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom</p> <p>PFIZER VACC Miloš Marković Prevenција pneumokokne bolesti kod odraslih</p> |
| 12.00-12.45 | <p>UŽIVO Simpozijum ASTRAZENECA FORXIGA® U KLINIČKOJ PRAKSI: JEDAN LEK – DVE INDIKACIJE! Moderator: Teodora Beljić Živković, Ivan Stanković</p> |

| Vreme | |
|-------------|--|
| 12.50-13.30 | <p>UŽIVO Simpozijum AMICUS Moderatori: Milan Petronijević, Ivan Jovanović Milan Petronijević Akutna bolna stanja u reumatologiji – mesto nimesulida Ivan Jovanović Kako efikasno lečiti anemiju usled nedostatka gvožđa</p> |
| 13.30-14.00 | <p>UŽIVO Simpozijum GALENIKA Moderator: Predrag Đurić Spirololakton – druga mladost proverenog diuretika</p> |
| 14.00-15.00 | <i>Pauza</i> |
| 15.00-16.00 | <p>UŽIVO AKTUELNOSTI U TERAPIJI BOLESNIKA SA COVID-19 INFEKCIJOM Moderator: Nebojša Antonijević Nebojša Antonijević Aktuelnosti u dijagnostici i zbrinjavanju tromboznih i hemoragijskih komplikacija kod bolesnika sa COVID-19 infekcijom Miodrag Vukčević Optimalna respiratorna podrška kod bolesnika sa COVID-19 infekcijom Snežana Arandžević Autoimuni fenomeni u bolesnika sa COVID-19 infekcijom</p> |
| 16.05-17.10 | <p>HIPOTENZIJA I „HIPOTENZIJA NEJASNOG UZROKA” U INTERNOJ MEDICINI Moderator: Goran Koračević Goran Koračević Hipotenzija naizgled neobjašnjivog uzroka: akutni infarkt miokarda Danijela Benedeto Stojanov „Neobjašnjiva hipotenzija” sa melenom kasnije Radmila Veličković-Radovanović Farmakološki razlozi za hipotenziju Simonida Šeškar-Stojančev Intoksikacije lekovima praćene hipotenzijom – učestalost i terapija</p> |
| 17.15-18.15 | <p>UŽIVO MINOCA Moderator: Svetlana Apostolović Svetlana Apostolović MINOCA – Definicija Sonja Dakić Neinvazivne dopunske metode u dijagnozi MINOCA Aleksandra Đoković Antifosfolipidni SINDROM kao mogući uzrok MINOCA Gordana Lazarević TAKOCUBO vs MINOCA Dušanka Kutlešić Kurtović Homocistein – uloga u koronarnoj bolesti</p> |
| 18.30 | Skupština Udruženja internista Srbije |

PROGRAM



16.15-17.10

BOL U GRUDIMA I DISPNEJA NAKON PANDEMIJE COVID-19 – IZAZOV ZA SPECIJALISTE INTERNE MEDICINE

Moderatori: Milica Brajković, Višeslav Popadić

VIRTUALNO

Pulmološka procena pacijenta sa bolom u grudima i dispnejom nakon Covid-19 infekcije

Miodrag Vukčević

Ergospirometrija u diferencijalnoj dijagnostici dispneje nakon Covid-19 infekcije

Ivana Nedeljković

Kardiomagnetna rezonanca u diferencijalnoj dijagnostici bola u grudima i dispneje nakon Covid-19 infekcije

Marija Zdravković

17.10-17.50

ANEMIJA, FERITIN, INFLAMACIJA

Moderatori: Lana Mačukanović-Golubović, Zorica Cvetković

UŽIVO

Šta sve utiče na koncentraciju feritina?

Zorica Cvetković

Oralno i intravensko gvožđe – indikacija, bezbednost, principi lečenja

Lana Mačukanović-Golubović

Anemija i hiperferitinemija: izazovi iz kliničke prakse

Irena Čojbašić

18.00-19.00

AKTUELNE TEME U PULMOLOGIJI

Moderatori: Vesna Bošnjak-Petrović, Marija Mitić-Milikić

UŽIVO

U čemu je razlika: GINA 2021 u odnosu na prethodne

Marija Mitić-Milikić

Izbor uređaja za inhalaciju kod poremećaja ventilacije

Vesna Bošnjak-Petrović

Neobičajeni uzrok kašlja

Ljudmila Nagorni-Obradović

Zbrinjavanje respiratornih sekvela COVID-19 infekcije

Miodrag Vukčević

19.00-19.30

**Simpozijum INOTECH
Bekstvo od zatvora: Šifra TRANSILANE**

Dragomir Damjanov

UŽIVO

19.30

OTVARANJE KONGRESA

Branko Lović, Aleksandar Nagorni

| | | |
|-------------|---|------------------|
| 08.30-09.45 | NASLEDNI TUMORI DIGESTIVNOG TRAKTA Moderatori: Aleksandar Nagorni, Miodrag Krstić | UŽIVO |
| | Familijarni karcinom želuca Dragomir Damjanov | |
| | Nasledni karcinom pankreasa Nataša Zdravković | |
| | Nasledni tumori debelog creva Aleksandar Nagorni | |
| 09.50-10.30 | Simpozijum ALKALOID ATEROSKLEROZA – TERAPIJSKI IZAZOV Moderatori: Vesna Stojanov, Nenad Ilijevski Da li možemo uticati na smanjenje krutosti krvnih sudova Vesna Stojanov Periferna arterijska bolest – farmakološka terapija Nenad Ilijevski | UŽIVO |
| 10.30-11.00 | Simpozijum SERVIER FIKSNE KOMBINACIJE KOJE MENJAJU POGLED NA DOSADAŠNJU KLINIČKU PRAKSU U LEČENJU DISLIPIDEMIJE I HIPERTENZIJE Moderatori: Aleksandra Ilić, Ivan Stanković | VIRTUALNO |
| 11.00-12.00 | Simpozijum PFIZER Transtiretinska amiloidna kardiomiopatija – kliničke karakteristike i dijagnostika Arsen Ristić Neurološke manifestacije kod pacijenata sa transtiretinskom amiloidnom polineuropatijom – naša iskustva Zorica Stević Dijagnostika i terapija Gošeoove bolesti Tip I Lana Mačukanović-Golubović Akromegalija – izazovi i rešenja Mirjana Doknić | VIRTUALNO |

| | | |
|-------------|--|------------------|
| 12.00-13.00 | <p>Simpozijum PHARMASWISS OPTIMALNA TERAPIJA KARDIOLOŠKIH PACIJENATA Moderatori: Edita Stokić, Dejan Milašinović, Ivan Stanković</p> <p>Statini i LD ASA u koronarnoj bolesti: bolje sprečiti nego (invazivno) lečiti Dejan Milašinović</p> <p>Gojaznost je bolest- Mysimba je lek Edita Stokić</p> <p>„Dodatni paket osiguranja“ u lečenju srčane insuficijencije Ivan Stanković</p> | UŽIVO |
| 13.00-14.00 | <p>Simpozijum BOEHRINGER INGELHEIM Moderatori: Edita Stokić, Ivan Stanković</p> <p>SGLT2 inhibitori i potreba za ranom intervencijom u lečenju dijabetesa tipa 2 Edita Stokić</p> <p>Svi aspekti optimalnog antikoagulantnog lečenja Ivan Stanković</p> | VIRTUALNO |
| 14.00-15.30 | <i>Pauza</i> | |
| 15.30-16.15 | <p>KARDIOLOŠKA REHABILITACIJA U SVETLU NOVIH PREPORUKA, DOBA SARSCOV-2 PANDEMIJE, EVALUACIJA STANJA U SRBIJI Moderatori: Dragan Lović, Mojsije Anđić, Dejan Spiroski</p> <p>Stacionarna rehabilitacija pacijenata sa AIM u doba Covid-19 pandemije Dejan Spiroski</p> <p>Disfunkcija vaskularnog endotela u Covid-19 infekciji Sonja Smiljić</p> <p>Značaj stacionarne rehabilitacije starijih pacijenata sa komorbiditetima: HOBP u fokusu Mojsije Anđić</p> | UŽIVO |

16.15-17.15

ZAJEDNIČKA SESIJA UDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJU SRBIJE , EVROPSKE FEDERACIJE ZA INTERNU MEDICINU I UDRUŽENJA INTERNISTA

Moderatori: Vesna Stojanov, Dragan Lović

UŽIVO

**Kuhinjska so i kardiovaskularni sistem:
bela smrt ili važan začim**

Branko Jakovljević

News from EFIM Congress 2021

Valentin Kokkorin (Rusija)

Differential diagnosis of hypercholesterolemia

Olga Boeva (Rusija)

Dijabetesna kardiomiopatija

Dragan Đorđević

17.15-18.00

**SESIJA SRPSKE LIMFOMSKE GRUPE:
DA LI JE COVID-19 /I/ HEMATOLOŠKA BOLEST?
Panel diskusija**

UŽIVO

18.00-19.00

**ZAJEDNIČKA SESIJA
Udruženja kardiologa Srbije i Udruženja internista Srbije
NOVINE I PREPORUKE U KARDIOLOGIJI 2021**

Moderatori: Branko Beleslin, Dragan Lović

UŽIVO

Antihipertenzivna terapija tokom Covid-19 pandemije

Dragan Lović

Izazovi antotrombocitne terapije u NON Stemi infarktu

Svetlana Apostolović

Optimizacija terapije srčane slabosti sa sniženom ejekcionom frakcijom

Goran Koraćević

19.00-20.00

ORALNE PREZENTACIJE

Moderatori: Nebojša Antonijević, Zorica Cvetković

UŽIVO

Demografske, kliničko-laboratorijske karakteristike, faktori rizika i ishod hospitalno lečenih bolesnika sa Hroničnom limfocitnom leukemijom udruženom sa infekcijom Covid-19: iskustvo tri tercijarna Covid centra (KBC Zemun, KBC Bežanijska kosa i KBC Zvezdara)

Zorica Cvetković

Analiza preživljavanja pacijenata sa multiplim mijelomom i COVID-19 infekcijom – naša iskustva

Anica Divac

Dijagnostika i terapija teške pneumonije – H1N1 sa sumnjom na difuznu alveolarnu hemoragiju – Prikaz slučaja

Vojislav Radosavljević

Pneumonitis izazvan metotreksatom – Prikaz slučaja

Vojislav Radosavljević

Značaj C reaktivnog proteina u ranoj proceni težine akutnog pankreatitisa

Snezana Tesic Rajković

„Neobjašnjiva hipotenzija” sa melenom dijagnostikovanom kasnije

Daniela Benedeto-Stojanov

Četvorogodišnje praćenje hemoragijskih komplikacija kod bolesnika na oralnoj antikoagulantnoj terapiji (faktori rizika i ishod)

Predrag Bogdanović

Analiza rada privremenog objekta za smeštaj i lečenje lica obolelih od zarazne bolesti Covid-19 izazvane virusom SARS-COV-2 „Beogradski sajam”

Predrag Bogdanović

Analiza rada privremenog objekta za smeštaj i lečenje lica obolelih od zarazne bolesti Covid-19 izazvane virusom SARS-COV-2 „ŠTARK ARENA”**Beograd**

Predrag Bogdanović

COVID-19 bilateralna pneumonija – umereno teška klinička slika (oblik 3 bolesti) – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

COVID-19 pneumonija i porfirija – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

COVID-19 pneumonija i de novo atrijalna fibrilacija – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

COVID-19 pneumonija i akutna bubrežna slabost – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

Hemoragijske komplikacije kod upotrebe antikoagulantne terapije u Covid-19 pneumoniji – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

COVID-19 pneumonija i akutni koronarni sindrom – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

COVID-19 pneumonija i veoma komplikovan onkološki bolesnik – prikaz slučaja

Predrag Bogdanović

Latentni autoimuni dijabet odraslih, redak oblik šećerne bolesti, prikaz slučaja iz privremene Kovid bolnice „Arena”

Dejan Marinković

COVID-19 bilateralna pneumonija kod pacijenta sa multiplim mijelomom (IgG lambda tipa u III B CS ISS3) – prikaz slučaja

Miloje Pantović

Covid 19 bronhopneumonija kod pacijenata sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom

Dejan Pilčević

Rabdomioliza kao komplikacija Covid-19 bronhopneumonije

Dejan Pilčević

Uspešna kliničko-radiografska rezolucija Covid-19 bronhopneumonije nakon primene Tocilizumaba

Dejan Pilčević

19.00-20.00

POSTER SESIJA

VIRTUAL

Novootkrivna srčana slabost uz ahondroplaziju u vreme COVID-19 pandemije – izazovi za internistu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Borislav Dolamić

M. Gaucher tip 1 i karcinom želuca – prikaz pacijenta

Ivana Golubović

Prikaz slučaja – endoskopski nalaz intestinalne bolesti kalem protiv domaćina

Igor Jovanović

Koncentracija i značaj C-reaktivnog proteina u osoba sa metaboličkim sindromom

Dušan Miljković

Prikaz bolesnika sa multiplim kalkulusima u zajedničkom žučnom vodu

Ivan Nagorni

Prikaz pacijenta sa akutnim pankreatitisom, hiperlipidemijom i formiranjem pseudociste

Andrija Rančić

Nasledna trombofilija ne doprinosi povećanom trombotičnom riziku kod pacijenata sa antifosfolipidnim sindromom

Nataša Stanisavljević

| | | |
|---|---|------------------|
| 08.30-09.40 | COVID-19 I GASTROINTESTINALNI I HEPATOBILIJARNI SISTEM Organizator: Ratko Tomašević Moderator: Miodrag Krstić | UŽIVO |
| <p>Covid-19 i gastrointestinalni sistem Ratko Tomašević</p> <p>Covid-19 i jetra Goran Bjelaković</p> <p>Covid-19 i inflamatorne crevne bolesti – sopstvena iskustva Aleksandra Sokić Milutinović</p> | | |
| 09.40-10.40 | HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJA NA RASKRŠĆU: TREBA LI SVE TESTIRATI I LEČITI I KAKO LEČITI Organizatori: Miodrag Krstić, Tomica Mislosavljević Moderator: Dragomir Damjanov | UŽIVO |
| <p>Ne treba sve testirati na Helicobacter Pylori Miodrag Krstić</p> <p>Samo mrtav Helicobacter je dobar helicobacter Tomica Milosavljević</p> <p>Terapija Helicobacter Pylori Vladimir Milivojević</p> | | |
| 10.40-11.00 | Simpozijum ADOC SNAGA KOJA TRAJE – GASTROPAZOL Moderator: Miodrag Krstić | UŽIVO |
| 11.00-12.00 | Simpozijum PFIZER PFIZER IM „KAKO IZABRATI PRAVI NOAK ZA PRAVOG PACIJENTA?“ Terapija atrijalne fibrilacije vođena najnovijim smernicama i dokazima Srđan Raspopović Praktični prikazi unapređenja aktikoagulantne terapije kod pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom Jelena Vučković Filipović PFIZER VACC Prevenција pneumokokne bolesti kod odraslih Miloš Marković | VIRTUALNO |

| | | |
|-------------|---|--------------|
| 12.00-12.45 | Simpozijum ASTRAZENECA FORXIGA® U KLINIČKOJ PRAKSI: JEDAN LEK – DVE INDIKACIJE! Moderatori: Teodora Beljić Živković, Ivan Stanković | UŽIVO |
| 12.50-13.30 | Simpozijum AMICUS Moderatori: Milan Petronijević, Ivan Jovanović Akutna bolna stanja u reumatologiji – mesto nimesulida Milan Petronijević Kako efikasno lečiti anemiju usled nedostatka gvožđa Ivan Jovanović | UŽIVO |
| 13.30-14.00 | Simpozijum GALENIKA SPIRONOLAKTON – DRUGA MLADOST PROVERENOG DIURETIKA Moderator: Predrag Đurić | UŽIVO |
| 14.00-15.00 | <i>Pauza</i> | |
| 15.00-16.00 | AKTUELNOSTI U TERAPIJI BOLESNIKA SA COVID-19 INFEKCIJOM Moderator: Nebojša Antonijević Aktuelnosti u dijagnostici i zbrinjavanju tromboznih i hemoragijskih komplikacija kod bolesnika sa COVID-19 infekcijom Nebojša Antonijević Optimalna respiratorna podrška kod bolesnika sa COVID-19 infekcijom Miodrag Vukčević Autoimuni fenomeni u bolesnika sa COVID-19 infekcijom Snežana Arandelović | UŽIVO |

16.05-17.10

**HIPOTENZIJA I „HIPOTENZIJA NEJASNOG UZROKA”
U INTERNOJ MEDICINI**

Moderator: Goran Koraćević

UŽIVO

Hipotenzija naizgled neobjašnjivog uzroka: akutni infarkt miokarda

Goran Koraćević

„Neobjašnjiva hipotenzija” sa melenom kasnije

Daniela Benedeto-Stojanov

Farmakološki razlozi za hipotenziju

Radmila Veličković-Radovanović

Intoksikacije lekovima praćene hipotenzijom – učestalost i terapija

Simonida Šeškar-Stojančev

17.15-18.15

MINOCA

Moderator: Svetlana Apostolović

UŽIVO

MINOCA – Definicija

Svetlana Apostolović

Neinvazivne dopunske metode u dijagnozi MINOCA

Sonja Dakić

Antifosfolipidni SINDROM kao mogući uzrok MINOCA

Aleksandra Đoković

TAKOCUBO vs MINOCA

Gordana Lazarević

Homocistein – uloga u koronarnoj bolesti

Dušanka Kutlešić Kurtović

18.30

**SKUPŠTINA
Udruženja internista Srbije**

UŽIVO

OPŠTE INFORMACIJE

MESTO ODRŽAVANJA KONGRESA

Hotel MONA

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

REGISTRACIJA

Radno vreme:

Četvrtak, 24. jun 10.00-19.30
Petak, 25. jun 07.30-19.30
Subota, 26. jun 07.30-19.30

KOTIZACIJA

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

KME BODOVI

XXI 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

Virtualna izložbu možete posetiti na sajtu Udruženja internista Srbije.

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

SKUPŠTINA UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE

Glasanje za rukovodstvo Udruženja internista Srbije održaće se 25 i 26. juna 2021. godine od 09.00 do 15.00 časova. Glasačka kutija će biti na registarcionom pultu.

ZBORNÍK SAŽETAKA



**PR01 AKTUELNOSTI U DIJAGNOSTICI I ZBRINJAVANJU
TROMBOZNIH I HEMORAGIJSKIH KOMPLIKACIJA KOD
BOLESNIKA SA COVID-19 INFEKCIJOM**

N. Antonijević^{1,2}, I. Veljić¹, N. Gošnjik³, I. Ranković⁴, Lj. Jovanović¹, D. Matic^{1,2},
R. Milošević⁵, G. Koraćević⁶, Ž. Leković⁷, V. Kanjuh⁸

¹Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

³Farmaceutski fakultet, Univerzitet u Beogradu

⁴Klinika za gastroenterohepatologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Klinika za hematologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁶Klinika za kardiovaskularne bolesti, Klinički centar Niš, Medicinski fakultet u Nišu

⁷COVID bolnica Batajnica

⁸Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska akademija nauka i umetnosti

Oko 80% inficiranih virusom SARS-CoV-2 su asimptomatski ili se prezentuju blagom asimptomatskom formom, ali oko 10% razvija teške respiratorne simptome koji mogu evoluirati do akutnog respiratornog sindroma (ARDS). COVID-19 infekcija se može manifestovati spektrom multiorganskih manifestacija, ali se u nekih se razvija teško proinflamatorno stanje koje je može biti udruženo sa nastankom prokoagulantnog stanja i sistemske hiperkoagulabilnosti. Najčešće trombozne manifestacije u inficiranih od COVID-19 infekcije pripadaju venskom tromboembolizmu, ali u određenog procenta nastaje arterijski tromboembolizam manifestovan akutnim infarktom miokarda, cerebrovaskularnim insultima, trombozama krvnih sudova ekstremiteta ili drugim ređim događajima, Posebnu specifičnost predstavlja nastanak mikrovaskularnih trombotičkih komplikacija, najčešće dijagnostikovanih histopatološkim pregledima pluća, ili tromboza intravaskularnih katetera ili drugih ekstravaskularnih aparata. Koagulopatija u okviru COVID-19 infekcije često pokazuje sličnosti sa sepsom indukovanom diseminovanom intravaskularnom koagulopatijom, ali pokazuje i značajne specifičnosti.

Stepen elevacije D-dimera, kao i nastanak trombocitopenije pozitivno koreliše sa mortalitetom obolelih od COVID-19 infekcije. Jedan od najačih prediktora tromboznih događaja predstavlja odnos D-dimera i hipofibrinolize determinisane tromboelastografski.

Činjenice da značajan broj bolesnika hospitalizovanih u intenzivnim negama (po nekim studijama 27,6%) razvija venski tromboembolizam i pored primenjene tromboprofilakse zahteva posebnu analizu. Nagli nastanak hipotenzije, tahikardije, pada saturacije kiseonika može biti manifestacija nastanka tromboembolizma, koji može ugroziti bolesnika čak i kada se ne manifestuje masivnom tromboembolijom glavnih grana plućnih arterija.

Venski tromboembolizam se zaviso od studija registruje u 4,8-85% hospitalizovanih bolesnika, dok se značajne hemoragijske manifestacije dijagnostikuju oko 3% antikoaguliranih bolesnika, ali i do 7% onih koji su na invazivnoj mehaničkoj ventilaciji. Pojedini autori opisuju nastanak hemoragijskih komplikacija u 21% bolesnika lečenih intermedijarnim ili terapijskim dozama niskomolekulskih heparina. Nastanak nagle hipotenzije, abdominalnog bola neosetljivog na spoljnu palpaciju, bola u nozi, može ukazati na razvoj potencijalno vitalno ugrožavajućeg retroperitonealnog hematoma.

Za pravilno lečenje bolesnika sa COVID-19 infekcijom potrebno je razumevanje problema heparinske rezistencije i mehanizama za njeno prevazilaženje. Posebnosti primene antitrombotičke terapije, modaliteti primene trombolitičke terapije, uključujući i inhalacioni put predstavljaju nove kliničke izazove. U lečenju krvarenja pored standardnih mera posebno mesto pripada hirurškim i angiografskim metodama.

PR02 AUTOIMUNSKI FENOMENI U COVID-19

S. Arandžević

Klinika za alergologiju i imunologiju, UKCS. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Dugo je poznat kompleksan odnos između virusnih infekcija i autoimunskih bolesti. COVID-19 i autoimunske bolesti imaju zajedničke karakteristike u pogledu kliničkih manifestacija, imunskog odgovora i patogenetskih mehanizama. Zajedničke kliničke manifestacije podrazumevaju izražen inflamatorni sindrom uz febrilnost, malaksalost, mialgije, artralgije, kao i sistemski karakter bolesti uz lezije različitih organskih sistema. Pojava jasnih autoimunskih bolesti u evoluciji COVID-19, kao što su SLE i Guillain Barre sindrom, kao i primena lekova koji se koriste u lečenju autoimunskih bolesti takodje ukazuju na autoimunski potencijal SARS CoV2. Organske lezije u oba oboljenja su u najmanju ruku u jednom delu uzrokovane perpetuiranim inflamatornim odgovorom usled disregulacije i izražene aktivacije imunskog sistema. Povećana produkcija proinflamatornih citokina i preterana aktivacija imunskih ćelija uz izostanak protektivnog adaptivnog imunskog odgovora u COVID-u stvara uslove za narušavanje imunološke tolerancije i produkciju autoantitela. Indukcija autoimunosti uključuje mehanizme molekularne mimikrije, koji se zasnivaju na postojanju strukturne sličnosti virusnih i humanih proteina uz ukrštenu reaktivnost efektorskih imunskih mehanizama, kao i mehanizam "bystander" gde citokinski milje u inflamaciji omogućava antigen prezentujuću funkciju pojedinim rezidentnim ćelijama koje na taj način postaju ciljno mesto efektorskih mehanizama. Pokazano je da neki epitopi, kao što je hepta peptid S glikoproteina virusa ima identičnu strukturu sa humanim proteomima. Oko 45% bolesnika sa COVID-19 ima prisutno bar jedno autoantitelo, kao što su ANA, ANCA, APL i njihovo prisustvo ukazuje na lošiju prognozu. Takodje, nadjeno je prisustvo anti SSA antitela, antieritrocitnih antitela (pozitivan DAT i IAT), hladnih aglutinina. Rizik infekcije i prognoza COVID-19 kod pacijenata sa već postojećim autoimunskim bolestima je kontroverzna, ali se savetuje medikamentozni tretman u cilju prevencije egzacerbacije autoimunske bolesti. Sagledavanje kompleksne patogeneze i analogije sa autoimunskim bolestima može pomoću u nalaženju najoptimalnijeg terapijskog postupka kod obolelih od COVID-19.

PR03 „NEOBJAŠNJIVA HIPOTENZIJA“ SA MELENOM DIJAGNOSTIKOVANOM KASNIJE

D. Benedeto-Stojanov

Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju UKC Niš

Uvod. Gastrointestinalno krvarenje je često urgentno stanje u gastroenterologiji sa incidencom od oko 50-150 slučajeva na 100 000 stanovnika. Kliničke manifestacije krvarenja zavise od mesta i intenziteta krvarenja, brzine pasaže creva, kao i prisustva drugih bolesti. Najčešće se ispoljava u vidu melene, hematemeze i hematohezijske. Simptomi udruženi sa gubitkom krvi mogu se javiti pre pojave manifestnog krvarenja, što može biti razlog dijagnostičkih dilema.

Cilj rada je da se prezentuje pravovremeni dijagnostički i terapijski pristup kod bolesnika sa neobjašnjivom hipotenzijom i identifikuju određeni znaci gastrointestinalnog krvarenja i druga stanja koja predstavljaju predispoziciju za krvarenje.

Kod 80% bolesnika krvarenje potiče iz proksimalnog segmenta digestivnog trakta, a kod 20% iz tankog i debelog creva. U proceni težine krvarenja najvažniji činilac je brzina gubitka krvi, ali i volumen izgubljene krvi. Blagi gubitak krvi od 10% do 15% ukupnog volumena ne mora izazvati hemodinamske poremećaje zbog uključivanja kompenzatornih mehanizama. Međutim, kod profuznog krvarenja, može doći do razvoja šoka gubitkom samo 10% cirkulišućeg volumena. Gubitak krvi veći od 15% volumena može dovesti do vrtoglavice, mučnine, znojenja, pojačane žeđi i sinkope kao posledice ortostatске hipotenzije. Gubitak krvi veći od 30% cirkulišućeg volumena dovodi do značajnog pada udarnog i minutnog volumena, hipotenzije i metaboličke acidoze čiji je stepen u korelaciji sa razvojem šoka. Ovakvi bolesnici zahtevaju brz i ciljan dijagnostički postupak. Ako pacijent nije imao manifestno digestivno krvarenje treba uzeti anamnezu o istoriji ranije ulkusne bolesti i ranijem digestivnom krvarenju, o upotrebi NSAID, salicilata i antikoagulantne terapije, konzumaciji alkohola i postojanju značajnih pridruženih bolesti kardiovaskularnog i respiratornog sistema i bolesti bubrega. Pri fizikalnom pregledu pored vidljivog bledila kože i sluzokoža, procenjuje se stanje svesti, mere vitalni parametri i obavezno obavlja digitorektalni pregled. Neophodno je odrediti osnovne laboratorijske analize (KKS, koagulacioni status, krvnu grupu, vrednosti glikemije, ureje i kreatinina). Pre endoskopske dijagnoze obavezna je nadoknada intravaskularnog volumena i stabilizacija krvnog pritiska. Proksimalnu endoskopiju treba uraditi unutar 12-24h od prijema u bolnicu. Endoskopska hemostaza se radi u toku inicijalne endoskopije ako je to potrebno, posebno kod krvarećih ulkusa i varikoziteta jednjaka.

Zaključak. Gastrointestinalno krvarenje može biti jedan od uzroka neobjašnjive hipotenzije, kod određenog procenta bolesnika.

US01 ČETVOROGODIŠNJE PRAĆENJE HEMORAGIJSKIH KOMPLIKACIJA KOD BOLESNIKA NA ORALNOJ ANTIKOAGULANTOJ TERAPIJI (FAKTORI RIZIKA I ISHOD)

P. Bogdanović¹, Z. Jović¹, S. Obradović¹, Z. Mladenović¹, J. Marić Kocijančić¹,
R. Vukić¹, P. Đurić¹, O. Gudelj¹, I. Đurić¹, D. Drobnyak¹, M. Rakonjac¹,
V. Ranđelović Krstić¹, B. Subotić, V. Bogdanović²

¹Klinika za kardiologiju VMA,

²ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Atrijalna fibrilacija (AF) je najčešći trajni poremećaj srčanog ritma čija prevalenca raste sa godinama starosti. Ova aritmija je najčešća indikacija za uvođenje oralne antikoagulantne terapije (OAK) – antagonisti vitamina K (VKA) i direktni oralni antikoagulansi (DOAK). Rizik od tromboembolijskih događaja, ali i od komplikacija – krvarenja – je na strani VKA; DOAK su efikasniji i sigurniji, ali je svakako potrebna opreznost i individualna procena.

Cilj rada. utvrditi kolika je učestalost hemoragijskih komplikacija kod bolesnika na OAK koji su zahtevali bolničko lečenje, koji su bili faktori rizika za krvarenja kao i kakav je bio ishod lečenja?

Metod. Retrospektivna studija je obuhvatila 150 bolesnika koji su hospitalizovani u VMA zbog hemoragijskih komplikacija u periodu 2017.-2020. god. Uključeni su samo bolesnici koji su koristili OAK zbog nevalvularne AF. Krvarenja su podeljena na minor i major prema kriterijumima.

Rezultati. Studija je obuhvatila 150 bolesnika sa hemoragijama – 80 muškaraca (53,3%) i 70 žena (46,7%); Prosečna starost bolesnika 77±15 godina (muškarci 76±16 god., žene 79±10 god.). Na terapiji VKA je bilo 140 bolesnika (93,3 %) i 10 bolesnika (6,7%) na DOAK. Varfarin je koristilo 90 bolesnika (60%), Acenokumarol- 48 (31,5%), Varfarin+Acenokumarol- 2 (1,4%), a Dabigatran – 6 bolesnika (4,3%), Rivaroksaban – 2 (1,4%) i Apiksaban– 2 (1,4%). Istovremeno sa OAK 36 bolesnika (24%) je koristilo Aspirin, Clopidogrel, antireumatike. Najviši INR je bio 14, a najniži 4,2. CHA₂DS₂-VASc-Skor je bio u rasponu od 1-7, prosečan 3,9, a HAS-BLED-Skor 2-7, prosečno 3,86. Minor krvarenja je imalo 111 bolesnika (74%), a major -39 bolesnika (26%). Povišen nivo kreatinina u krvi je imalo 72 bolesnika (48%). Ukupno dana hospitalizacije je bilo 1470, što je prosečno 9,8 dana/bolesniku. Otpušteno je oporavljeno 124 (82,7%), a 26 je umrlo (17,3%). Oporavljeni su otpušteni sa predlogom dalje terapije: 77 bolesnika (62%) je prevedeno na DOAK, VKA je nastavilo da uzima 20 bolesnika (16%), a 27 bolesnika (22 %) je bez dalje AKT.

Zaključak. Rezultati su pokazali da je hemoragija najčešća komplikacija upotrebe OAK sa potencijalno letalnim ishodom. Hemoragijski rizik je povećan kod starije životne dobi, sa narušenom bubrežnom funkcijom, sa komorbiditetima, kod neredovnog monitoringa INR-a, nepodešene doze i vrste AKT. Daleko je bezbednija upotreba DOAK, te je većina bolesnika sa hemoragijskim komplikacijama prevedena na terapiju bezbednijih lekova – DOAK.

US02 ANALIZA RADA PRIVREMENOG OBJEKTA ZA SMEŠTAJ I LEČENJE LICA OBOLELIH OD ZARAZNE BOLESTI COVID-19 IZAZVANE VIRUSOM SARS-COV-2 „BEOGRADSKI SAJAM”

P. Bogdanović¹, V. Milić², R. Anđelković³, M. Dinić⁴, D. Ilić⁵, D. Marić⁵, D. Pavlović⁶, Z. Rujanoski⁷, V. Batnožić⁸, V. Bogdanović⁸, G. Podnar⁸

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²VB Niš,

³Uprava za vojno zdravstvo MO,

⁴Kl. za kožne bolesti,

⁵Kl. za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju,

⁶Kl. za plastičnu hirurgiju,

⁷Klinika za opštu hirurgiju,

⁸ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Privremeni objekat za smeštaj i lečenje lica obolelih od zarazne bolesti COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2 – „Beogradski sajam” (privremena bolnica) osnovan je odlukom vlade RS broj 53-3025/2020 dana 02.04.2020.god. Kapaciteti kompleksa „Beogradski sajam” razmešteni su na površini od oko 40.000 m², za potrebe pacijenata korišćeno je 6 objekata površine 26.000 m². U okviru kompleksa formirana je crvena, žuta i zelena zona. Komanda je bila angažovana na koordinaciji zadataka i aktivnosti između svih angažovanih službi (civilnih i vojnih) od prijema pacijenata, obezbeđenja neophodnih uslova za nesmetani život i rad pacijenata u hali 1, kontroli i praćenju prijema pacijenata i otpusta, preduzimanju preventivnih mera za sprečavanje pojave i širenja oboljenja izazvanog korona virusom pripadnika MO i VS. Težišni zadatak je bio zdravstveno zbrinjavanje pacijenata pozitivnih na Covid-19 bez simptoma ili sa lakšom kliničkom slikom (oblik 1 bolesti).

Zbrinuto je ukupno 1.273 pacijenta do 03.06.20.god. kada je bolnica prestala sa radom. Najveći broj prijema je bio 10.04.2020. god. 101 pacijent, a najveći broj otpusta je bio 21.04.2020. god. 103 pacijenta. Pacijenti kod kojih je došlo do pogoršanja kliničkog stanja i koji su zahtevali viši oblik lečenja premešteni su u druge Covid-19 bolnice u Beogradu, i takvih je bilo 90 pacijenata što čini 7% od ukupnog broja lečenih.

U lečenju obolelih primenjivan je Nacionalni protokol za lečenje pacijenata sa Covid-19 za oblik 1 bolesti – simptomatska terapija.

Najviše obolelih na bolničkom lečenju je bilo u starosnoj dobi od 41-50 godina ukupno 330 pacijenata, a bilo je i 6 pacijenata do 10 godina starosti i 4 od 81-90 godina. Lečeno je 702 muškarca i 571 žena. Urađeno je ukupno 1.340 testiranja (PCR-test na virus SARS-CoV-2).

Ukupan broj angažovanog medicinskog osoblja za 63 dana rada privremene bolnice je bio 648 lekara i tehničara svih specijalnosti i profila, iz sistema vojnog zdravstva i zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite Beograda.

Zaključak. Privremena (improvizovana) vojna Covid-19 bolnica „Beogradski sajam” je lečila ukupno 1.273 pacijenta obolelih od zarazne bolesti izazvane virusom SARS-COV-2, sa pozitivnim nazofaringealnim brisom, asimptomatskih ili sa veoma blagom kliničkom slikom. Postigla je dobre rezultate i dala značajan doprinos zdravstvenom sistemu Srbije u prvim mesecima borbe protiv epidemije.

US03 ANALIZA RADA PRIVREMENOG OBJEKTA ZA SMEŠTAJ I LEČENJE LICA OBOLELIH OD ZARAZNE BOLESTI COVID-19 IZAZVANE VIRUSOM SARS-COV-2 „ŠTARK ARENA“ BEOGRAD

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, R. Anđelković⁶, Ž. Mićović⁶, J. Ranin⁷, Z. Kremlj⁸, D. Pajić⁸, D. Ilić⁹, D. Marić⁹, A. Janković¹⁰, B. Bojović¹¹, V. Radulović¹², K. Mijatović¹², V. Batnožić¹³, V. Bogdanović¹³

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Uprava za vojno zdravstvo MO,

⁷Kl. infektivne i tropske bolesti KCS,

⁸Kl. za kožne bolesti,

⁹Kl. za fizikalnu medicinu,

¹⁰Dom zdravlja Rakovica,

¹¹Zavod za gerontologiju,

¹²Gradski zavod za plućne bolesti,

¹³ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Privremeni objekat za smeštaj i lečenje lica obolelih od zarazne bolesti Covid-19 izazvane virusom SARS-COV-2 „Štark Arena“ Beograd je primila prve pacijente u drugom piku epidemije 6.07.2020. god. i do 03.09.2020.god. je lečila 434 pacijenta sa blagom i umerenom formom bolesti. Zbog pogoršanja epidemiološke situacije „Arena“ je ponovo počela sa radom 25.10.2020.god. i do 21.05.2021.god. je lečila 4.966 pacijenata sa umerenom i umereno-teškom kliničkom slikom (oblik 3 bolesti), tako da je ukupno u „Areni“ lečeno 5.400 pacijenata.

Najveći broj prijema je bio 23.11.2020. god. 59 pacijenata, a najveći broj otpusta je bio 30.12.2020. god. 65 pacijenata. Pacijenti kod kojih je došlo do pogoršanja kliničkog stanja i koji su zahtevali bilo koji oblik respiratorne potpore premešteni su u jedinice intenzivne nege drugih Covid-19 bolnica u Beogradu, i takvih je bilo 410 pacijenata što čini 8,25% od ukupnog broja lečenih. Bilo je i 4 smrtna ishoda što čini 0,8 promila.

Najviše obolelih na bolničkom lečenju je bilo u starosnoj dobi od 60-70 godina, a najmlađi lečeni je imao 17, a najstariji 94 godine. Lečeno je 3.496 muškaraca i 1.903 žene. U lečenju obolelih primenjivan je Nacionalni protokol za lečenje pacijenata sa Covid-19 – verzija 9,10 i poslednja 11, korišćena je najsavremenima terapija sa kiseonikom visokog protoka do 30 l/min, antikoagulansi, antivirusik Favipiravir, rezerni antibiotici, kortikosteroidi, i specifična terapija monoklonskim antitelom-blokator receptora za IL-6 – Tocilizumab.

Urađeno je ukupno 22.421 laboratorijske dijagnostike i 6.701 radiološke dijagnostike. Utrošeno je 207.624 kg kiseonika preko centralnog dovoda (najviše u martu 2021.god.) i korišćeno je još 210 koncentratora za kiseonik.

Zdravstvene osoblje je činilo 240 lekara i 530 medicinskih tehničara svih specijalnosti i profila, iz sistema vojnog zdravstva i preko 20 zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite Beograda.

Zaključak. Privremena (improvizovana) vojna Covid-19 bolnica “Beogradska Štark Arena“ je lečila ukupno 5.400 pacijenata obolelih od zarazne bolesti izazvane virusom SARS-COV-2. Postigla je odlične rezultate i dala nemerljiv doprinos čitavom zdravstvenom sistemu Srbije u borbi protiv epidemije i to zahvaljujući prevashodno timskom radu i multidisciplinarnom pristupu.

US04 COVID-19 BILATERALNA PNEUMONIJA – UMERENO TEŠKA KLINIČKA SLIKA (OBLIK 3 BOLESTI) – PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵,
R. Anđelković⁶, Ž. Mićović⁶, A. Janković⁷, B. Bojović⁸, V. Tošić⁸, R. Tripković⁸,
V. Batnožić⁹, V. Bogdanović⁹

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Uprava za vojno zdravstvo MO,

⁷Dom zdravlja Rakovica,

⁸Zavod za gerontologiju,

⁹ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Zarazna bolest Covid-19 izazvana virusom SARS-COV-2 je multisistemska bolest, najčešća komplikacija bolesti je pneumonija. Pneumonija je bilateralna, a tipične patoanatomske promene su multifokalne promene po tipu "mlečnog stakla" ("ground-glass"-GGO) obostrano subpleuralno i posteriorne lokalizacije bez pošteđe plućnog parenhima, zatim nastaje zadebljanje intersticijuma, zone konsolidacije pluća, uz zadebljanje zidova bronha i na kraju fibrozne promene u plućima.

Prikaz slučaja. Bolesnica Š.M. životne dobi 58 god. iz Beograda, upućena je 21.04.2021.god. iz prijemno-trijažne ambulante Kl. za infektivne i tropske bolesti KCS u privremenu Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan Ag-test) i verifikovane bilateralne pneumonije. Bolest je počela 7 dana ranije febrilnošću do 39,5 C, uz malaksalost, mučninu, bolove u mišićima. Laboratorija na prijemu – Le 4, Ly 59, Hgb 122, Tr 220, CRP 10, D-dimer 0,7. Radiografija pluća na prijemu – početna konsolidacija obostrano. U ličnoj anamnezi – arterijska hipertenzija. Na prijemu afebrilna 36,8 C, eupnoična, saturacija kiseonika 92%, arterijska tenzija 130/80 mmHg, puls 78/min. U EKG-u : sinusni ritam, levogram, aplatiran T u DIII, V1-V3. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 11) za oblik 3 bolesti. Trećeg dana hospitalizacije zbog porasta parametara upale (CRP 32, IL-6 57,2, feritin 406), pada saturacije kiseonika u perifernoj krvi na 82%, progresije nalaza radiografije pluća i produžene febrilnosti, tj. razvoja "citokinske oluje" ordiniran je u terapiji i blokator IL-6 receptora-monoklonsko antitelo Tocilizumab u dozi od 600 mg u i.v. inf. Druga doza je ponovljena sutradan 24.4.2021.god. Na primenjenu terapiju dolazi za 24 sata do stabilizacije kliničkog stanja, porasta saturacije u perifernoj krvi na preko 90%, prestanka febrilnosti, pada vrednosti CRP (2,8), D-dimera (1,89...0,3) i porasta vrednosti slobodnog IL-6 u krvi (714) zbog blokade receptora na ciljnim ćelijama. Dalji tok bolesti je protekao bez komplikacija i pacijentkinja je otpuštena 09.05.2021.god. potpuno oporavljena.

Zaključak. Bolesnica je primljena sa umereno teškom kliničkom slikom – oblik 3 bolesti, lečena je po Nacionalnom protokolu za lečenje pacijenata sa Covid-19 (verzija 11), zbog razvoja "citokinske oluje" primenjena je i specifična terapija-Tocilizumab. Na primenjenu terapiju dolazi do povoljnog odgovora i poboljšanja kliničkog stanja, normalizacije parametara upale i potpune regresije inflamatornih promena u plućima.

US05 COVID-19 PNEUMONIJA I DE NOVO ATRIJALNA FIBRILACIJA – PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, Z. Kremić⁶,
D. Pejić⁶, T. Zeković⁷, Đ. Šolak⁸, V. Savić⁸, S. Đorđević⁹, A. Nikolić¹⁰, V. Batnožić¹⁰,
V. Bogdanović¹⁰

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Kl. za kožne bolesti,

⁷Dom zdravlja Novi Beograd,

⁸Dom zdravlja Palilula,

⁹Dom zdravlja Žarkovo,

¹⁰ZZZZ radnika ŽS

Uvod. COVID-19 infekcija može imati štetne efekte na srce što vodi ka komplikovanijem kliničkom toku. Srčani problemi se mogu prezentovati pojavom novonastale ili pogoršanjem postojeće atrijalne fibrilacije (AF). Hipoksemija, sistemska hiperinflamacija, adrenergički tonus su najverovatniji uzroci. Recidiv AF je imalo 23-33% bolesnih, a 10% je razvilo novonastalu AF. Novonastala AF je povezana sa kratkoročnim i dugoročnim mortalitetom, veoma visokom dugoročnom stopom recidiva i visokim rizikom od srčane slabosti i moždanog udara. Kao i kod svih pacijenata sa AF, ciljevi lečenja su kontrola komorske frekvence, kontrola ritma i profilaksa tromboembolijskih komplikacija. Interakcije između antivirusnih, antiaritmijskih i antikoagulantnih lekova bi trebalo razmotriti pre primene. Posle oporavka od COVID-19 infekcije, terapiju za kontrolu srčane frekvence i ritma treba preispitati, dugoročnu antikoagulaciju treba nastaviti na osnovu CHA2DS2-VASc-skora.

Prikaz slučaja. Muškarac životne dobi 75 god. 23.11.2020.god. primljen je u privremenu Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test) i verifikovane pneumonije. Laboratorija na prijemu – Le 11,1, Hgb 153, Tr 387, CRP 94,3, D-dimer 0,42. Radiografija pluća na prijemu– obostrana pneumonija. U ličnoj anamnezi – implantiran DDDR-PM, arterijska hipertenzija. Na prijemu afebrilan 36 C, kompenzovan, saturacija kiseonika 92%, tenzija 120/60 mmHg, puls 70/min. U EKG-u : ritam pejsmejkeera. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 9) za oblik 3 bolesti uz primenu Enoksaparina u terapijskim dozama, rezervnih antibiotika (Van-komicin+Meropenem), Metil-Prendizolona 1,5 mg/kg, specifične terapije monoklonskim antitelom-blokatorom receptora za IL-6 -Tocilizumab 8 mg/kg TT u dve doze. Na primenjenu terapiju dolazi do pada vrednosti faktora upale (CRP 110...8,2, feritin 555...362), porasta IL-6 355 i smirivanja "citokinske oluje", ali 3.12.20.god. dolazi do naglog pogoršanja, pojave anginoznih bolova, elektrokardiografski paroksizam AF sa brzim komorskim odgovorom i ishemijskim promenama. Tegobe se održavaju kao i promene u EKG-u uprkos intravenskoj primeni Amiodarona i Nitroglicerina. Radi nastavka monitoringa i lečenja bolesnik se premešta u koronarnu jedinicu Covid bolnice Bežanijska Kosa.

Zaključak. Incidenca i tipovi aritmija koje su direktne posledice COVID-19 infekcije su nepoznati. Aritmije se smatraju glavnim komplikacijama i uzrocima premeštaja Covid-19 pacijenata u jedinicu intenzivne kardiološke nege. Hitne mere zbrinjavanja aritmija se neznatno razlikuju od principa lečenja istih u ne-COVID pacijenata i treba da prate važeće preporuke.

US06 COVID-19 PNEUMONIJA I AKUTNA BUBREŽNA SLABOST

– PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, V. Dašić⁶, J. Petijević⁶, S. Jevđović⁶, N. Urošević⁶, D. Lekić⁷, L. Stević⁷, A. Makević⁷, A. Grbović⁷, S. Georgijev⁷, T. Petković⁷, I. Lazarević⁷, V. Bogdanović⁷

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Zavod za gerijatriju i palijativno lečenje,

⁷ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Tokom infekcije sa SARS-CoV-2 virusom mogu se javiti različita oštećenja bubrega (nefropatije). U najvećem broju se javlja akutna bubrežna insuficijencija (ABI) u osnovi koje je akutno oštećenje tubula. Inicijalni izveštaji su pokazivali da se ABI javlja u malom procentu (3-9% slučajeva). Noviji izveštaji pokazuju znatno veću učestalost - masivna proteinurija se javlja kod 34-63% bolesnika sa Covid-om dok se ABI javlja kod 27% bolesnika sa Covid-om i čak kod 75% bolesnika koji su umrli od Covid-a.

Prikaz slučaja. Bolesnik O.S. životne dobi 43 god. iz Beograda, upućen je 4.01.2021.god. iz prijemo-trijažne ambulante Kl. za infektivne i tropske bolesti KCS u privremenu Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test) i verifikovane bilateralne pneumonije. Bolest je počela 10 dana pre prijema subfebrilnošću do 37,5 C, uz izraženu malaksalost, mučninu, povraćanje, kašalj, gubitak apetita. Lečen je ambulantno Cefksimom pa Levofloksacinom per os. Laboratorija na prijemu – rađen je samo CRP 255,5 i KKS-Le 6,1. Radiografija pluća na prijemu – početna bilateralna pneumonija, U ličnoj anamnezi – negira ranije bolesti i alergije. Na prijemu afebrilan 36,5 C, eupnoičan, saturacija kiseonika 97%, tenzija 114/70 mmHg, puls 120/min, loše opšte stanje, dehidriran, intoksiciran. Započeto je lečenje po Nacionalnom protololu za lečenje Covid-19 (verzija 10) za oblik 3 bolesti (umereno-teška klinička slika). Drugog dana prijema je uzeta kompletna laboratorija i istog dana su dobijeni nalazi : KKS – Le 5,6, Hgb 101, Hct 0,30, Tr 340, urea 44, kreatinin 1235, eGFR 4, K+ 6,1, Na+137, AST 15, ALT 11, CRP 131, D-dimer 2,08. U EKG-u : sinusni ritam, normogram, visoki šiljati T talasi u prekordijalnim odvodima (promene tipične za hiperkalijemiju). Bolesnik je zbog hitne hemodijalize premešten u intenzivnu negu Covid bolnice u Batajnici.

Zaključak. ABI se najčešće dešava kod bolesnika sa teškom kliničkom slikom koji se leče u jedinicama intenzivne nege. Patofiziologija ABI u Covid-u je kompleksna i nije sasvim dobro izučena. Ona povećava rizik od lošeg ishoda, stopa mortaliteta je duplo veća u odnosu na one koji nemaju ABI. Bubrežno oštećenje se obično razvija u kasnijoj fazi bolesti ali očigledno da ima i izuzetaka. Neretko, ova komplikacija zahteva lečenje dijalizom.

US07 HEMORAGIJSKE KOMPLIKACIJE KOD UPOTREBE ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE U COVID-19 PNEUMONIJI – PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵,
A. Janković⁶, B. Bojović⁷, K. Kostić Vitanović⁷, M. Veličković⁷, J. Nojner⁸,
A. Vojinović⁹, M. Kolarević⁹, M. Petrović¹⁰, V. Bogdanović¹⁰

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicine,

⁶Dom zdravlja Rakovica,

⁷Zavod za gerontologiju,

⁸Gradski zavod za kožne i venerične bolesti,

⁹Dom zdravlja Lazarevac,

¹⁰ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Antikoagulantna terapija (AKT) je obavezna po protokolu za lečenje pacijenata sa Covid-19 za oblike bolesti 2-5. Profilaktičke doze niskomolekularnog heparina (LMWH) se primenjuju kod svih hospitalizovanih dok se terapijske doze preporučuju kod sumnje na razvoj ili potvrđenog venskog tromboembolizma kao i kod dugotrajne AKT. Takođe se mogu davati direktni oralni antikoagulansi (DOAK), a ne preporučuje se primena vitamin K antagonista (VKA) zbog opštepoznatih karakteristika ovih lekova.

Prikaz slučaja. Bolesnica T.S. životne dobi 70 god. primljena je 04.02.21.god. u Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test) i verifikovane bilateralne pneumonije. Bolest je počela 7 dana ranije febrilnošću do 38 C, uz malaksalost, zamaranje, kašalj, gubitak ukusa i mirisa. Laboratorija na prijemu – CRP 11, KKS-Le 9,1, Hgb 131, Tr 236. Radiografija pluća na prijemu – bilateralna pneumonija, U ličnoj anamnezi – arterijska hipertenzija, hipotireoza. Na prijemu afebrilan 36,9 C, eupnoična, saturacija kiseonika 95%, tenzija 128/75 mmHg, puls 89/min, TT 75 kg. EKG na prijemu : sinusni ritam, normogram, zona tranzicije u V4. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 10) za oblik 2 bolesti (blaga klinička slika). LMWH je najpre ordiniran u profilaktičkoj dozi (Nadroparin amp. 0,6 ml s.c.), a zatim petog dana hospitalizacije nakon nalaza D-dimera 3,28, se doza povećava na 2x0,9 ml. Petnaestog dana hospitalizacije se bolesnica žali na bol u desnoj potkolenici koja je tvrda i otečena. Istog dana u laboratoriji – CRP raste 91,7, Hgb pada 110, D-dimer 1,38, fibrinogen 4,5, factor X 144, na radiografiji pluća-laka progresija. Uradi se hitan dopler krvnih sudova desne noge i nađe hematoma u m.soleusu, bez znakova tromboze. Smanjena je doza LMWH na 2x0,3 ml, uključeni su rezervni antibiotici i konzervativno lečen hematoma. Bolesnica je otpuštena na kućno lečenje nakon 30 dana hospitalizacije oporavljena sa preporukom da nastavi Dabigatran u dozi od 2x110 mg.

Zaključak. Kod svih pacijenata na otpustu se vrši individualna procena rizika za razvoj tromboembolijskih ili hemoragijskih komplikacija i ako postoji indikacija nastavlja se standardna profilaktička/terapijska doza LMWH ili DOAK od 7 do 45 dana nakon otpusta. Za sada pravih preporuka nema i posebna pažnja se obraća na bolesnike koji su starije životne dobi, sa brojnim komorbiditetima i koji su na hroničnoj AKT.

US08 COVID-19 PNEUMONIJA I AKUTNI KORONARNI SINDROM

– PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, M. Rogić⁶, S. Blanuša⁷, N. Mrkalj⁸, M. Stojčev⁹, J. Bidžić¹⁰, A. Miličević¹⁰, M. Džamić¹⁰, V. Bogdanović¹⁰

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Dom zdravlja Palilula,

⁷Gradski zavod za kožne i venerične bolesti,

⁸ZZZZ radnika MUP,

⁹Institut za reumatologiju KCS,

¹⁰ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Zarazna bolest Covid-19 je multisistemska bolest, a pneumonija je najčešća komplikacija. Vrlo često nije i jedina, drugi ciljni organ je srce. Može se razviti najteža forma ishemijske bolesti srca – akutni koronarni sindrom. Unutar koronarnih arterija virusi mogu da prouzrokuju pucanje plakova holesterola koji tada formiraju trombu. Takođe postoje promene u koagulaciji koje mogu dovesti do infarkta miokarda. Bolest može da se javi kod svih pacijenata, naročito kod starijih koji već imaju značajne faktore rizika. Covid-19 otežava ranu detekciju akutnog koronarnog sindroma.

Prikaz slučaja. Muškarac životne dobi 80 god. 30.10.2020. god. upućen iz prijemno-trijažne ambulante KBC Bežanijska Kosa u privremenu Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test) i verifikovane pneumonije. Bolest je počela 5 dana ranije značajno respiratorne infekcije i febrilnošću do 39 C. Laboratorija na prijemu – Le 14,8, CRP 146, D-dimer 0,6. Radiografija pluća na prijemu – pneumonija levo. U ličnoj anamnezi – dokazana koronarna bolest, preboleo dva infarkta miokarda, implantirani stentovi u dve koronarne arterije, hipertenzija, dijabetes tip II. Na prijemu febrilan 38 C, blago dispnoičan, saturacija kiseonika 90%, tenzija 130/70 mmHg, puls 100/min. U EKG-u : sinusni ritam, levogram, ST depresija do 1 mm od V2-V6. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 9) za oblik 3 bolesti. Trećeg dana hospitalizacije u jutranjim satima dolazi do pada saturacije kiseonika u perifernoj krvi na 82%, bolesnik se žali na otežano disanje, bolove u grudima. U EKG-u se verifikuje jasna dinamika i ishemija postero-lateralno-depresija ST segmenta V2-V6. Uzeti su hitno kardiospecifični enzimi-Troponin. Inicijalno je zbrinut u sobi za reanimaciju, odmah je organizovana angiosala u Covid bolnici KBC Bežanijska Kosa i pacijent je u roku od 30 minuta uz medicinski nadzor prevežen gde je urađena primarna perkutana koronarna intervencija.

Zaključak. Covid-19 infekcija često ostavlja posledice i na srce koje je najizloženiji organ odmah nakon pluća. Preporuka Evropskog udruženja kardiologa je da se pacijenti sa akutnim infarktom miokarda - STEMI, tretiraju po važećim smernicama. Svaki pacijent sa dijagnozom STEMI, tokom pandemije, se mora podvrgnuti primarnoj perkutanoj koronarnoj intervenciji (pPCI). Treba imati posebnu angiosalu za pacijente sa Covid-19, uz maksimalnu zaštitu osoblja od primarnog nivoa zdravstvene zaštite, pa do tercijarnog.

US09 COVID-19 PNEUMONIJA I VEOMA KOMPLIKOVAN ONKOLOŠKI BOLESNIK – PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, Z. Kremić⁶, D. Pajić⁶, J. Đurković⁷, N. Ribač⁷, A. Nikolić⁸, M. Petrović⁸, A. Milićević⁸, V. Batnožić⁸, V. Bogdanović⁸

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Kl. za kožne bolesti,

⁷Dom zdravlja Zvezdara,

⁸ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Onkološki bolesnici izloženi virusu SARS-CoV-2 su pod povišenim rizikom od razvoja teže forme bolesti COVID-19. Ovo se prvenstveno odnosi na bolesnike koji su u aktivnom lečenju i primaju hemoterapiju, stariji i sa drugim komorbiditetima. Ovi bolesnici mogu imati atipičnu prezentaciju bolesti, a komplikacije lečenja mogu oponašati COVID-19.

Prikaz slučaja. Bolesnica M.M. životne dobi 69 god. primljena je 23.12.20.god. u Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog pogoršanja, a nakon što je predhodno lečena od 3.12.-19.12.20.god. u KBC Zemun zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test od 3.12.20.god.) i verifikovane bilateralne peumonije. Laboratorija na prijemu – CRP 125, Le 1, D-dimer 3.000. Radiografija pluća na prijemu – teška bilateralna pneumonija, U ličnoj anamnezi – pre 5 god. STEMI donjeg zida, implantirana 2 stenta, 2019.god. operacija Ca.uteri i 7 ciklusa HT-poslednji novembra 2020.god.

Na prijemu afebrilna 36,5 C, dispnoična, saturacija kiseonika 81%, tenzija 120/80 mmHg, puls 110/min, loseg opšteg stanja. EKG na prijemu: sinusni ritam, ožiljak na donjem zidu. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 10) za oblik 3/4 bolesti (teška klinička slika). Drugog dana prijema laboratorija : Le 10,8, Hgb 95, Tr 169, CRP 134, IL-6 140, D-dimer 35. Pored rezervnih antibiotika, dobija i monoklonsko antitelo za blokadu IL-6 receptora-Tocilizumab 800 mg. Nakon toga dolazi do postepenog oporavka bolesnice, osim što je bila potrebna produžena oksigeno terapija. 19.1.21.god. bolesnica postaje nestabilna pri hodu, žali se na glavobolju, ima pozitivne cerebelarne znake, uradi se hitan MSCT glave i nađe sakularna aneurizma leve ACI supraklinoidno 9x8 mm rubno kalcifikovana. Premeštena je u intenzivnu negu Covid bolnice u Batajnici, lečena je konzervativno, bila u komi 7 dana i preminula.

Zaključak. Maligne bolesti povećavaju rizik od zaraze virusom Covid-19 ali i rizik od lošeg ishoda. Preporučuje se pauziranje onkoloških tretmana kod bolesnika sa virusom COVID-19, koji se mogu nastaviti kada se za to stvore uslovi. Nastavak onkološkog lečenja treba da bude kada se svi simptomi virusa COVID-19 povuku i kada je potpuno sigurno da virus više nije prisutan (test na SARS-Cov2 je negativan), ukoliko kancer ne progredira velikom brzinom i kada je odnos rizika i koristi na strani onkološke terapije.

US10 COVID-19 PNEUMONIJA I PORFIRIJA – PRIKAZ SLUČAJA

P. Bogdanović¹, D. Marinković², D. Pilčević³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵,
A. Janković⁶, B. Bojović⁷, K. Kostić Vitanović⁷, M. Veličković⁷, J. Nojner⁸,
V. Batnožić⁹, V. Bogdanović⁹

¹Kl. za kardiologiju VMA,

²Kl. za endokrinologiju,

³Kl. za nefrologiju,

⁴Kl. za hematologiju,

⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Dom zdravlja Rakovica,

⁷Zavod za gerontologiju,

⁸Gradski zavod za kožne i venerične bolesti,

⁹ZZZZ radnika ŽS

Uvod. Kod infekcije Covid-19 izazvane virusom SARS-COV-2 osim najčešće komplikacije bolesti-pneumonije, oboleli mogu imati i brojne komorbiditete, jedan od retkih je oboljenje porfirija. Porfirije su grupa retkih, naslednih ili stečenih oboljenja, u čijoj osnovi leži enzimski defekt u biosintezi hema. Ovakav defekt u pojedinim tkivima i telesnim tečnostima dovodi do nagomilavanja prekursora hema, porfirina. Upotreba mnogih lekova, uključujući antibiotike, antipiretike, analgetike, anestetike, ali i drugi faktori kao što su dehidracija, infekcija, fizički i emocionalni stres može izazvati pojavu akutnog napada bolesti.

Prikaz slučaja. Bolesnica J.K. životne dobi 56 god. iz Beograda, upućena je 8.02.2021.god. iz prijemno-trijažne ambulante Kl. za infektivne i tropske bolesti KCS u privremenu Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test) i verifikovane bilateralne pneumonije.

Bolest je počela 8 dana ranije febrilnošću do 38,8 C, uz kašalj, slabost, malaksalost. Laboratorija na prijemu – Le 4,1, Hgb 117, Tr 127, CRP 2,24. Radiografija pluća na prijemu – početna bilateralna pneumonija, CT pluća – tipične promene "ground-glass" 8/25. U ličnoj anamnezi – porfirija, arterijska hipertenzija (Telmisartan, Bisoprolol). Alergična je na Novalgetol, Penicilin.

Na prijemu afebrilna 36,8 C, eupnoična, saturacija kiseonika 98%, arterijska tenzija 148/88 mmHg, puls 110/min. U EKG-u : sinusni ritam, normogram, bez promena u ST i T, bez aritmija. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 10) za oblik 2 bolesti uz strogu primenu samo bezbednih lekova koji su na listi dozvoljenih lekova koji se mogu davati obolelima od porfirije.

Vrlo brzo je došlo do povoljnog terapijskog efekta, bolesnica postaje afebrilna, normalne saturacije kiseonika u perifernoj krvi, pada vrednosti parametara upale (CRP 14,7...1,7, feritin 264...123, IL-6 49,2...3,9) i regresije inflamatornih promena u plućima na kontrolnoj radiografiji. Opuštena je nakon 15 dana hospitalizacije na dalje kućno lečenje.

Zaključak. Pacijentkinja je imala blagu kliničku sliku, ali je zbog ozbiljnijeg komorbiditeta lečena bolnički. Dobijala je terapiju po Nacionalnom protokolu za lečenje pacijenata sa Covid-19 (tada važeća verzija 10), tok bolesti je protekao bez komplikacija. Kako je porfirija retko i teško oboljenje, strogo smo se pridržavali liste bezbednih lekova za primenu kao i sprovodili adekvatan monitoring vitalnih parametara i prepoznavanje eventualnog razvoja akutizacije bolesti.

US11 DEMOGRAFSKE, KLINIČKO-LABORATORIJSKE KARAKTERISTIKE, FAKTORI RIZIKA I ISHOD HOSPITALNO LEČENIH BOLESNIKA SA HRONIČNOM LIMFOCITNOM LEUKEMIJOM UDRUŽENOM SA INFEKCIJOM COVID-19: ISKUSTVO TRI TERCIJARNA COVID CENTRA (KBC ZEMUN, KBC BEŽANIJSKA KOSA I KBC ZVEZDARA).

Z. Cvetković^{1,4}, O. Marković^{2,4}, K. Marković³, A. Divac², D. Davidović³, A. Ivanović¹, M. Tanasijević¹, A. Novković¹, Z. Đumić¹, T. Bibić¹

¹Kliničko-bolnički centar Zemun, Beograd

²Kliničko-bolnički centar Bežanijska kosa, Beograd

³Kliničko-bolnički centar Zvezdara, Beograd

⁴Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod i cilj. Hronična limfocitna leukemija (HLL) je neoplazma zrelih B limfocita koju karakteriše starije životno doba bolesnika, visoka prevalenca komorbiditeta i imunodeficijencija. Do sada malobrojne međunarodne studije ukazuju na veoma loš ishod infekcije Covid-19 kod obolelih od HLL uz mortalitet od 35-42%. Cilj našeg rada je analiza demografskih, laboratorijskih i kliničkih karakteristika obolelih od HLL udružene sa infekcijom Covid-19 koji su iziskivali hospitalno lečenje i njihov uticaj na ishod lečenja.

Metode. Retrospektivnom analizom obuhvaćeno je 54 bolesnika (40 muškaraca i 14 žena; M:Ž=2,67:1) prosečne starosti 66 godina (raspon 45-87 godina) koji su u periodu u periodu mart 2020-maj 2021.g. hospitalno lečeni u tri tercijarna Covid centra u Beogradu (KBC Zemun, KBC Zvezdara i KBC Bežanijska kosa).

Rezultati. Kod 17/54(31,48%) bolesnika infekcija virusom Covid-19 je nastupila u fazi aktivnog lečenja HLL, dok je 6(11,11%) bolesnika bilo u remisiji HLL na prethodno primenjenu terapiju. Najveći broj bolesnika (18/23;78,26%) je lečeno protokolima sa fludarabinom, a 3(13,04%) bolesnika su u vreme Covid-19 infekcije bili na terapiji ibrutinibom. U lečenju HLL kod 78,26%(18/23) bolesnika je primenjen i rituximab, od toga je 9(39,13%) bilo u fazi aktivnog lečenja HLL. Kod najvećeg broja HLL bolesnika (26/54;48,15%) infekcija Covid-19 je nastupila u fazi praćenja hematološke neoplazme, a kod 5 (9,26%) bolesnika lečenih zbog Covid-19 pneumonije je postavljena sumnja na postojanje HLL, koja je potvrđena po oporavku od Covid-19 infekcije. Sem navedenog, 35,18%(19/54) bolesnika je imalo bar još jednu značajnu hroničnu bolest, a Čarlsonov komorbiditetni indeks ≥ 4 imalo je 15(27,78%) bolesnika. Bolesnici su prosečno imali visoke vrednosti CRP (101,50mg/l;raspon 0,3-408), LDH (575,52 U/l;raspon 253-1974), feritina (862 μ mol/l;raspon 51-5657) i D-dimera (2201,79ng/ml;raspon 58-34000), ali niske koncentracije IgG (5,22g/l;raspon 1-11,6) usled sekundarne imunodeficijencije uzorkovane HLL i njenim lečenjem. Samo 15(27,78%) bolesnika je imalo koncentraciju IL-6 $>$ 50ng/l. Analiza težine same Covid-19 infekcije: 70,37%(38/54) bolesnika je imalo težak ili veoma težak oblik i zahtevalo kiseoničnu potporu, lečenje u jedinicima intenzivne nege iziskivalo je 31,48%(17/54) bolesnika, a 22,22%(12/54) mehaničku ventilaciju. Bolesnici su lečeni i kortikosteroidima (92,6%), intravenskim imunoglobulinima (33,33%) i/ili antivirusnom terapijom (31,48%). Svi bolesnici su primali niskomolekularni heparin. Kod 75,29%(41/54) bolesnika su postojali klinički i laboratorijski (presepsin $>$ 500 pg/ml, prokalcitonin $>$ 0,5ng/ml) znaci udružene sistemske bakterijske infekcije. Samo 9/54(16,67%) je ispunjavalo kriterijume za primenu tocilizumab-a. Smrtni ishod konstatovan je kod 27,78%(15/54) bolesnika uz prosečnu dužinu hospitalizacije 13,44 dana(raspon 2-45).

USMENA SAOPŠTENJA

Zaključak. Ovo je prva analiza udruženosti infekcije Covid-19 i HLL u Srbiji. Iako infekcija Covid-19 kod obolelih od HLL nosi lošu prognozu, mortalitet u našoj kohorti bolesnika bio je manji od objavljenih u međunarodnim studijama usled intenzivne primene simptomatsko-suportivne terapije, lečenja pridruženih bakterijskih infekcija i komorbiditeta.

US12 ANALIZA PREŽIVLJAVANJA PACIJENATA SA MULTIPLIM MIJELOMOM I COVID19 INFEKCIJOM – NAŠA ISKUSTVA

O. Marković^{1,2}, A. Divac¹, Z. Cvetković^{2,3}, M. Tanasijević³, K. Marković⁴,
D. Davidović⁴, M. Branković^{1,2}, I. Jovanović¹, N. Stanisavljević^{1,2}, M. Zdravković^{1,2}

¹Kliničko-bolnički centar Bežanijska Kosa

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

³Kliničko-bolnički centar Zemun

⁴Kliničko-bolnički centar Zvezdara

Uvod. Pacijenti sa hematološkim malignitetima imaju predispoziciju za razvoj teškog oblika COVID19 infekcije (COVID19). U nekoliko serija slučajeva pokazano je da pacijenti sa multiplim mijelom (MM) i COVID19 imaju posebno lošu prognozu zbog neadekvatnog celularnog imuniteta i nemogućnosti B ćelija da stvaraju antitela na SARS-COV19.

Cilj. Cilj ovog rada je analiza kliničkih, laboratorijskih parametara, terapije i preživljavanja kod pacijenata sa MM i COVID19.

Metodologija. U ovom radu su retrospektivno analizirani klinički, laboratorijski parametri, terapija i preživljavanje 30 pacijenata sa MM i pozitivnim PCR testom na SARS-COV19 koji su lečeni u periodu od marta 2020. do maja 2021. godine u KBC Bežanijska Kosa, Zemun i Zvezdara.

Rezultati. U ispitivanoj grupi bolesnika bilo je 13 žena i 17 muškaraca. Medijana životne starosti je iznosila 66,9 godina, sa opsegom od 47 do 83 godine. Kod 28 pacijenata (93,3%) bolest je bila u aktivnoj fazi, a od toga kod 5 (17,8%) pacijenata dijagnoza MM je postavljena tokom hospitalizacije zbog COVID19. Lečenje MM je bilo u toku kod 19 (63,3%) pacijenata, dok kod novodijagnostikovanih bolesnika primenjivana uvodna KS terapija. Medijana dužine hospitalizacije je iznosila 14,14 dana. Kiseoničnu terapiju je zahtevao 23 (76,7%) pacijenta. Kod 26 (86,7%) pacijenata je primenjena kortikosteroidna, kod 17 (56,7%) antivirusna terapija, a kod 7 (23,3%) je primenjen Tocilizumab. Kritičan COVID skor i potrebu za lečenjem u jedinici intenzivne nege (JIL) je imalo 13 (43,3%), dok je 30% pacijenata bilo na mehaničkoj ventilaciji (MV), a 13,3% na neinvazivnoj ventilaciji (NIV). Jedan pacijent je preživeo nakon primene MV i NIV. Svi pacijenti sa aktivnim MM su imali loše preživljavanje, ali statistički bez značaja u odnosu na pacijente u remisiji ($p=0,143$). Naime, u grupi bolesnika sa aktivnom bolešću umrlo je 15 (50),%, dok su u grupi u remisiji preživela oba bolesnika (100%). Leukocitoza, povišene vrednosti feritina, težak i kritičan COVID skor su se pokazali kao značajni parametri preživljavanja ($p=0,039$, $p=0,03$, $p=0,003$). Pacijenti koji su imali potrebu za kiseoničnom terapijom, MV i lečenjem u JIL-u su imali značajno lošije preživljavanje ($p=0,031$, $p=0,001$, $p=0,004$).

Zaključak. Pacijenti sa MM i COVID19 imaju lošu prognozu i povećan rizik od smrti. Covid 19 skor, aktivna bolest, leukocitoza, hiperferitinemija, potreba za kiseonikom, MV i lečenjem u JIL-u predstavljaju loše prognostičke parametre za ishod bolesnika sa MM i COVID19.

US13 LATENTNI AUTOIMUNI DIJABET ODRASLIH, REDAK OBLIK ŠEĆERNE BOLESTI, PRIKAZ SLUČAJA IZ PRIVREMENE KOVID BOLNICE „ARENA“

D. Marinković, P. Bogdanović, D. Pilčević, M. Pantović, B. Džudović, N. Ribač, J. Đurković

Vojnomedicinska akademija, Klinika za endokrinologiju, Klinika za kardiologiju, Klinika za hematologiju, Klinika za urgentnu medicinu, Beograd; DZ „Zvezdara“, Beograd

Latentni autoimuni dijabet odraslih (LADA) je redak oblik šećerne bolesti koji fenotipski liči na tip 2 dijabetesa, a u osnovi predstavlja autoimuni oblik bolesti (bliži tipu 1) sa sporijom evolucijom. Zbog mešovitenih karakteristika često je neprepoznat i svrstan u grupu tip 1 ili tip 2 bolesti. Terapijski pristup se inicijalno bitno razlikuje, te blagovremena dijagnoza bolesti znači i bolja prognoza. Naime, nakon dijagnostikovanja LADA dijabetesa, solidan broj ovih pacijenata može održavati metaboličku kontrolu standardnim terapijskim procedurama u trajanju od oko 6 meseci. Ipak, najveći broj pacijenta unutar nekoliko godina zahteva kompletnu insulinsku supstituciju. Ovaj oblik autoimunog dijabetesa je mnogo češći nego što se ranije mislilo, što smo mogli da uočimo i radeći u privremenoj Kovid bolnici „Arena“. U drugoj fazi postojanja, kroz privremenu bolnicu je za period od 25.10.2020.g. do 21.05.2021.g. prošlo 4966 pacijenata. Kroz postojeće, već poznate ili novootkrivene komorbiditete su bile predstavljene sve grane interne, hirurške i neuropsihijatrijske medicine. Različiti oblici šećerne bolesti su bili među najzastupljenijim komorbiditetima. U postojećim uslovima takvi pacijenti su zahtevali posebnu pažnju i neke specifične pristupe lečenju, koji su drugačiji od zvaničnih preporuka. Iznenađenje je bilo moguća zastupljenost retkih oblika šećerne bolesti (LADA i MODY) u postojećoj „kovid populaciji“. Ukupno je registrovano nekoliko desetina slučajeva sa sumnjom na LADA ili MODY oblik šećerne bolesti. Razlozi za sumnju na retke oblike šećerne bolesti su bili loš kvalitet glikoregulacije tokom hospitalizacije ali i godinama unazad, tok bolesti, životna dob pacijenata, negativna porodična anamneza, mešovite karakteristike tip 1 i tip 2 bolesti, odsustvo gojaznosti, odsustvo dokaza o insulinskoj rezistenciji, pojačana incidenca hroničnih komplikacija... Do vremena pisanja ovog sažetka, posthospitalno je dokazano šest slučajeva latentnog autoimunog dijabetesa odraslih. LADA oblik bolesti je definitivno dokazivan varijabilnim C-peptidom i prisustvom autoimune komponente (Anti GAD At, Anti ICA At). Prikazom jednog slučaja hospitalizovanog pacijenta sa kovid obostranom upalom pluća, koji je devet godina vođen kao tip 2 oblik šećerne bolesti, želimo da podsetimo i ukažemo na značaj razmišljanja o LADA obliku bolesti u svakodnevnom radu. Takođe, želimo da istaknemo da uslovi rada, pristup savremenim laboratorijama i drugim dijagnostičkim procedurama nisu obavezujući preduslov za dijagnozu retkih bolesti.

US14 COVID-19 BILATERALNA PNEUMONIJA KOD PACIJENTA SA MULTIPLIM MIJELOMOM (IGG LAMBDA TIPA U III B CS ISS3) – PRIKAZ SLUČAJA

M. Pantović¹, P. Bogdanović², D. Marinković³, D. Pilčević⁴, B. Džudović⁵, D. Ilić⁶, R. Anđelković⁷, Ž. Mićović⁷, A. Janković⁸, V. Batnožić⁹, V. Bogdanović⁹, B. Bojović¹⁰, M. Veličković¹¹, V. Tošić¹², R. Tripković¹³, J. Petijević¹⁴

Privremena COVID bolnica „Štark Arena“: ¹Kl. za hematologiju VMA, ²Kl. za kardiologiju,

³Kl. za endokrinologiju, ⁴Kl. za nefrologiju, ⁵Kl. za urgentnu internu medicinu,

⁶Kl. za fizikalnu medicinu, ⁷Uprava za vojno zdravstvo,

⁸Dom zdravlja Rakovica,

⁹ZZZZ radnika ŽS,

^{10,11,12,13,14}Zavod za gerijatriju i palijativno lečenje

Uvod. Zarazna bolest Covid-19 je multisistemska bolest, najčešća komplikacija bolesti je pneumonija. Često se javlja i kod hematoloških onkoloških bolesnika. Obzirom da su skloni čestim infekcijama zbog oslabljenog imuniteta, oboljeli od multiplog mijeloma (MM) su jedni od najrizičnijih.

Prikaz slučaja. Bolesnik H.D. životne dobi 55 god. upućen 01.12.2020.god. sa Klinike za hematologiju VMA u privremenu Covid-19 bolnicu "Beogradska Štark Arena" zbog sumnje na Covid-19 pneumoniju (negativan Ag test), u toku pripreme za transplantaciju matičnih ćelija hematopoeze kao vida lečenja MM. Tegoba su se manifestovale povišenom temperaturom do 40°C, gubitkom čula ukusa i mirisa, bolovima u grudima i kratkim dahom, 7 dana pre prijema. Sumnja na COVID infekciju je postavljena zbog tipične simptomatologije i COVID pozitivnosti bolesnika sa kojim je delio sobu tokom hospitalizacije. Na radiografiji pluća početna obostrana pneumonija. Laboratorija na prijemu: CRP 92,9, Le 13,5, Er 4,33, Hgb 133, Tr 178. Na prijemu subfebrilan 37,8°C, lako dispnoičan, saturacija kiseonika 89%, tenzija 130/80 mmHg, puls 78/min. Započeto je lečenje po Nacionalnom protokolu za lečenje Covid-19 (verzija 10) za oblik 3 bolesti. U ponovljenoj laboratoriji dolazi do skoka zapaljenjskih parametara-CRP 118, IL-6 101, feritin 1595, uz pad SaO₂ na 80%. Ordinira se Tocilizumab-monoklonsko antitelo, blokator IL-6 receptora, u jednoj dozi od 800mg, korigovana je antibiotska terapija uvođenjem rezervnih antibiotika (Meropenem+Vankomicin), sa ciljem prevencije sekundarnih infekcija, Nadroparin je ordiniran u terapijskim dozama jer je venski tromboembolizam češći kod MM. Na primenjenu terapiju dolazi do stabilizacije kliničkog stanja, porasta saturacije u perifernoj krvi na preko 90%, prestanka febrilnosti, normalizacije laboratorijskih parametara-faktora upale, krvne slike, azotnih materija, serumskih imunoglobulina. Međutim niže vrednosti SaO₂<90%, se koriguju visokim protocima O₂ 10-15 l/min. Na kontrolnoj radiografiji pluća 7-og i 14-og dana dolazi do progresije promena ka razvoju ARDS-a. Bolesnik se nakon 21 dan lečenja premešta u COVID bolnicu KBC Zvezdara. Daljim posrednim praćenjem saznaje se da se biopsijom kostne srži MM transformisan u plazma leukemiju i da je bolesnik preminuo.

Zaključak. Nakon višegodišnje evolucije MM i pripreme za lečenje transplantacijom matičnih ćelija hematopoeze dolazi do Covid-19 infekcije. I pored primenjene najkompleksnije dostupne terapije, dolazi do progresije osnovne bolesti u najteži mogući oblik i do smrtnog ishoda. Ostaje nejasno da li je lečenje blokatorom IL-6 doprinelo progresiji osnovne bolesti u plazma leukemiju ili je progresija bila posledica loše prognoze osnovne bolesti.

US15 COVID 19 BRONHOPNEUMONIJA KOD PACIJENATA SA HRONIČNOM BUBREŽNOM INSUFICIJENCIJOM

D. Pilčević¹, P. Bogdanović², D. Marinković³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, Z. Kremić⁶, D. Pejić⁶, A. Nikolić⁷, Đ. Šolak⁸, V. Savić⁸, N. Radović⁸, S. Đorđević⁹, B. Bojović¹⁰, S. Jevđović¹⁰

¹Klinika za nefrologiju VMA, Beograd

²Klinika za kardiologiju VMA, Beograd

³Klinika za endokrinologiju VMA, Beograd

⁴Klinika za hematologiju VMA, Beograd

⁵Klinika za urgentnu internu medicinu VMA, Beograd

⁶Klinika za dermatovenerologiju VMA, Beograd

⁷Zavod za zaštitu zdravlja radnika železnice, Beograd

⁸Dom zdravlja Plailula, Beograd

⁹Dom zdravlja Žarkovo, Beograd

¹⁰Zavod za gerontologiju, Beograd

Uvod i cilj. Hronična bubrežna insuficijencija (HBI) predstavlja globalni zdravstveni problem s obzirom da oko 10% populacije pati od iste. Najčešći uzroci su dijabetes melitus i arterijska hipertenzija. Relevantne kliničke studije ukazuju na značajno lošiji ishod pacijenata sa uznapredovalim kliničkim stadijumima HBI (4. i 5.) tokom Covid 19 u odnosu na ostalu populaciju. Pojašnjenje bi moglo biti u značajno sporijem klirensu proinflamornih citokina nastalih tokom infekcije, ali i u prisustvu značajno višeg kardiovaskularnog komorbiditeta ovih pacijenata.

Metode. U našem radu prikazujemo karakteristike pacijenata sa HBI koji su zbog Covid 19 bronhopneumonije lečeni u Privremenoj Covid 19 bolnici "Štark arena".

Rezultati. Analizirali smo ukupno 30 pacijenata sa anamnezom HBI: 17 muškog (56,67%) i 13 ženskog (43,33%) pola, prosečne starosti $71 \pm 10,61$ godinu (41 - 82 g.). Njih 19 (63,33%) je bolovalo od art.hipertenzije, 9 (30%) od dijabetes melitusa a 7 pacijenata (23,33%) je imalo oba oboljenja. Prosečna vrednost sO₂ pri prijemu je bila $93 \pm 2,27$ %, CRP $93 \pm 117,8$, mg/l, interleukina-6 $53 \pm 38,5$ pg/ml, Hgb $137 \pm 14,89$ g/l, uree $10 \pm 5,87$ mmol/l, kreatinina $131,5 \pm 160,16$ μmol/l a JGF $49,59$ ml/min/1,73m². Pacijenti su tretirani prema važećem protokolu (uz prilagođavanje doze lekova stepenu JGF) pri čemu je njih 19 (63,33%) primilo i blokator interleukin -6 receptora (Tocilizumab 8 mg/kg). Ukupno 28 pacijenata (93,33%) je nakon uspešnog saniranja bronhopneumonije otpušteno na kućno lečenje sa prosečnim vrednostima kreatinina $116 \pm 64,71$ μmol/l, odnosno JGF $57,06$ ml/min/1,73m², dok su dva pacijenta (2,67%) zbog pogoršanja opšteg stanja premešteni u zdravstvenu instituciju višeg ranga odakle su u daljem toku otpušteni. Nije bilo letalnih ishoda.

Zaključak. HBI uznapredovalog stepena predstavlja značajan faktor rizika za nepovoljan klinički ishod tokom Covid 19. U našoj grupi su bili pacijenti sa umerenim stepenom HBI (2. i 3.) koji su imali uspešan krajnji terapijski ishod, ali je značajan procenat njih (preko 60%) zahtevao primenu Tocilizumaba. Verifikovano poboljšanje JGF na otpustu je najverovatnije posledica saniranja faktora (inflamacija, dehidratacija, nefrotoksičnost lekova...) koji se prehospitalno doveli do pogoršanja preegzistencijalne HBI. Nezavisno od postojećeg stepena, svi pacijenti sa HBI zahtevaju ozbiljan monitoring tokom Covid 19.

Ključne reči: hronična bubrežna insuficijencija, Covid 19, faktor rizika

US16 RABDOMIOLIZA KAO KOMPLIKACIJA COVID-19 BRONHOPNEUMONIJE

D. Pilčević¹, P. Bogdanović², D. Marinković³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, Z. Krenić⁶,
D. Pejić⁶, A. Nikolić⁷, Đ. Šolak⁸, V. Savić⁸, N. Radović⁸, S. Đorđević⁹, B. Bojović¹⁰,
S. Jevđović¹⁰

¹Klinika za nefrologiju VMA, Beograd

²Klinika za kardiologiju VMA, Beograd

³Klinika za endokrinologiju VMA, Beograd

⁴Klinika za hematologiju VMA, Beograd

⁵Klinika za urgentnu internu medicinu VMA, Beograd

⁶Klinika za dermatovenerologiju VMA, Beograd

⁷Zavod za zaštitu zdravlja radnika železnice, Beograd

⁸Dom zdravlja Plailula, Beograd

⁹Dom zdravlja Žarkovo, Beograd

¹⁰Zavod za gerontologiju, Beograd

Uvod i cilj. Covid-19 infekcija predstavlja pandemijski zdravstveni problem. Iako su najznačajnije komplikacije posledica zahvata respiratornog sistema značajan broj pacijenata je razvio i ekstrapulmonalne komplikacije. Iako je rabdomioliza relativno retko opisivana kao prateća manifestacija, ista mora biti blagovremeno prepoznata i lečena jer potencijalno može dovesti do životno ugrožavajućih komplikacija.

Metode. Muškarac starosti 41 godinu, bez značajnijih oboljenja u ličnoj anamnezi, javio se na pregled 4 dana nakon pojave zamaranja, bolova u mišićima, kašlja i subfebrilnosti. Nakon PCR potvrde Covid 19 infekcije te RTG verifikovane bronhopneumonije, u laboratorijskim nalazima se uz povišene vrednosti CRP 44,3mg/l i d dimera 0,93mcg/ml verifikuju parametri rabdomiolioze- CPK 11890 U/l, AST 913U/L, ALT 5426 U/L, LDH 1329 U/l. Pri prijemu u Privremenu Covid 19 bolnicu "Štark arena" pacijent je afebrilan, HD stabilan, eupnoičan, sO₂ 97%. Iako anamnestički negira oligoanuriju i tamniju prebojenost urina, učinjenim analizama se verifikuju parametri akutne bubrežne insuficijencije - kreatinin 113mcmol/l, urea 8mmol/l, GFR 66,2ml/min/1,73m² a analizom urina Hgb i pro +.

Rezultati. Pacijent je tretiran intenziviranom parenteralnom infuzionom terapijom, bikarbonatima, steroidima, LMWH i antibioticima čime se verifikuje oporavak opšteg stanja uz postepenu normalizaciju parametara rabdomiolize i bubrežne funkcije (CPK 49, AST 33U/L, ALT 54 U/L, LDH 260 U/L, kreatinin 77 mcmol/l, urea 4 mmol/l, JGF 103,3ml/min/1,73m², urin c/p b.o.), dok su parametri KKS, hemostaze, elektroliti i hormoni štitaste žlezde bili u referentnim granicama.

Pacijent je otpušten 11.dana hospitalizacije na dalje kućno lečenje.

Zaključak. Rabdomioliza predstavlja rapidno oštećenje mišićnog tkiva koje se ogleda u oslobađanju produkata ćelijske degradacije u krvotok i ekstraćelijski prostor. Etiologija može biti kompleksna, a tokom Covid infekcije je najverovatnije uzrokovana direktnom ćelijskom virusnom invazijom, imunološki aktiviranim miotoksičnim citokinima ili malignom hipertermijom. Uobičajeno se manifestuje mijalgijama, osećajem slabosti i tamnom prebojenošću urina. Najozbiljnije komplikacije obuhvataju elektrolitske abnormalnosti, aritmije, akutnu bubrežnu i hepatičnu insuficijenciju, DIK. Laboratorijska dijagnostika je bazirana na merenju nivoa CPK i mioglobina u serumu te analizama urina. Promptna dijagnoza jeste preduslov blagovremene i adekvatne terapije zasnovane na ranoj i agresivnoj resuscitaciji fluidima uz primenu bikarbonata, pri čemu je identifikacija trigger-a od ključnog značaja.

Ključne reči. Covid 19, rabdomioliza, komplikacija

US17 USPEŠNA KLINIČKO-RADIOGRAFSKA REZOLUCIJA COVID-19 BRONHOPNEUMONIJE NAKON PRIMENE TOCILIZUMABA

D. Pilčević¹, P. Bogdanović², D. Marinković³, M. Pantović⁴, B. Džudović⁵, Z. Kremić⁶,
D. Pejić⁶, A. Nikolić⁷, Đ. Šolak⁸, V. Savić⁸, N. Radović⁸, S. Đorđević⁹, B. Bojović¹⁰,
S. Jevđović¹⁰

¹Klinika za nefrologiju VMA, Beograd

²Klinika za kardiologiju VMA, Beograd

³Klinika za endokrinologiju VMA, Beograd

⁴Klinika za hematologiju VMA, Beograd

⁵Klinika za urgentnu internu medicinu VMA, Beograd

⁶Klinika za dermatovenerologiju VMA, Beograd

⁷Zavod za zaštitu zdravlja radnika železnice, Beograd

⁸Dom zdravlja Plailula, Beograd

⁹Dom zdravlja Žarkovo, Beograd

¹⁰Zavod za gerontologiju, Beograd

Uvod i cilj. Covid 19 bronhopneumonija predstavlja značajan terapijski izazov. Uprkos postojanju zvaničnih preporuka SZO (koje su često i radikalno menjane), individualizacija terapijskog pristupa jeste od ključnog značaja. Tocilizumab kao blokator interleukin -6 receptora uglavnom je korišćen za lečenje najtežih formi bolesti. U našem radu prikazujemo slučaj primene istoga u umereno teškom obliku bronhopneumonije sa izvanrednim terapijskim učinkom.

Metode. pacijentkinja starosti 55 godina, sa anamnezom bronhijalne astme i Hashimoto tireoiditisa primljena je u Privremenu Covid 19 bolnicu "Štark arena" radi lečenja oblika 3 Covid- 19 bronhopneumonije, Bolest je klinički manifestovana diskretnim kašljem i subfebrilnošću a RTG s/p opisane su početne inflamatorne promene. Kako se u donetim laboratorijskim nalazima verifikuju značajno povišeni markeri inflamacije (CRP 266,4mg/l, interleukin-6 78,2 U/l ; uz d dimer 9,2IU/ml) ordinirana je terapija prema važećem protokolu uz antibiotike iz rezervne grupe. Iako je sve vreme od prijema pacijentkinja dobrog opšteg stanja, afebrilna, HD stabilna, eupnoična, sa sO₂ oko 945 na ambijentalnom vazduhu, uradjenim RTG s/p 4. dana hospitalizacije verifikuje se značajna progresija nalaza u smislu formiranja novih difuznih zona konsolidacije.

Rezultati. pacijentkinji je uz postojeću terapiju steroidima (methylprednisolon 1,5mg/kg), LMWH i antibioticima (Meropenem, Vankomicin) ordiniran i Tocilizumab u jednokratnoj dozi od 800mg i.v. čime se verifikuje promptna normalizacija parametara inflamacije i fibrinogenolize (CRP 2,1...1,6, d dimer 0,34) dok se kontrolnim RTG s/p uradjenim 7 dana nakon primene leka registruje kompletna regresija radiografskih inflamatornih promena. Pacijentkinja je 10 .dana nakon primene blokatora IL-6 receptora potpuno oporavljena otpuštena na dalje kućno lečenje

Zaključak. najteže forme Covid 19 bronhopneumonije (klinički oblici 4 i 5) zahtevaju primenu blokatora interleukin-6 receptora. Aktualno smo prikazali uspešnu primenu istoga kod pacijentkinje sa kliničkim oblikom 3 gde je uprkos stabilnom opštem stanju sa zadovoljavajućom saturacijom na ambijentalnom vazduhu (uz odsustvo citokinske oluje), radiografska verifikacija progresije bolesti bila odlučujući razlog za primenu Tocilizumaba koji je pokazao izvanredan terapijski efekat. Intenzivno praćenje i kontrola pacijenta u cilju promptne dijagnostike pogoršanja bolesti jeste osnovni preduslov za adekvatan terapijski rezultat.

Ključne reči: Covid 19, bronhopneumonija, Tocilizumab

US18 DIJAGNOSTIKA I TERAPIJA TEŠKE PNEUMONIJE-H1N1 SA SUMNJOM NA DIFUZNU ALVEOLARNU HEMORAGIJU – PRIKAZ SLUČAJA

V. Radosavljević, S. Savić, V. Gardijan, T. Mirković, J. Maksimović
KBC Bežanijska kosa, Beograd

H1N1 virus influence spada u grupu visokokontagioznih virusaa a najvažnija komplikacija H1N1 infekcije je pneumonija. Cilj rada je prikaz primenjenih dijagnostičkih metoda u korelaciji sa anamnestičkim podacima i moguće komplikacije u cilju postavljanja dijagnoze H1N1 pneumonije i primene adekvatnog terapijskog tretmana.

Prikazan je slučaj pacijentkinje starosti 43 godine, sa anamnezom trombofilije i radiografski registrovanom bilateralnom pneumonijom. MSCT pulmoangiografijom nisu viđene trombne mase u plućnim arterijama, registrovani znaci pneumonita obostrano. Brisom ždrela se verifikuje H1N1 pozitivnost. Empirijski uveden oseltamivir (tamiflu) u adekvatnim dozama uz antibiotike (ertapenem i amikacin). Inicijalno loš terapijski odgovor nakon 4 dana terapije postavlja sumnju na razvoj difuzne alveolarne hemoragije (DAH) koja se javlja izuzetno retko ali sa visokom stopom mortaliteta. Zbog anamneze trombofilije i mutacije PAI 1 4G/4G razmatrana je pridružena sistemska bolest i razvoj difuzne alveolarne hemoragije. Imunološkim testiranjem se isključuje postojanje sistemske bolesti vezivnog tkiva. Vrednosti ANA, AMA i dsDNA uredni i ostale imunološke analize uredne. Učinjen u više navrata eho srca, bronhoskopija. Na primenjenu terapiju dolazi do kliničkog, subjektivnog i laboratorijskog poboljšanja i regresije radiografskih promena.

Zaključak. Upala pluća uzrokovana virusom H1N1 influence može imati blagu do umereno tešku kliničku sliku bez potrebe za antivirusnim lekovima i drugim merama intenzivnog lečenja. U manjem broju slučajeva ima progresivan tok, sa razvojem akutne respiratorne insuficijencije i ARDS-a i letalni ishod. Imajući sve ovo u vidu postaje jasno da brzo i tačno postavljanje dijagnoze je od izuzetno velike važnosti radi preveniranja razvoja akutnih komplikacija kao što su akutni respiratorni distress sindrom, sepsa, septički šok, akutna bubrežna i srčana insuficijencija. Značaj prikaza ovog slučaja leži u činjenici da se radi o mlađoj bolesnici sa teškom bilateralnom pneumonije H1N1 dokazan, sa viskom sumnjom na difuznu alveolarnu hemoragiju, o kojoj kao komplikaciji teških pneumonija pa i virusnih je neophodno razmišljati.

US19 PNEUMONITIS IZAZVAN METOTREKSATOM

– PRIKAZ SLUČAJA

V. Radosavljević, J. Maksimović, S. Savić, V. Gardijan, T. Mirković

KBC Bežanijska kosa, odeljenje pulmologije

Dugoročna izloženost brojnim toksinima i zagađujućim materijama (silicijumska prašina, azbest) pluća. Zračenja grudnog koša i lekovi metotreksat, ciklofosamid, amjodaron, sulfasalazin oboljenja poput sistemskog eritemskog lupusa, reumatoidnog artritisa, dermatomiozitisa, polimiozitisa, Sjogrenovog sindroma i sarkoidoze su povezana sa većim procentom plućnih fibroza

Pacijent starosne dobi 75 godina primljen zbog radiografske i kliničke slike obostrane pneumonije. Leči od ishemijske kardiomiopatije sa procenjenom EF 35, prethodno pušio 50god 20 cig/dan.

Difuzno prisutna eritematozna ospa. Uzima metotrexat 15mg zbog mycosis fungoides

Kks b.o., CRP 61,8. u gasnim analizama (sO₂ 71%, pO₂ 4,8, pCO₂ 4,8). MSCT toraksa znaci intersticijalne fibroze pluća sa zonama denziteta mlečnog stakla i bulama obostrano, dominantno u gornjim režnjevima i levo u celom plućnom krilu, uz opisanu zonu nepravilne konsolidacije dijametra 35x23mm levo u lateralnom segmentu donjeg režnja. (slika 2)

Ehosrca: dilatirana leva komora, EF 35%. Učinjena transbronhijalna biopsija iz desnog bronha. Lečen metotreksatom, visokim pulsanim dozama kortikosteroida, dvojnim antibioticima. Pacijent je otpušten sa (tb pronizon 20mg) DOT 2-3 l/min. Patohistološki nalaz NSCLC. Na kontrolnom CT pregledu grudnog koša opisana je nepravilna spikulirana tumorska promena veličine 41x35ml u donjem lobusu levog plućnog krila bazolateralno, koja vrši retrakciju velinke incizure i amputira jedan od segmentnih bronha (na prethodnom pregledu promena opisana kao zona konsolidacije). Desno u gornjem lobusu i levo u gornjem lobusu apikalno zone opacifikacije po tipu mlečnog stakla. (slika 3)

U našem radu prikazan je pacijent koji je inicijalno lečen antibiotskom terapijom zbog radiografske i kliničke slike obostrane pneumonije. S obzirom na parcijalnu respiratornu insuficijenciju sa teškim stepenom hipoksije u gasnim analizama i podatka da pacijent uzima Metotreksat zbog dermatološkog oboljenja- Mucosis fungoides, uradili smo CT dijagnostiku kojom je registrovano da obostrano u intersticijumu pluća postoje fibrozne promene uz zonu konsolidacije levo. Učinjenom transbronhijalnom biopsijom i pristiglim PH nalazom potvrđeno je paralelno prisustvo skvamocelularnog karcinoma pluća. Razvoj respiratorne insuficijencije sa pneumonitisom u bolesnika koji se leče metotreksatom može biti indukovano upotrebom leka i izazvati tešku kliničku sliku i fatalni ishod u slučaju neprepoznavanja da je lek uzrok. Isključenjem leka uz adekvatnu terapiju postižu se kvalitetni rezultati.

US20 ZNAČAJ C REAKTIVNOG PROTEINA U RANOJ PROCENI TEŽINE AKUTNOG PANKREATITISA

S. Tešić-Rajković, B. Radovanović-Dinić

*Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju, UKC Niš
Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu*

UVOD: Pravovremena procena težine AP može odrediti konačan ishod bolesti. Jedan od najčešće korišćenih biomarkera statusa inflamatornog odgovora je C reaktivni protein (CRP). Maksimalna vrednost CRP-a se verifikuje 48-96h od početka simptoma AP. Određivanjem CRP-a mogu se razlikovati blagi od teških oblika AP sa senzitivnošću i specifičnošću od oko 80%. Određivanje CRP je tehnički jednostavna i brza metoda i može se rutinski koristiti u kliničkoj praksi.

CILJ: Ispitati značaj određivanja vrednosti CRP u ranoj proceni težine AP.

MATERIJAL I METODE: Istraživanjem je obuhvaćeno 92 bolesnika sa dijagnozom AP lečenih u Klinici za gastroenterologiju i hepatologiju UKC u Nišu. Istraživanje je obuhvatilo bolesnike kod kojih su se simptomi bolesti javili u poslednjih 24h pre prijema.

REZULTATI: Ispitivanje je obuhvatilo 92 bolesnika sa dijagnozom akutnog pankreatitisa, od toga 47 (51,1%) žena i 45 (48,9%) muškaraca. Bolesnici su podeljeni u 3 grupe na osnovu kriterijuma revidirane klasifikacije iz Atlante 2012 god. Prva grupa (I – blagi oblik AP) je obuhvatila 52 (56,50%) bolesnika koji nisu imali komplikacije. Druga grupa (II – umereni oblik AP) je obuhvatila 22 (23,91%) bolesnika, koji su imali prolaznu insuficijenciju organa u trajanju do 48 h ili komplikacije u smislu akutnih tečnih kolekcija ili pogoršanje hronične bolesti zbog AP. Treća grupa (III – težak oblik AP) je obuhvatila 18 (19,56%) bolesnika sa perzistentnom insuficijencijom organa, koja je trajala duže od 48 h. U grupi III kod 7 (7,6%) ispitanika došlo je do letalnog ishoda. U cilju ranog razlikovanja bolesnika sa potencijalno lošom prognozom, oni su podeljeni u dve grupe, grupu A koja je obuhvatila bolesnike sa blagim AP i grupu B koja je obuhvatila bolesnike sa umerenim i teškim AP. Na osnovu rezultata Mann-Whitney U testa, nađena je statistički značajna ralika u vrednosti CRP ($p < 0,05$) između grupa A i B. Za vrednost CRP-a na prijemu 119,7 mg/L senzitivnost u predviđanju teškog AP je 50,0%, a specifičnost 86,3%. Statistički značajna razlika u vrednosti CRP ($p < 0,01$) nađena je u grupi bolesnika sa značajnijim morfološkim promenama na pankreasu utvrđenim vizualizacionim metodama pregleda.

ZAKLJUČAK: Vrednost CRP na prijemu omogućava jasno odvajanje lakših i najtežih bolesnika sa AP, odnosno procenu bolesnika koji zahtevaju intenzivno lečenje.

PP01 NOVOOTKRIVNA SRČANA SLABOST UZ AHONDROPLAZIJU U VREME COVID 19 PANDEMIJE – IZAZOVI ZA INTERNISTU U PRIMARNOJ ZDRASTVENOJ ZAŠTITI

B. Dolamić¹, A. Aladin Dolamić¹, M. Stefanović^{2,3}, N. Ivanović⁴, R. Zec⁴, V. Novaković⁴

¹Dom Zdravlja Novi Sad,

²Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu;

³Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine,

⁴Opšta bolnica Sremska Mitrovica

Uvod. Ahondroplazija je nasledna autozomno dominantna bolest koja se ispoljava odmah po rođenju. Predstavlja najčešći uzrok patuljastog rasta kod ljudi. Karakteriše se kratkim udovima, normalnim trupom i povećanim obimom glave. Srčana insuficijencija je klinički sindrom koji karakterišu tipični simptomi i znaci nastali kao posledica strukturnih i/ili funkcionalnih abnormalnosti srca, koji uzrokuju smanjen srčani udarni volumen i/ili povišen intrakardijalni pritisak punjenja u mirovanju ili tokom napora. Direktna veza između ova dva patološka stanja do sada nije potvrđena, analizirajući poznatu literaturu.

Prikaz slučaja. Muškarac, starosti 25 godina, javlja se internisti u Domu Zdravlja zbog ubrzanog srčanog rada, bez drugih simptoma. Do tada dobrog opšteg stanja, aktivni sportista. Telesna visina 145 cm. Telesna masa= 60 kg. Indeks telesne površine (BSA- engl. Body Surface Area) =1,51 m². Epidemiološka anketa na COVID 19 (engl. Corona Virus Infective Disease) negativna. Pri pregledu kardijalno kompenzovan, afebrilan, arterijski pritisak 130/80mmHg, srčana frekvencija 110/min. Osnovne laboratorijske analize u referentnom opsegu. Ehokardiografski leva komora (LV) povećanih endokavitalnih dimenzija (dijametar LV u dijastoli (LVIDd) 6,04 cm, dijametar LV u sistoli (LVIDs) 5,2 cm), globalno hipokontraktilna, niske istisne frakcije LV (EF LV), oko 22% sa znacima dijastolne disfunkcije. Početna terapija: ACE inhibitor, beta blokator, diuretik Henlijeve petlje, Eplerenon, Ivabradin i Trimetazidin. Na sledećem pregledu posle 6 dana dobrog opšteg stanja, normotenzivan, kardijalne kompenzovan, normokardan, hormoni štitaste žlezde u granicama referentnih vrednosti, isključen COVID 19. Na 24 h analizi elektrokardiograma (Holter EKGa) opisan je sinusni ritam, sa čestim ventrikularnim ekstrasistolama (VES), pretežno pojedinačnim, retko u formi tripleta, polimorfnim, jednom registrovan fenomen R/T. Upućen na ekspresni pregled kardiologu u tercijalnu ustanovu gde je potvrđen ehokardiografski nalaz. Posle tri meseca ritmolog indikuje magnetnu rezonancu (MR) srca uz dalju evaluaciju potrebe ugradnje implantabilnog kardiodefibrilatora. Pet meseci posle prve prezentacije internisti urađena MR srca. Opisane lako uvećane srčane šupljine (volume leve komore na kraju dijastole-EDV= 257 ml, EDV/BSA=169 ml/m², volume leve komore na kraju sistole- ESV= 151 ml, ESV/BSA= 99 ml/m²) uz poboljšanje EF LV na 41 %, desna komora- RV (EDV= 188 ml, EDV/BSA= 123 ml/m², ESV=85 ml, ESV/BSA=56 ml/m²), očuvana EF RV 55 %, bez vidljivih fokalnih zona alternacije signala unutar miokarda. Kontrolim ehokardiografskim pregledom LVIDd 5,6 cm, EF LV 41 %. Planiran kontrolni Holter EKG-a i MSCT koronarografija.

Zaključak. I ako do sada nije utvrđena etiološka dijagnoza navedene dilatativne srčane slabosti, rano prepoznavanje značaja same patologije uz adekvatan multidisciplinarni pristup lečenja i dijagnostike između primarne i tercijalne zdravstvenen zaštite u doba pandemije COVID 19 je moguć, zahteva sveobuhvatni pristup i bržu dijagnostiku, a sve u cilju najadekvatnijeg lečenja.

Ključne reči. Ahondroplazija, srčana slabost, poremećaji ritma, Pandemija Covid 19, brza dijagnoza.

PP02 M. GAUCHER TIP 1 I KARCINOM ŽELUCA

– PRIKAZ PACIJENTA

I. Golubović, M. Vučić, I. Čojbašić, V. Nikolić, I. Tijanić, L. Mačukanović Golubović

Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu

Uvod. Morbus Gaucher (GB) je najčešća glikolipidna tezauroza koja se nasleđuje autozomno recesivno. U osnovi bolesti je mutacija gena koji kodira enzim glukocerebrozidazu. Usled smanjenja ili nedostatka aktivnosti enzima dolazi do nagomilavanja glukocerebrozida u makrofazima jetre, slezine, koštane srži i drugim organima što izaziva brojne multiorganske komplikacije. Klinička podela GB na tip 1, 2 i 3 zasniva se na odsustvu (tip 1) ili prisustvu (tip 2 i 3) manifestacija od strane centralnog nervnog sistema. Zlatni standard za postavljanje dijagnoze je određivanje aktivnosti enzima u leukocitima i fibroblastima.

Prikaz pacijenta. Pacijentkinja stara 52.g. primljena je 2004..g. u bolnicu u Prokuplju zbog povišene temperature i bolova u desnom kuku. Na prijemu je imala ubrzanu sedimentaciju, blagu anemiju, a na radiografiji desnog femura osteolitična rasvetljenja. Urađen je magnet kičme i femura koji je ukazao na deformitet oba femura po tipu Erlenmayer boce i izmenjen intenzitet signala pršljenjskih tela, promene su odgovarale masnoj infiltraciji. Pod sumnjom na lipidnu tezaurozu upućena je u Kliniku za hematologiju KC Srbije. Na osnovu snižene aktivnosti beta glukozidaze u leukocitima, povišenih vrednosti hitotriozidaze, kisele fosfataze, feritina, hepatosplenomegalije i nalazom Goševih ćelija u punktatu koštane srži postavljena je dijagnoza Goševove bolesti tip 1. Određen je tip genetske mutacije, pacijentkinja je bila heterozigotni nosilac mutacije N370S.

Februara 2006.g. otpočeto je lečenje imiglucerazom u dozi 30U/kgtt svake dve nedelje. Pacijentkinja je u vreme započinjanja terapije bila nepokretna, sa jakim bolovima u kukovima. Dve godine posle sprovedene terapije pacijentkinja je pokretna, sa umerenim bolovima u kukovima, ali sada počinje da se žali na muku, nagon na povraćanje i bolove u epigastrijumu. Osnovna bolest je bila stabilna. Urađen je MSCT i MRI abdomena i gastrokopija sa biopsijom uočene promene u želucu. Patohistološki nalaz je ukazao da se radi adenokarcinomu želuca. Pacijentkinja je operisana februara meseca 2008..g., urađena je gastrektomija sa splenektomijom i potvrđena je dijagnoza adenokarcinoma želuca sa nalazom Goševih ćelija u želucu i slezini.

Pacijentkinja je posle hirurške intervencije nastavila terapiju imiglucerazom do 2011.g.

Diskusija i zaključak. Pacijenti sa GB imaju povećan rizik od nastanka malignih oboljenja, najčešće limfoproliferativnih, mada je opisana i pojava solidnih tumora. U literaturi se govori o direktnom dejstvu glikocerebrozida u nastanku tumora ali i o njihovom indirektnom dejstvu preko disregulacije imunog sistema.

Po našem saznanju, u literature nije saopštena udruženost Goševove bolesti sa želudačnim karcinomom.

PP03 PRIKAZ SLUČAJA – ENDOSKOPSKI NALAZ INTESTINALNE BOLESTI KALEM PROTIV DOMAĆINA

I. Jovanović, O. Marković, M. Zdravković, T. Radonjić, A. Divac, M. Branković
KBC "Bežanijska Kosa", Beograd.

Uvod. Intestinalna bolest kalem protiv domaćina (BKPD) je komplikacija alogene transplantacije kostne srži sa incidencom oko 10% i stopom smrtnosti 10% do 30%. Patogeneza BKPD vezana je za donorske limfoidne ćelije koje oštećuju tkiva domaćina. Simptomi uključuju učestale, prolivaste stolice, bol u trbuhu i krvarenje iz gastrointestinalnog trakta (GIT). Dijagnostička metoda izbora je endoskopija uz uzimanje biopsija iz GIT.

Prikaz slučaja. Muškarac, star 32 godine, lečio se od spleničnog T ćelijskog limfoma od marta 2019. godine. Primenjeni različiti terapijski modaliteti uz autologu transplantaciju matičnih ćelija (TMĆ) do aprila 2020. godine. Juna 2020. godine potvrđena kompletna remisija osnovne bolesti na PET-CT pregledu. Novembra 2020. godine dolazi do drugog relapsa bolesti. Januara 2021. godine učinjena alogena TMĆ, prihvatanje kalema je utvrđeno u parametrima krvne slike, nalazom mijelograma i DNK analizom. Dva meseca nakon toga pacijent prijavio učestale, prolivaste stolice sa primesama krvi uz povišenu telesnu temperaturu, tada u stolici izolovana *C. Difficile*, te je hospitalizovan. Takođe posumnjano na rani BKPD, uvedena kortikosteroidna terapija, a zbog pozitivnog testa na SARS-CoV-2, bez COVID pneumonije, preveden u KBC "Bežanijska Kosa" – COVID ustanovu, radi daljeg lečenja. Na prijemu pacijent adinamičan, kardijalno kompenzovan, palpatorno bolno osetljivog trbuha. U laboratorijskim analizama blaga normocitna anemija, povišeni reaktanti zapaljenja i patološki hepatogram. Primenjena dvojnja antibiotska terapija za *C. Difficile*, a doza kortikosteroidne terapije povećana na 2mg/kg uz uvođenje ciklosporina A. Zbog krvavih stolica, učinjena je i donja endoskopija, viđen hematizirani tečni sadržaj u kolonu, duž celog viđenog creva beličasti plakovi sa kojih je uzeta biopsija. Patohistološki opisana fokalna apoptoza, nalaz ukazao na intestinalni BKPD prvog stepena. U terapiju uključen Budesonid na koji prestaje krvarenje. U daljem toku dolazi do progresije insuficijencije jetre, pada vrednosti hemoglobina i trombocita uz razvoj hemoragijskog sindroma po koži i pojavu neuroloških ispada, nastupa smrtni ishod.

Zaključak. Nakon alogene transplantacije kostne srži, u slučaju učestalih, prolivastih stolica sa primesama krvi, neophodno je odmah uraditi donju endoskopiju i posumnjati na intestinalnu BKPD kako bi se na vreme postavila patohistološka dijagnoza. Imajući u vidu da je odgovarajuća terapija za intestinalnu BKPD imunosupresivna, neophodno je diferencijalno dijagnostički što pre isključiti infektivni kolitis da ne bi došlo do pogoršanja intestinalne infekcije koja nije prepoznata.

PP04 KONCENTRACIJA I ZNAČAJ C-REAKTIVNOG PROTEINA U OSOBA SA METABOLIČKIM SINDROMOM

D. Miljković

Dom zdravlja Varvarin

Uvod i cilj. Metabolički sindrom (MS) je složeno patofiziološko stanje povezano sa sistemskom upalom niskog intenziteta. C-reaktivni protein (CRP) je osetljiv marker inflamacije. Dosadašnja istraživanja su pokazala da su koncentracije CRP povišene kod osoba sa MS i da je upala niskog intenziteta karakteristična za MS.

Cilj rada je bio da se ispita koncentracija i značaj serumskog CRP u osoba sa MS.

Metode. Ispitivanjem je obuhvaćeno 149 ambulantnih pacijenata, 67 sa MS ($68,9 \pm 8,7$) i 82 bez MS ($68,9 \pm 8,6$) kao kontrolna grupa. Grupe su po godinama i polu homogene ($p > 0,05$). CRP je određen metodom turbidimetrije sa normalnim vrednostima do 5,0 mg/L.

Rezultati. Koncentracija CRP osoba sa MS i drugih parametara, u odnosu na one bez MS su: CRP $5,33 \pm 3,60$ vs $2,40 \pm 2,0$ mg/L ($p < 0,001$); BMI $32,29 \pm 4,94$ vs $27,30 \pm 4,659$ kg/m² ($p < 0,001$); HDL-holesterol $1,45 \pm 0,64$ vs $1,75 \pm 0,66$ mmol/L ($p < 0,05$); trigliceridi $2,10 \pm 0,90$ vs $1,42 \pm 0,40$ mmol/L ($p < 0,001$); LDL-holesterol $3,63 \pm 0,90$ vs $3,26 \pm 0,96$ mmol/L ($p < 0,05$); ukupni holesterol $6,49 \pm 1,40$ vs $6,08 \pm 1,13$ mmol/L ($p > 0,05$); glikemija $7,10 \pm 2,69$ vs $5,40 \pm 1,06$ mmol/L ($p < 0,001$). Povišene vrednosti CRP imalo je 29,8% osoba sa MS i 6,1% bez MS ($p < 0,01$).

Kod osoba sa MS postoji negativna, neznatna korelacija CRP i HDL-holesterola ($r = -0,049$; $p > 0,05$) i pozitivna, neznatna korelacija CRP i triglicerida ($r = 0,14$; $p > 0,05$), CRP i holesterola ($r = 0,006$; $p > 0,05$), CRP i BMI ($r = 0,082$; $p > 0,05$), CRP i glikemije ($r = 0,10$; $p > 0,05$), CRP i LDL-holesterola ($r = 0,041$; $p > 0,05$).

U osoba bez MS postoji pozitivna, neznatna korelacija CRP i BMI ($r = 0,124$; $p > 0,05$) i CRP i HDL-holesterola ($r = 0,069$; $p > 0,05$) i negativna, neznatna korelacija CRP i triglicerida ($r = -0,002$; $p > 0,05$), CRP i ukupnog holesterola ($r = -0,107$; $p > 0,05$) CRP i LDL-holesterola ($r = -0,134$; $p > 0,05$) i CRP i glikemije ($r = -0,041$; $p > 0,05$).

Infarkt miokarda je imalo 8,95% osoba sa MS i 4,87% bez MS ($p > 0,05$). U periodu praćenja, prosečno 18 meseci, umrlo je 8,95% ispitanika sa MS i 1,22% bez MS ($P > 0,05$).

Zaključak. Značajno veća učestalost povišenih vrednosti i koncentracija serumskog CRP u osoba sa MS, u odnosu na one bez MS, ukazuje na značaj inflamacije u patogenezi MS i CRP-a kao biomarkera i medijatora hronične inflamacije. Osobe sa MS imaju veću učestalost infarkta miokarda i mortalitet. Određivanje nivoa CRP može biti korisno u prevenciji, dijagnostici, terapiji i prognozi oso

PP05 PRIKAZ BOLESNIKA SA MULTIPLIM KALKULUSIMA U ZAJEDNIČKOM ŽUČNOM VODU

I. Nagorni, B. Petrović, V. Brzački, R. Babić, M. Nagorni

Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju UKC Niš

Centar za radiologiju UKC Niš

Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Bolesnik MT, 63 godine dolazi na pregled kod gastroenterologa zbog jeze, drhtavice, povremeno povišene temperature i povremeno blagog žutog prebjavanja beonjača. Mokraća je povremeno tamnije prebojena. Iz anamneze se saznaje da je pre 5 godina klasičnom hirurškom intervencijom uklonjena žučna kesica, a da je 3 meseca pre operacije imao epizodu žute prebojenosti beonjača. Klinički pregled izuzev subikterusa je u granicama fiziološkog nalaza. Laboratorijske analize na prijemu u Kliniku za gastroenterologiju i hepatologiju UKC Niš su sledeće: SE-42, Le 13,4, CRP-48, bdir 73, b.uk-112, ALP-325, gama GT-456, AST 58. ALT-93. S-amilaza-124. Ultrazvučnim pregledom abdomena se zapaža dilatacija glavnog žučnog voda do 25mm, sa proširenjem intrahepatičnih žučnih puteva i sa brojnim rasvetljenjima u glavnom žučnom vodu prečnika i do 8mm. Narednog dana uradjena je Endoskopska retrogradna holangiopankreatografija (ERCP). Tokom kanulacije Vaterove papile i ubrizgavanja kontrasta zapaža se isticanje gnoja iz Vaterove papile. Ductus choledochus dilatiran prečnika oko 25mm sa brojnim rasvetljenjima čitavom dužinom choledochusa. Učinjena je papilotomija i uz pomoć Dormia košarice i balona ekstrahovano je 55 pigmentnih kalkulusa prečnika od 5 do 8 mm. Preventivno je plasiran bilijarni dren. Kontrolna laboratorija radjena dan nakon intervencije pokazuje pad markera zapaljenja i markeraolestaze. Bolesnik se otpušta treći dan nakon endoskopske papilotomije. Na kontrolnom ERCP- nakon 3 meseca nema rezidualne kalkuloze, bilijarni stent je ekstrahovan.

Zaključak. Prikazujemo bolesnika sa klasičnom anamnezom i laboratorijom za holeldoholitijazu koja je terapijski razrešena endoskopskom papilotomijom.

PP06 PRIKAZ PACIJENTA SA AKUTNIM PANKREATITISOM, HIPERLIPIDEMIJOM I FORMIRANJEM PSEUDOCISTE

A. Rančić, D. Benedeto-Stojanov, G. Petrović, V. Brzački

Univerzitetski klinički centar Niš, Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju

Uvod i cilj. Akutni pankreatitis je zapaljenska bolest pankreasa praćena razvojem blažih, ali i veoma teških upala sa edemom i nekrozom pankreasa. Klinička slika varira od bolova u trbuhu i povraćanja do razvoja teškog metaboličkog disbalansa, dehidracije, hipotenzije i sepse. Hiperlipidemija je neuobičajeni, ali dobro utvrđen uzrok akutnog pankreatitisa i čini oko 12-38% svih slučajeva. Ovaj tip pankreatitisa je često povezan sa većim rizikom od komplikacija.

Prikaz slučaja. Pacijent star 34 godine javio se gastroenterologu zbog jakih bolova u gornjem delu trbuha. Negirao je povraćanje. Boluje od šećerne bolesti. Laboratorijskom obradom su utvrđene visoke vrednosti CRP-a (411,8 mg/L), leukocita ($17,9 \times 10^9/L$), holesterola (29,78 mmol/L), triglicerida (47,85 mmol/L), amilaza (544 U/L), glikemije (29,4 mmol/L), hemoglobina A1c (13,2 %) i D-dimera (2265 ng/mL). MSCT-om abdomena zapažen je voluminozniji rep pankreasa, a peripankreatično, perisplenično i subhepatično veća količina ređe do gušće slobodne tečnosti. Posle nedelju dana konzervativnog lečenja ponovljenim laboratorijskim analizama utvrđen je pad vrednosti CRP-a (23,9 mg/L), glikemije (13,2 mmol/L), triglicerida (5,56 mmol/L), holesterola (8,1 mmol/L), amilaze (38 U/L) i D-dimera (1319 ng/mL), a kontrolnim MSCT-om abdomena su verifikovane peripankreatično nepravilne, delom inkapsulirane tečne kolekcije koje evoluiraju u pseudocistu. Nativna grafija abdomena i ehokardiografija pokazale su uredan nalaz.

Zaključak. Procena je da 5 do 15 % epizoda pankreatitisa može da se komplikuje razvojem pseudociste. Komplikacije pseudociste uključuju infekciju, intracistično krvarenje i rupturu. Visoke koncentracije triglicerida i holesterola važan su i sve češći faktor rizika za razvoj akutnog pankreatitisa imajući u vidu savremene navike u načinu života i ishrani. Rana dijagnostika i pravovremena terapija, kao i hirurške intervencije u slučaju komplikacija akutnog pankreatitisa povećale bi stopu preživljavanja kod pacijenata sa ovom teškom bolešću.

Ključne reči. akutni pankreatitis, hiperlipidemija, hiperholesterolemija, pseudocista

PP07 NASLEDNA TROMBOFILIJA NE DOPRINOSI POVEĆANOM TROMBOTIČNOM RIZIKU KOD PACIJENATA SA ANTIFOSFOLIPIDNIM SINDROMOM

N. Stanisavljević^{1,2}, Lj. Stojanović³, A. Đoković^{1,2}, O. Marković^{1,2}, J. Hajder¹, R. Živković¹, A. Divac¹

¹KBC „Bežanijska kosa“, Beograd

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

³Poliklinika „Žutić“

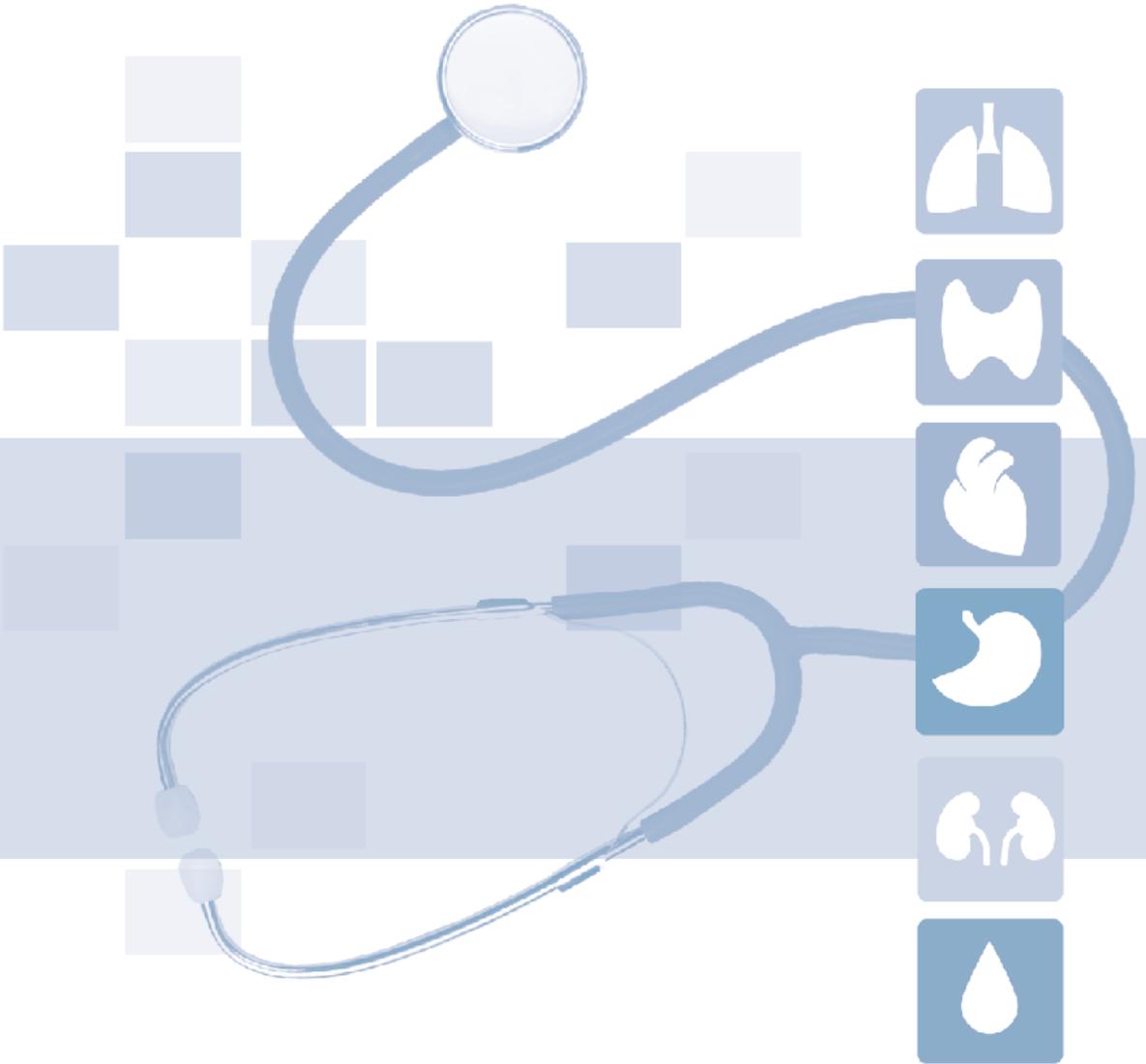
Uvod i cilj. Uloga nasledne trombofilije kao dodatnog faktora rizika za trombozu kod pacijenata sa antifosfolipidnim sindromom (AFS) još nije razjašnjena. Cilj rada je da se odredi prevalenca i klinički značaj urođenih trombofilija – polimorfizama faktora V Leiden, protrombina 20210, PAI 4G/5G i MTHFR C677T kod pacijenata sa AFS.

Metode. U studiji je učestvovalo 140 pacijenata sa dijagnozom AFS (90 sa primarnim AFS i 50 sa sekundarnim AFS tj. AFS udruženim sa sistemskim eritemskim lupusom) koji su dolazili na kontrole u KBC „Bežanijska kosa“ od 2011-2015. godine. Pored antifosfolipidnih antitela (aFL) koja su kategorizovana u klase I, IIa, IIb, IIc (ELISA metoda) kod pacijenata su određivane i gore navedene mutacije PCR metodom.

Rezultati. U grupi je zabeleženo 93 trombotična događaja (66,4%) i 84 gubitka ploda (60%). Distribucija aFL po kategorijama: 96 (68,6%) u I, 11 (7,9%) u IIa, 22 (15,7%) u IIb, 13 (9,3%) u IIc i bilo je 42 (30%) pacijenta sa sva tri pozitivna aFL. Polimorfizam gena (heterozigoti) za FII20210 nađen je kod 2 (1,4%), FV Leiden kod 4 (2,9%), PAI 4G/5G kod 12 (8,6%) (od koji su 4 bili 4G/4G) i mutacija MTHFR C677T kod 64 (45,7%) (od kojih je 14 homozigota) pacijenata. Kod oba pacijenta sa FII20210 i kod dva pacijenta sa FV Leiden mutacijom zabeležen je trombotični događaj. Pacijenti sa MTHFR C677T mutacijom imali su veću prevalencu tromboze, ali bez statističke značajnosti (29,3% i 16,4%, $p=0.15$). Trombotični događaj je bio u korelaciji sa trostrukom pozitivnošću aFL, ali bez korelacije sa polimorfizmima trombofilija. Pošto je MTHFR C677T imao najvišu prevalencu, primenjena je ROC analiza za procenu zajedničkog efekta trostruke aFL pozitivnosti i mutacije ovog gena na pojavu trombotičnog događaja. Za ovu krivu, bila je visoko značajna statistička značajnost (AUC 0.625, SE 0.052 and $p=0.025$).

Zaključak. U ovoj grupi, naslednje trombofilije nisu pokazale značajan uticaj na pojavu trombotičnog događaja, ali obzirom na nisku učestalost potrebno je sprovesti ispitivanje na većoj grupi ispitanika. Mutacija MTHFR C677T povećava rizik za trombozu kod trostruke pozitivnosti aFL.

INDEKS AUTORA



INDEKS AUTORA

A

Aladin Dolamić, A. 57
Anđelković, R. 37, 38, 39, 50
Antonijević, N. 33
Arandelović, S. 34

B

Babić, R. 61
Batnožić, V. 37, 38, 39, 40, 44, 45, 50
Benedeto-Stojanov, D. 35, 62
Bibić, T. 46
Bidžić, J. 43
Blanuša, S. 43
Bogdanović, P. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44,
45, 49, 50, 51, 52, 53
Bogdanović, V. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44,
45, 50
Bojović, B. 38, 39, 42, 45, 50, 51, 52, 53
Branković, M. 48, 59
Brzački, V. 61, 62

C

Cvetković, Z. 46, 48

Č

Čojbašić, I. 58

D

Dašić, V. 41
Davidović, D. 46, 48
Dinić, M. 37
Divac, A. 46, 48, 59, 63
Dolamić, B. 57
Drobnjak, D. 36

Dž

Džamić, M. 43
Džudović, B. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50,
51, 52, 53

Đ

Đoković, A. 63
Đorđević, S. 40, 51, 52, 53
Đumić, Z. 46
Đurić, I. 36
Đurić, P. 36
Đurković, J. 44, 49

G

Gardijan, V. 54, 55
Georgijev, S. 41
Golubović, I. 58
Gošnjić, N. 33
Grbović, A. 41
Gudelj, O. 36

H

Hajder, J. 63

I

Ilić, D. 37, 38, 50
Ivanović, A. 46
Ivanović, N. 57

J

Janković, A. 38, 39, 42, 45, 50
Jevđović, S. 41, 51, 52, 53
Jovanović, I. 48, 59
Jovanović, Lj. 33
Jović, Z. 36

K

Kanjuh, V. 33
Kolarević, M. 42
Koraćević, G. 33
Kostić Vitanović, K. 42, 45
Kremić, Z. 38, 40, 44, 51, 52, 53

L

Lazarević, I. 41
Lekić, D. 41
Leković, Ž. 33

M

Mačukanović Golubović, L. 58
Makević, A. 41
Maksimović, J. 54, 55
Marić, D. 37, 38
Marić Kocijančić, J. 36
Marinković, D. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49,
50, 51, 52, 53
Marković, K. 46, 48
Marković, O. 46, 48, 59, 63
Matić, D. 33
Mićović, Ž. 38, 39, 50

INDEKS AUTORA

Mijatović, K. 38
Milićević, A. 43, 44
Milić, V. 37
Milošević, R. 33
Miljković, D. 60
Mirković, T. 54, 55
Mladenović, Z. 36
Mrkalj, N. 43

N

Nagorni, I. 61
Nagorni, M. 61
Nikolić, A. 40, 44, 51, 52, 53
Nikolić, V. 58
Nojner, J. 42, 45
Novaković, V. 57
Novković, A. 46

O

Obradović, S. 36

P

Pajić, D. 38, 44
Pantović, M. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50,
51, 52, 53
Pavlović, D. 37
Pejić, D. 40, 51, 52, 53
Petijević, J. 41, 50
Petković, T. 41
Petrović, B. 61
Petrović, G. 62
Petrović, M. 42, 44
Pilčević, D. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50,
51, 52, 53
Podnar, G. 37

R

Radonjić, T. 59
Radosavljević, V. 54, 55
Radovanović-Dinić, B. 56
Radović, N. 51, 52, 53
Radulović, V. 38
Rakonjac, M. 36
Rančić, A. 62
Randelović Krstić, V. 36
Ranin, J. 38

Ranković, I. 33
Ribač, N. 44, 49
Rogić, M. 43
Rujanoski, Z. 37

S

Savić, S. 54, 55
Savić, V. 40, 51, 52, 53
Stanisavljević, N. 48, 63
Stefanović, M. 57
Stević, L. 41
Stojanović, Lj. 63
Stojčev, M. 43
Subotić, B. 36

Š

Šolak, Đ. 40, 51, 52, 53

T

Tanasijević, M. 46, 48
Tešić-Rajković, S. 56
Tijanić, I. 58
Tošić, V. 39, 50
Tripković, R. 39, 50

U

Urošević, N. 41

V

Veličković, M. 42, 45, 50
Veljić, I. 33
Vojinović, A. 42
Vučić, M. 58
Vukić, R. 36

Z

Zdravković, M. 48, 59
Zec, R. 57
Zeković, T. 40

Ž

Živković, R. 63











SPONZORI

Generalni sponzor

PHARMASWISS

Zlatni sponzori

ASTRAZENECA

PFIZER

Srebrni sponzori

ACTAVIS

ALKALOID

AMICUS

GALENIKA

Sponzori

ADOC

BOEHRINGER INGELHEIM

GALENIKA PHARMACHEM

INNOTECH

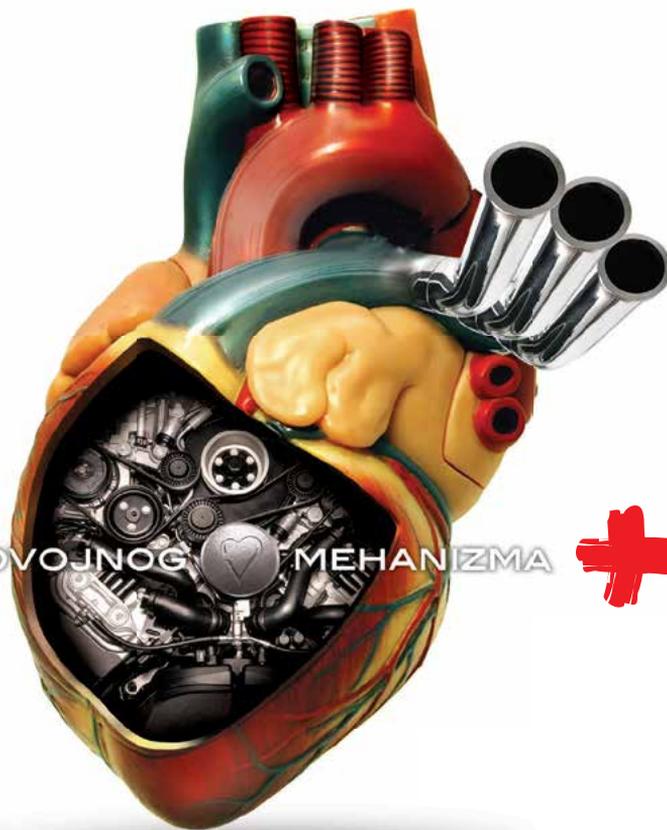
KRKA FARMA

SERVIER

BINEVOL[®] PLUS

NEBIVOLOL, HIDROHLORTIAZID

5 mg + 12,5 mg, film tablete



SNAGA DVOJNOG MEHANIZMA



Napomena: Za detaljne informacije o leku proučiti u celosti poslednju verziju teksta sažetka karakteristika leka (april 2019. godine) naročito tačku 4.4. Posebna upozorenja i mere opreza pri upotrebi leka, tačku 4.8. Neželjena dejstva i tačku 5.1. Farmakodinamski podaci, sa informacijama o povećanom riziku od nemelanomskog karcinoma kože kod povećane kumulativne izloženosti hidrohlorotiazidu.

Samo za stručnu javnost

Lek se može izdavati samo uz lekarski recept.

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: 515-01-01056-16-001 od 29.01.2018.

Datum poslednje revizije teksta SmPC-a: April 2019. god

Broj odobrenja ALIMs: 515 -08-00161-19-001 od 30.7.2019.

 PHARMA^{SWISS}



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

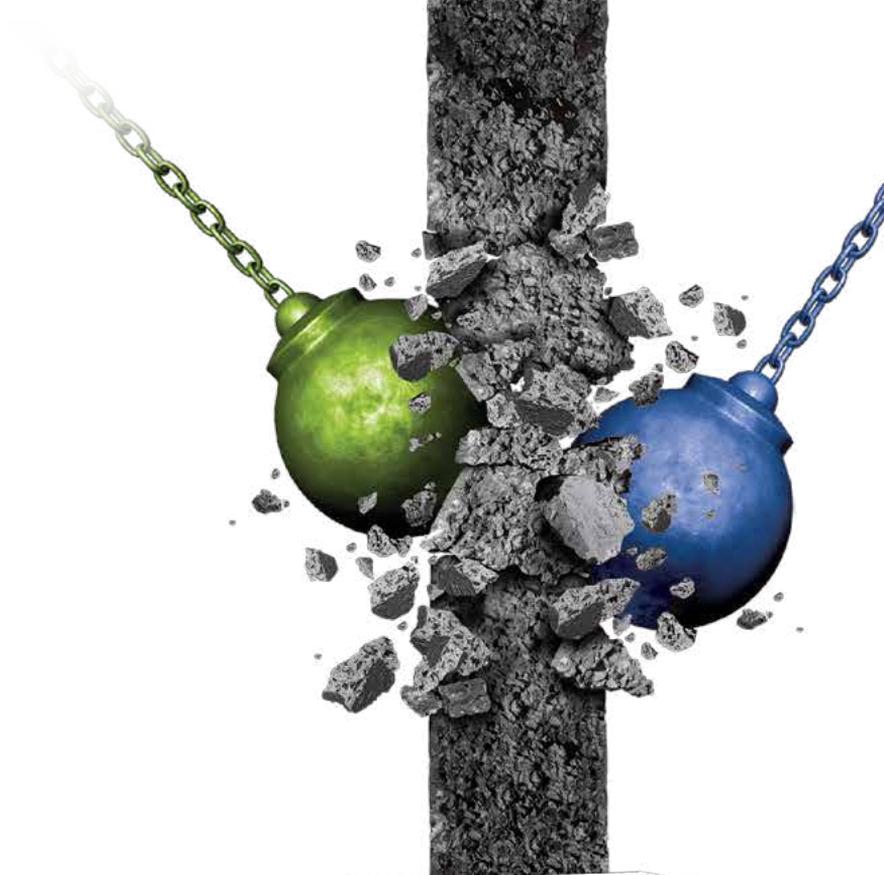


SAMOČISTEĆA
SREBRNA MASKA
sa jonima srebra i zeolitom

POUZDANA ZAŠTITA OD PATOGENIH MIKROORGANIZAMA

OLITOR[®]

rosuvastatin/ezetimib



Tolura®

telmisartan

Tablete 40 mg i 80 mg

**Tolura – protekcija
za dan i noć**



DOBRE VESTI SVAKI DAN

Broj poslednje obnove dozvole za stavljanje u promet leka Tolura tableta, 28 x (40 mg):

515-01-04810-16-001

Broj poslednje obnove dozvole za stavljanje u promet leka Tolura tableta, 28 x (80 mg):

515-01-04812-16-001

Datum prve dozvole za stavljanje u promet leka Tolura tableta, 28 x (40 mg): 06.03.2012.

Datum prve dozvole za stavljanje u promet leka Tolura tableta, 28 x (80 mg): 06.03.2012.

Datum poslednje obnove dozvole za stavljanje u promet leka Tolura tableta, 28 x (40 mg): 21.08.2017.

Datum poslednje obnove dozvole za stavljanje u promet leka Tolura tableta, 28 x (80 mg): 21.08.2017.

Datum revizije teksta: Avgust, 2017.

Proizvođač: KRKA, TOVARNA ZDRAVIL, D.D., Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija

Nosilac dozvole za lek: Krka-Farma d.o.o., Beograd, Jurija Gagarina 26v/II, Beograd, Srbija

Režim izdavanja leka: Lek se može izdati samo uz lekarski recept

Samo za stručnu javnost

Napomena: Pre propisivanja leka proučite Sažetak karakteristika leka.

Promotivni materijal odobren od strane ALIMS-a rešenjem

broj: 515-08-0000656-17-001 od 03.03.2018.



*Naše inovacije i naša znanja za efikasne
proizvode najvišeg kvaliteta.*

Kako vi čuvate
ono najvrednije?

CORASP®

acetisalicilna kiselina

Kada tvoje srce i glava traže čuvara!



Lek CORASP® se koristi svakodnevno u sprečavanju nastanka ponovnog srčanog ili moždanog udara kod pacijenata koji su već imali ova stanja.

- + Tableta sa zaštitnim gastro omotačem štiti sluznicu želuca od direktne iritacije
- + **Pre prve primene leka, neophodno je konsultovati lekara.**
- + O izboru jačine leka i doziranju, posavetujte se sa Vašim lekarom.

Lek nije namenjen za upotrebu kod dece mlađe od 16 godina.

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



SNAGA JE U NAMA

Rusovas[®]

Spironolakton

Nebigal[®]

Clopigal[®]

Atolip[®]

Losar[®]

Bisprol[®]

KVS



PALETA



Massido[®]
nebivolol

Ropuido[®]
rosuvastatin

CellEnergy
Q10 50 mg

BioKrill
Active[®]

ALKALOID



 **Nevotens**[®]
nebivolol

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

Vivagrex[®]
PRASUGREL

 **Diuver**[®]
torasemid

TELMIKOR[®]
telmisartan

 **Actavis** |  **teva**

Actavis d.o.o.
Đorđa Stanojevića 12, 11070 Novi Beograd
tel. 011/20-99-300; fax 011/20-99-301, www.actavis.rs

NOVINE U KARDIOLOGIJI

Agencija za lekove i medicinska sredstva Republike Srbije
14. aprila 2021. godine odobrila je upotrebu leka Forxiga®
kod odraslih osoba za terapiju **simptomatske hronične
srčane insuficijencije sa smanjenom ejekcionom frakcijom.**



FORXIGA® (dapagliflozin) Sažetak
karakteristika leka, Predstavništvo
AstraZeneca UK Ltd, Beograd, April 2021.

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST

AstraZeneca 

Predstavništvo AstraZeneca UK Limited Beograd
Milutina Miškovića 1i, Beograd - Novi Beograd,
11070 Novi Beograd
Tel: 011 3336 900 Fax: 011 3336 901



MOĆ KRVI JE U GVOŽĐU. ŠTA JE VAŠA SUPERMOĆ?



- Brzo i efikasno koriguje nivo hemoglobina¹
- Odlično se podnosi²
- Visoka efikasnost uporediva sa efikasnošću intravenskog gvožđa¹

Ne zaboravite na značaj uravnotežene ishrane i zdravog načina života.

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

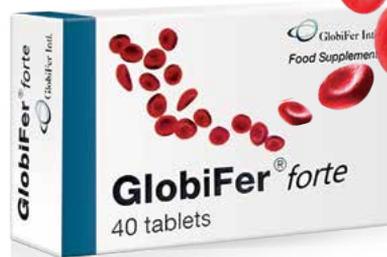
Dodaci ishrani nisu zamena za raznovrsnu i izbalansiranu ishranu i zdrav način života.

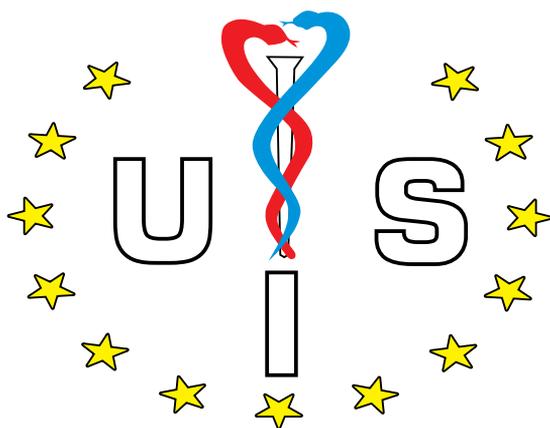
Reference:

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 bazu podataka Ministarstva zdravlja:

PharmaSwiss d.o.o. Batajinički drum 5a, Beograd, tel. +381(11) 2050-200
Broj rešenja: 14539/2019 od 01.07.2019.





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

smarttravelpco4@smarttravelpco4.rs

www.smarttravelpco4.rs