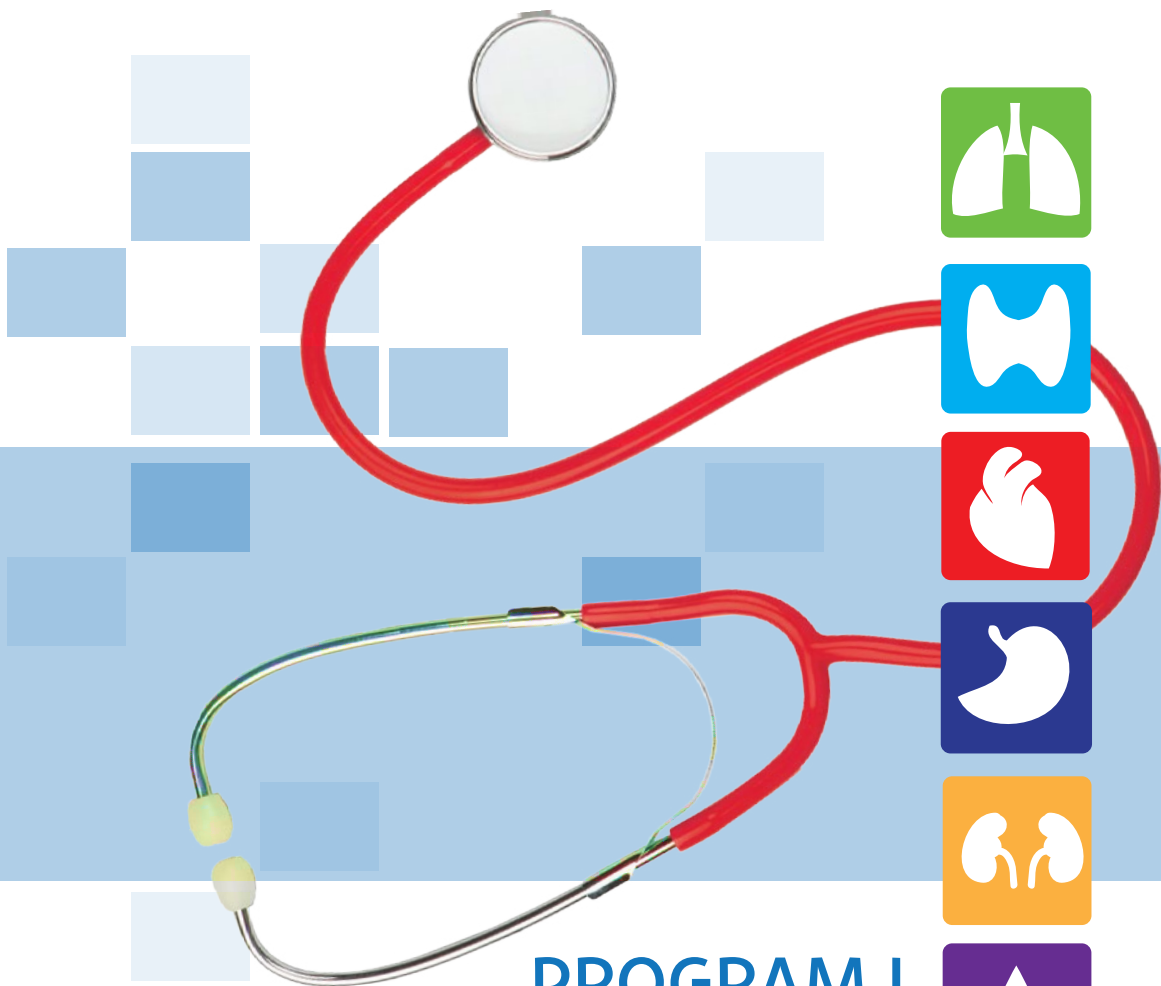




XXI KONGRES UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE XXI UIS 2022

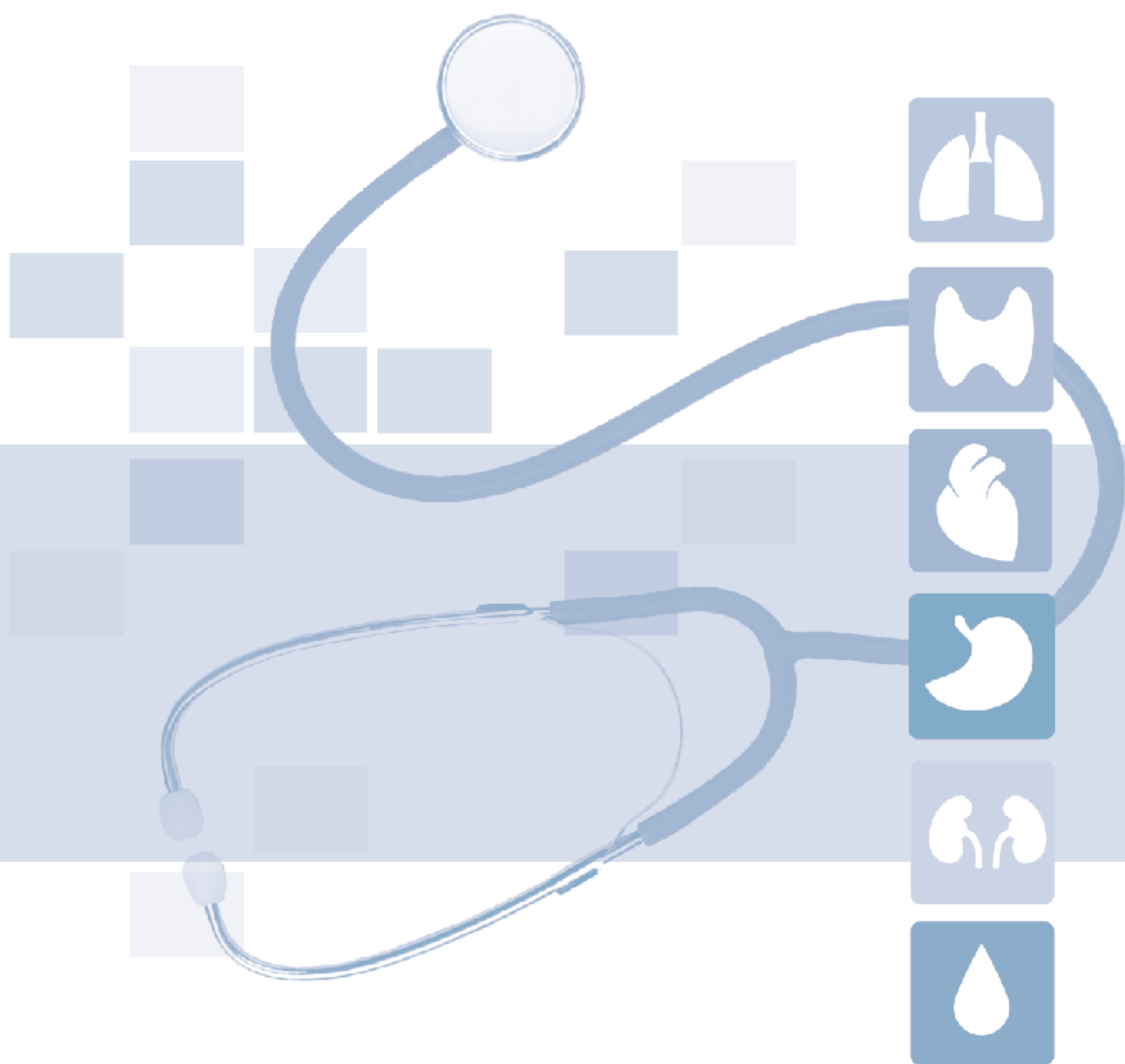


PROGRAM I ZBORNİK SAŽETAKA

GENERALNI SPONZOR
 PHARMASWISS

11-14. jun 2022. godine
Hotel Fontana, Vrnjačka Banja

**XXI KONGRES
UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE
XXI UIS 2022**



Poštovane kolegkinice 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 hotela Fontana u Vrnjačkoj Banji od 11. do 14. juna 2022. godine.

Moto Kongresa ove godine biće „od teorije do prakse”. Sigurni smo da će se na ovaj način, povezivanjem teorije i prakse, najviše uraditi na edukaciji slušaoca na Kongresu a za to će se pobrinuti najjeminentniji predavači iz svih oblasti interne medicine iznoseći svoja iskustva iz prakse odvezena 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 najjeminentniji 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 rasonodi u divnom ambijentu Vrnjačke Banje.

Za sve Vaše vankongresne aktivnosti pobrinuće se i ovog puta agencija Smart travel PCO.

Dobro došli na XXI Kongres internista Srbije.



Prof. dr Dragan Lović
Predsednik
Udruženja internista Srbije



Prof. dr Miodrag Krstić
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 Martynov (Russia)
Runolfur Palsson (Iceland)
Nikola Montano
Predsednik EFIM (European Federation of Internal Medicine)

Organizacioni odbor

Predsednik

Dragan Lović

Sekretar

Marija Zdravković

Članovi

Darko Antić
Dejan Sakač
Goran Koraćević

ODBORI

Naučni odbor

Predsednik

Miodrag Krstić

Članovi

Darko Antić

Svetlana Apostolović

Branko Beleslin

Branka Bonači-Nikolić

Zorica Cvetković

Dragomir Damjanov

Predrag Đorđević

Aleksandra Ilić

Svetlana Jelić

Violeta Knežević

Goran Koraćević

Nebojša M. Lalić

Dragan Lović

Jovan Matijašević

Aleksandar Nagorni

Predrag Ostojić

Milan Petronijević

Milan Radović

Goran Radunović

Dejan Sakač

Sanja Simić-Ogrizović

Vesna Škodrić

Ivana Stanković

Petar Svorcan

Olivera Tarabar

Vesna Tomić-Spirić

Marija Zdravković

PREDAVAČI

Mojsije Anđić
Darko Antić
Nebojša Antonijević
S. Arandelović
Irena Arandelović
Goran Bjelaković
Ana Bontić
Ksenija Bošković
Borislav Božanić
Milica Brajković
Marija Branković
Ivana Burazor
Dejan Čelić
Zorica Cvetković
Sonja Dakić
Ljubomir Dinić
Ivanka Đorđević
Dragan Đorđević
Danijela Đorđević-Radojković
Srđan Đuranović
Predrag Đurđević
Mirna Đurić
Miroslav Ilić
Igor Ivanov
Svetlana Jelić
Aleksandra Jotić
Violeta Knežević
Goran Koraćević
Tomislav Kostić
Dane Krtinić

PREDAVAČI

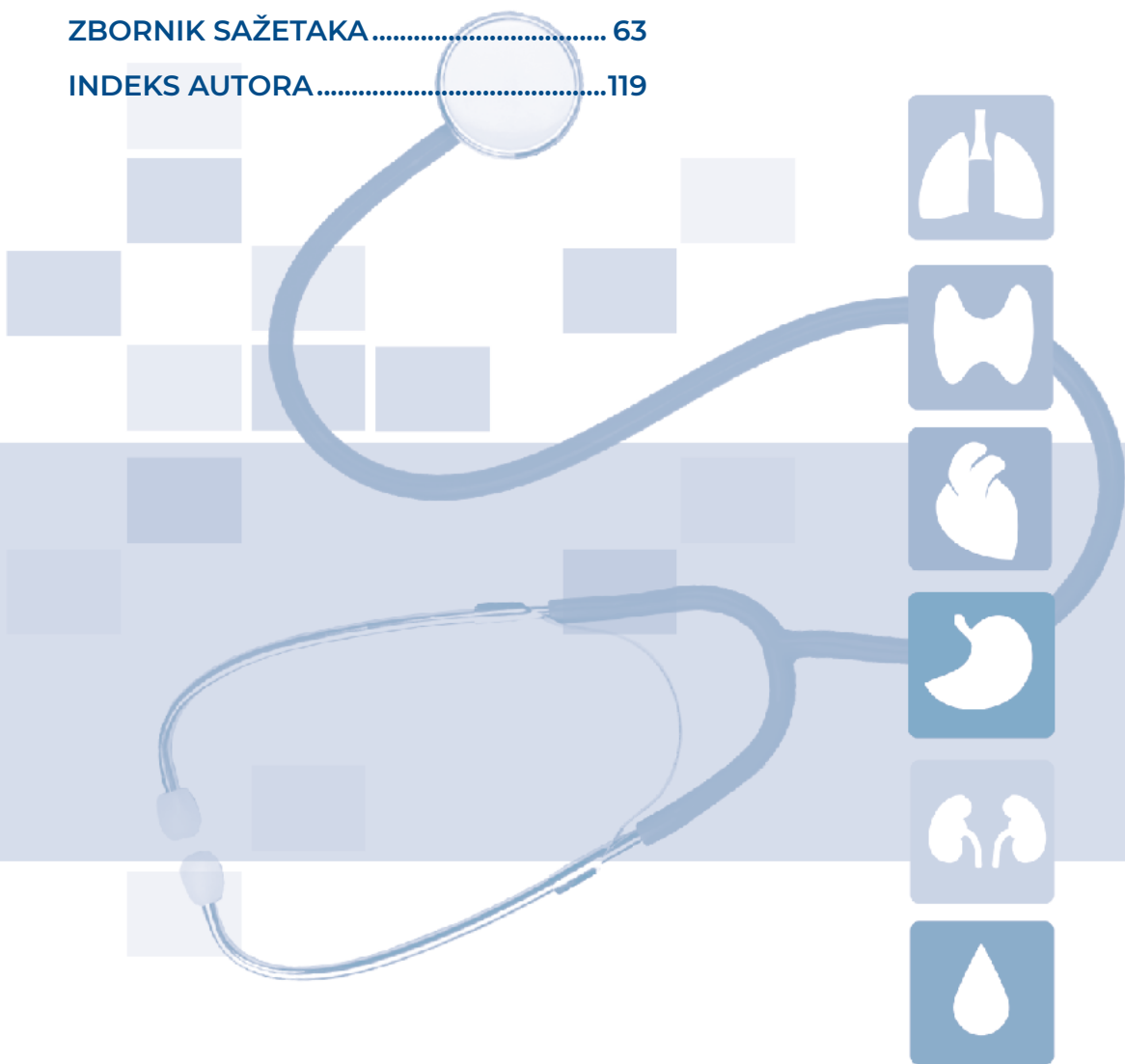
Nebojša M. Lalić
Jelena Lesanović
Dragan Lović
Goran Marjanović
Olivera Marković
Dragana Mijač
Ana Milenković
Vladimir Milivojević
Tomica Milosavljević
Tamara Milovanović
Mirjana Mitrović
Desa Nastasijević Borovac
Ivana Nedeljković
Slobodan Obradović
Predrag Ostojić
Aleksandra Pavlović-Marković
Tatjana Pejčić
Aleksandra Perić Popodić
Milan Petronijević
Nataša Petronijević
Marina Petrović
Spasoje Popević
Mirjana Radisavljević
Milan Radović
Goran Radunović
Arsen Ristić
Lidija Ristić
Dejan Sakač
Dragana Šarenac
Ivana Savić

PREDAVAČI

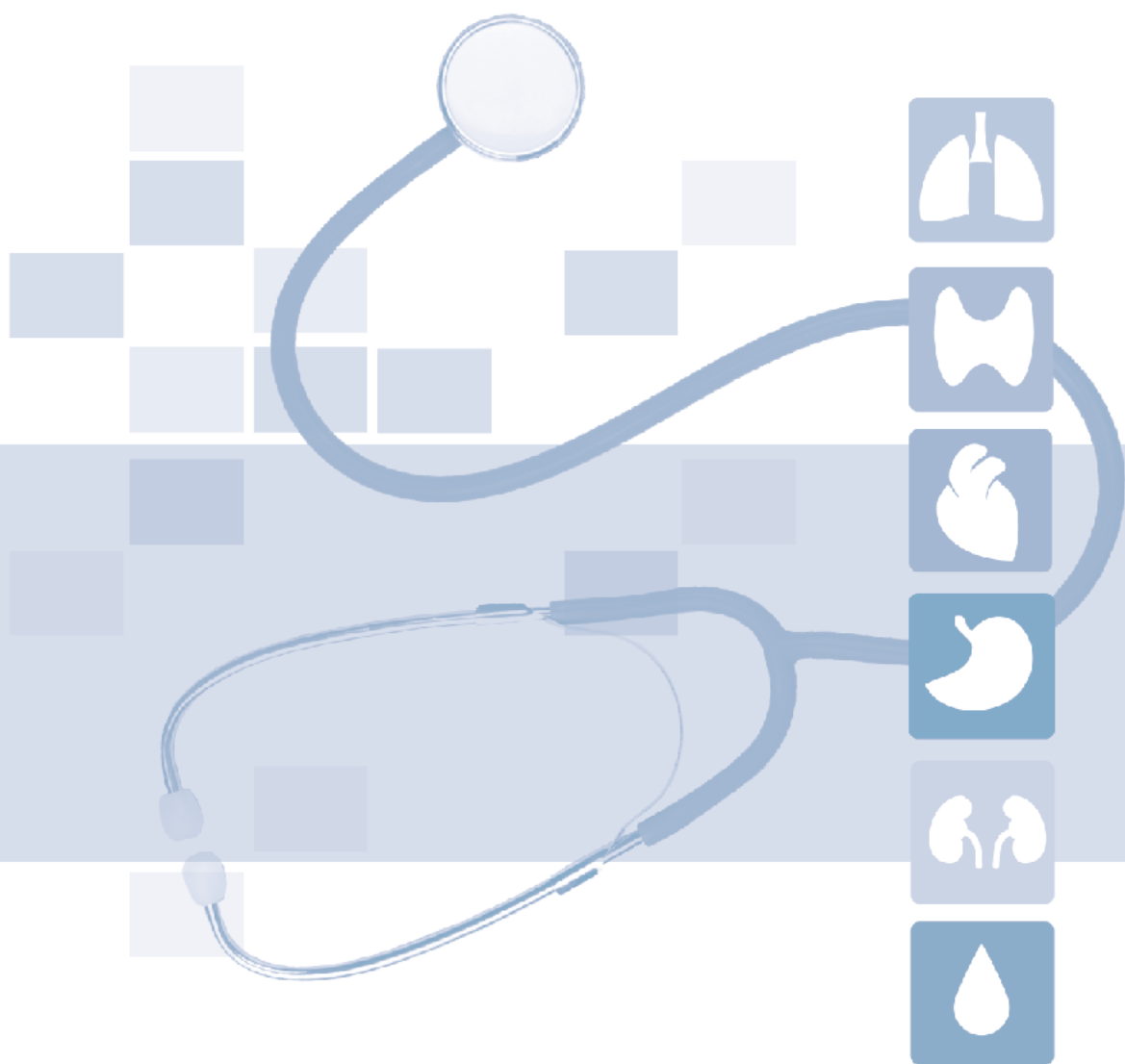
Sanja Simić-Ogrizović
Sonja Smiljić
Aleksandra Sokić-Milutinović
Dejan Spiroski
Bojana Stamenković
Ivan Stanković
Ivana Stanković
Verica Stanković-Popović
Mihailo Stjepanović
Milina Tančić Gajić
Vesna Tomić-Spirić
Radmila Veličković
Ivana Veljić
Mirjana Veselinović
Radosav Vidaković
Miodrag Vukčević
Vladan Vukčević
Marija Zdravković
Igor Živković

SADRŽAJ

PREGLED PROGRAMA	13
PROGRAM	27
ZBORNIK SAŽETAKA	63
INDEKS AUTORA	119



PREGLED PROGRAMA



PREGLED PROGRAMA		Subota, 11. jun 2022.
Vreme		
12.00-13.00	KARDIOVASKULARNA REHABILITACIJA Moderatori: Dejan Spiroski, Mojsije Anđić Uticaj fizičke aktivnosti na kardiovaskularni sistem i prevenciju kardiovaskularnih bolesti Sonja Smiljić Koronarna mikrovaskularna disfunkcija. Šta znamo do sada Igor Ivanov Da li je kardiološka rehabilitacija „pogodna“ za primenu kod svakog. Gde smo tu mi? Dejan Spiroski Kardiološka rehabilitacija kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom Mojsije Anđić	
13.00-14.00	JATROGENI HEMORAGIJSKI SINDROMI Moderatori: Zorica Cvetković, Olivera Marković Sekundarne (jatrogene) trombocitopenije Prikaz bolesnika 1 Prikaz bolesnika 2 Zorica Cvetković Antiagregaciona terapija iz ugla kardiologa Ivan Stanković Antiagregaciona terapija iz ugla hematologa i preoperativna priprema bolesnika na antiagregacionoj terapiji Olivera Marković	
14.00-15.00	AKTUELNOSTI U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI PLUĆNOG TROMBOEMBOLIZMA Moderator: Nebojša Antonijević Plućni tromboembolizam: novi faktori rizika i varijeteti kliničke prezentacije Nebojša Antonijević Mogućnosti reperfuzione terapije u bolesnika sa plućnim tromboembolizmom Slobodan Obradović Koegzistencija plućnog tromboembolizma i pneumonije: dijagnostika i terapijske opcije Miodrag Vukčević	
15.00-16.00	BIOMARKERI Moderator: Svetlana Apostolović Značaj određivanja troponina Danijela Đorđević-Radojković BNP i D dimer Sonja Dakić Prokalcitonin Ivana Veljić Ferritin i LDH Borislav Božanić Endotelin Ljubomir Dinić	

PREGLED PROGRAMA		Subota, 11. jun 2022.
Vreme		
16.00-16.40	DISEMINOVANA INTRAVASKULARNA KOAGULACIJA – NEPRIJATELJ SA MNOGO LICA Panel diskusija Darko Antić, UKCS Beograd Mirjana Mitrović, UKCS Beograd Predrag Đurđević, KC Kragujevac	
16.40-17.00	SIMPOZIJUM BOEHRINGER ING. Hronične fibrozirajuće intersticijske bolesti pluća Imamo li rešenje za hronične fibrozirajuće ILD? Tatjana Pejčić	
17.00-18.30	KAKO LEČITI INTERNISTIČKE BOLESTI U TRUDNOĆI Moderator: Ivana Stanković, Marina Petrović, Dragan Lović Trudnoća sa aspekta endokrinologa Milina Tančić Gajić Tromboembolijske bolesti u trudnoći Marina Petrović Kako lečiti poremećaje srčanog ritma tokom trudnoće Tomislav Kostić Hipertenzija i trudnoća Dragan Lović Karakteristike astme u trudnoći i kako je lečiti Ivana Stanković Trudnoća iz ugla gastroenterologa Mirjana Radisavljević Opstruktivna slipa apnea u trudnoći Miodrag Vukčević Bezbedna farmakoterapija u trudnoći Dane Krtinić	
18.30-19.00	SIMPOZIJUM ASTRAZENECA Šta sve treba da imamo u vidu kada lečimo pacijenta sa HFrEF – praktični aspekti Ivan Stanković	
19.00-19.30	SIMPOZIJUM GALENIKA Rivarox®(rivaroksaban) – prevencija i terapija tromboembolizma Srđan Bošković	
19.30-20.00	SIMPOZIJUM NOVARTIS Praktični aspekti primene prvog stuba za lečenje srčane slabosti sa redukovanom ejekcionom frakcijom Ivan Stanković Efikasnost valsartan/sakubitrila Svetlana Apostolović Bezbednost i inicijacija valsartan/sakubitrila Ilija Srdanović	

PREGLED PROGRAMA		Subota, 11. jun 2022.
Vreme		
20.00	SVEČANO OTVARANJE Dragan Lović, Marija Zdravković, Dejan Sakač, Darko Antić, Goran Koraćević Telemedicina-novi horizonti u dijagnostici Miroslav Ilić	

Vreme	
08.00-09.30	POTENCIJALNO UGROŽAVAJUĆE ZAMKE U INTERPRETACIJI OSNOVNIH INTERNISTIČKIH DIJAGNOSTIČKIH METODA Moderator: Goran Koraćević, Dejan Sakač (Mis)interpretacija azotnih produkata i elektrolita Radmila Veličković EKG u suspektnoj ishemiji miokarda: male ali vrlo značajne promene Goran Koraćević Druge zamke u EKG-u Dejan Sakač Zamke u interpretaciji radiograma pluća Tatjana Pejčić Laboratorija lezije jetre i pankreasa može biti kompleksna Goran Bjelaković D dimer: moguće greške u tumačenju Goran Marjanović
09.30-10.00	SIMPOZIJUM SERVIER Smanjenje KV rizika uz primenu fiksni kombinacija za lečenje hipertenzije I dislipidemije Aleksandar Đukić, Ivan Stanković
10.00-10.30	SIMPOZIJUM ADOC Dibuzin – da li je butirat odgovor za sve? Ivan Jovanović
10.30-11.00	SIMPOZIJUM ASTRAZENEC Forxiga® – zaštitimo život pacijenatima sa T2D i CKD Aleksandra Jotić, Milan Radović
11.00-12.00	SIMPOZIJUM PFIZER Izazovi savremene oralne antikoagulantne terapije kod pacijenta sa AF – dokazi iz kliničke prakse Tanja Jozić Transtiretinska amiloidna kardiomiopatija – upozoravajući znaci I simptomi Svetlana Apostolović Gošeova bolest – da li mislimo na nju? Milan Petakov
12.00-12.45	SIMPOZIJUM PHARMASWISS „Biramo zdravlje“ Prevenција koronarnog sindroma i hronične bubrežne insuficijencije kod pacijenata sa diabetes mellitusom – šta izabrani lekar može da uradi? Teodora Beljić Živković Bolesnik sa hipertenzijom i koronarnom bolešću: šta kažu preporuke? Dejan Milašinović Savremena terapija srčane insuficijencije: eplerenon u fokusu Slobodan Obradović

PREGLED PROGRAMA		Nedelja, 12. jun 2022.
Vreme		
12.50-13.35	SIMPOZIJUM BOEHRINGER ING. Empagliflozin – put do pravog pacijenta Kako do pravog pacijenta? Pogled iz ugla endokrinologa Edita Stokić Kako do pravog pacijenta? Pogled iz ugla kardiologa Dragan Kovačević	
13.40-14.20	SIMPOZIJUM AMICUS Toujeo u terapiji dijabetesa – postojeći i novi dokazi Aleksandar Đukić Tritace – zlatni standard u kardiovaskularnom kontinuumu Petar Otašević Flazak – Zašto je važan izbor glukokortikoida? Predrag Ostojić	
14.20-15.00	Pauza	
15.00-16.00	OSTEOPOROZA – DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE DILEME Moderator: Milan Petronijević Osteoporoza – zdravstveni i socijalni problem Milan Petronijević Osteodenzitometrija – dijagnostičke i diferencijalno dijagnostičke dileme Mirjana Veselinović Biohemijske dijagnostičke i diferencijalno dijagnostičke dileme u osteoporozi Nataša Petronijević Aktuelne preporuke za lečenje osteoporoze Milan Petronijević	
16.00-16.30	SIMPOZIJUM ALKALOID Da li možemo zaštititi endotel? Vesna Stojanov Prasugrel – provereni igrač u antitrombotnoj areni Vladimir Zdravković	
16.30-17.10	SIMPOZIJUM INPHARM Imunace i oksidativni stres Jasminka Šojić Rajčić Feroglobin – više od gvožđa Neda Grbović	
17.15-17.45	SIMPOZIJUM NOVARTIS Da li pacijente sa psorijazom treba pored dermatologa da leče i internisti?“ Mirjana Milinković Srećković	
17.45-18.05	SIMPOZIJUM PFIZER Prevenција pneumokokne bolesti kod onkoloških pacijenata Ivana Božović Spasojević	
18.05-18.15	Pauza	

Vreme	
18.15-20.00	MOGUĆNOSTI LEČENJA HRONIČNE BUBREŽNE INSUFICIJENCIJE KAO MASOVNE BOLESTI Moderatori: Sanja Simić Ogrizović, Violeta Knežević, Arsen Ristić Epidemiologija hronicne bubrezne insuficijencije u svetu i Srbiji Milan Radović Dijabetesna bolest bubrega: zajednicki entitet dijabetologa i nefrologa ili presek dva skupa? Aleksandra Jotić Hipertenzija i hronicna bubrezna insuficijencija: uzrok ili greska u klasifikaciji? Violeta Knezević Srčana i hronična bubrežna insuficijencija: kardioresnalni sindrom ili one way ticket? Arsen Ristić Hronična bubrežna insuficijencija, dijabetes sa komplikacijama i oboljenje kardiovaskularnog sistema: Leči samo nefrolog ili i dalje multidisciplinarni pristup? Sanja Simić-Ogrizović Ishodi lečenja hronične bubrežne insuficijencije: sistemske bolesti vs. koalicije DM/HTA Dejan Čelić

PREGLED PROGRAMA		Ponedjeljak, 13. jun 2022.
Vreme		
08.30-10.00	PNEUMONIJE Moderator: Tatjana Pejčić Pneumonije, šta moramo znati? Ivanka Đorđević Makeri infekcije i infmalacije u pneumonijma Desa Nastasijević Borovac Antibiotici u pandemiji COVID-19 Mirna Đurić Rezistencija na antibiotike Tatjana Pejčić Primena kiseonične terapije u pacijenata sa teškom pneumonijom Lidija Ristić	
10.00-10.30	SIMPOZIJUM INNVETA PHARMA Primena Nattokinn-a u klinickoj praksi Goran Rađen	
10.30-11.00	SIMPOZIJUM AMICUS Primena probiotika u gastroenterološkoj praksi Srđan Đuranović Sideropenijska anemija iz ugla gastroenterologa Miodrag Krstić	
11.00-11.30	SIMPOZIJUM PFIZER Kliničke karakteristike pacijenata sa transtiretinskom amiloidnom polineuropatijom Zorica Stević Uticaj Akromegalije na kardiovaskularni sistem Mirjana Doknić	
11.30-12.00	SIMPOZIJUM ACTAVIS Eplerenon jedan od stubova terapije srčane insuficijencije sa redukovanom EF Dragan Lović	
12.00-12.45	SIMPOZIJUM PHARMASWISS Hemsko gvožđe u terapiji anemije kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom Snežana Matić Savremeni pristup lečenja anemije bubrežnih bolesnika Voin Brković Anemija u transfuziologiji Vojislav Lukić	
12.45-13.15	SIMPOZIJUM BOEHRINGER ING. Dabigatran u lečenju AF i VTE-strategija od poverenja i iskustva Biljana Putniković Tošić	

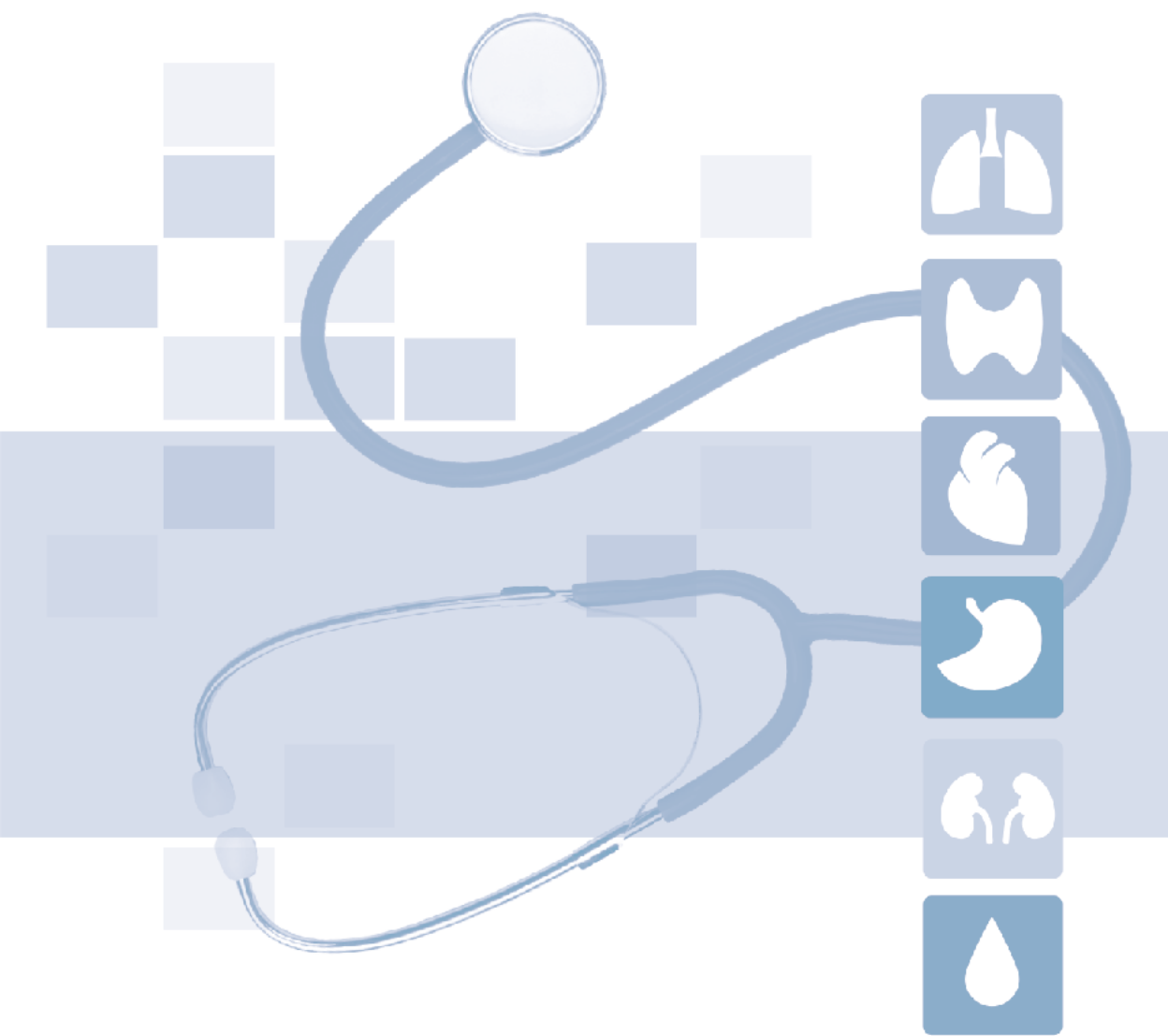
PREGLED PROGRAMA		Ponedjeljak, 13. jun 2022.
Vreme		
13.15-14.45	NOVE PREPORUKE ZA DIJAGNOSTIKU I TERAPIJU HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJE 2022. GODINE Moderator: Petar Svorcan, Dragomir Damjanov, Dragan Popović, Aleksandar Nagorni H.Pylori – Klinički značaj Aleksandra Sokić-Milutinović Koga treba testirati i lečiti Aleksandra Pavlović-Marković Kako dijagnostikovati i pratiti H.Pylori infekciju Srđan Đuranović Antibiotska rezistencija kod H.Pylori kao problem Vladimir Milivojević Smernice Udruženja Gastroenterologa Srbije za dijagnostiku i lečenje H.Pylori 2022. Tomica Milosavljević	
14.45-15.15	SIMPOZIJUM ABELA PHARM Moderator: Tomica Milosavljević Bulardi®, zlatni standard u prevenciji antibiotskog kolitisa Miodrag Krstić Flobian®, prirodno rešenje za sve simptome IBS-a Aleksandra Pavlović Marković	
15.15-16.15	GLP-1 AGONISTI I SGLT2 INHIBITORI: KOME, KADA I ZAŠTO? Moderator: akademik Nebojša M. Lalić, Svetlana Jelić Inovativni mehanizam dejstva GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u smanjenju metaboličkog, kardiovaskularnog i renalnog rizika Nebojša M. Lalić Mesto GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u svakodnevnoj praksi: gledište endokrinologa Svetlana Jelić Mesto GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u svakodnevnoj praksi: gledište kardiologa Vladan Vukčević Mesto GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u svakodnevnoj praksi: gledište nefrologa Sanja Simić-Ogrizović	
16.15-16.45	SIMPOZIJUM NOVONORDISK Novo poglavlje u lečenju tipa 2 dijabetesa Nebojša M. Lalić Katarina Lalić Aleksandra Jotić	

Vreme	
16.45-18.15	KADA INTERNISTA DA PREPOZNA VANPLUĆNU TUBERKULOZU? Moderatori: Vesna Škodrić, Milan M. Radović Neprepoznata tuberkuloza – primeri iz obdukcione sale Ivana Savić Kada internista da posumnja na vanplućnu tuberkulozu? Mihailo Stjepanović Algoritmi brze dijagnostike i primena tehnika sekvenciranja nove generacije u individualnom pristupu lečenja tuberkuloze Irena Arandelović Abdominalna tuberkuloza Tamara Milovanović Tuberkuloza bubrega Ana Bontić Tumor kičme kod mlade sportistkinje – dijagnoza TBC kičmenog pršljena posle neurohirurške operacije Ana Milenković
18.15-20.00	OKRUGLI STO POST COVID – PANEL SESIJA Predsedništvo: Marija Zdravković, Dragan Lović, Miodrag Krstić Panelisti: Petar Svorcan, Marija Zdravković, Spasoje Popević, Ivan Rankovic, Goran Koraćević, Biljana Parapid, Olivera Marković Kako proceniti ukupan kardiovaskularni rizik kod pacijenata nakon COVID-19 infekcije Dejan Sakač Kako proceniti plućnu funkciju posle COVID-19 obolenja? Milica Brajković Pulmoloska terapija u plućnim manifestacijama postkovid sindroma Mihailo Stjepanović Diferencijalna dijagnoza dispnee nakon COVID-19 obolenja – značaj ergospirometrije Ivana Nedeljković Kardiomagnetna rezonanca i MSCT koronarografija – nove metode u stratifikaciji rizika pacijenata sa postkovid sindromom Marija Zdravković, Radosav Vidaković Gastroenteroloske manifestacije postkovid sindroma Marija Branković Hematoloske manifestacije postkovid sindroma Darko Antić Endokrinoloski poremećaji u sklopu postkovid sindroma Svetlana Jelić Reumatoloske manifestacije postkovid sindroma Predrag Ostojić

PREGLED PROGRAMA		Utorak, 14. jun 2022.
Vreme		
09.00-10.30	RAZLIČITA LICA HRONIČNOG KAŠLJA Moderator: Vesna Tomic Spirić, Branka Bonači Nikolić, Jasna Bolpačić Diferencijalna dijagnoza hroničnog kašlja Vesna Tomić-Spirić Hronični kašalj u atopijskim bestima disajnih puteva Aleksandra Perić Popodić Diferencijalna dijagnoza kašlja u plućnim bolestima Spasoje Popević Kašalj i GERB Dragana Mijač Kašalj izazvan lekovima S. Aranđelović Značaj prepoznavanja vrste kašlja u dijagnostici i terapiji kardiovaskularnih bolesnika Nebojša Antonijević	
10.30-11.00	SIMPOZIJUM FARMIX Modrica na koži: beznačajna promena ili prvi znak ozbiljne bolesti? Razlika je u detaljima Predrag Miljić	
11.00-12.00	PRISTUP BOLESNIKU SA LUMBALNIM BOLOM Moderator: Predrag Ostojić Vrste bola u donjem delu leđa i kako ih prepoznati Predrag Ostojić Pristup bolesniku sa mehaničkim bolom u leđima Ksenija Bošković Pristup bolesniku sa zapaljenskim bolom u leđima Bojana Stamenković Nereumatski uzroci lumbalnog bola Verica Stanković-Popović	
12.00-13.00	BOL U SREDOGRUĐU KOJI NIJE IZAZVAN KORONARNIM OBOLJENJEM Moderator: Dragan Đorđević, Goran Radunović Nekoronarni bol u grudima u kardiološkoj praksi Dragan Đorđević Bol u grudima kod oboljenja organa za varenje Dragana Mijač Bol u sredogruđu izazvan reumatskim bolestima Goran Radunović	

PREGLED PROGRAMA		Utorak, 14. jun 2022.
Vreme		
13.00-14.00	KV SPEKTAR Moderator: Dragana Šarenac KV farmakoterapija Dragana Šarenac Kardiohirurško lečenje Igor Živković KV rehabilitacija Ivana Burazor Telemonitoring – KV modalitet lečenja Jelena Lesanovic	

PROGRAM



12.00-13.00 KARDIOVASKULARNA REHABILITACIJA

Moderatori: Dejan Spiroski, Mojsije Anđić

**Uticaj fizičke aktivnosti na kardiovaskularni sistem i
prevenciju kardiovaskularnih bolesti**

Sonja Smiljić

Koronarna mikrovaskularna disfunkcija.

Šta znamo do sada

Igor Ivanov

**Da li je kardiološka rehabilitacija „pogodna“ za primenu
kod svakog. Gde smo tu mi?**

Dejan Spiroski

**Kardiološka rehabilitacija kod pacijenata sa srčanom
insuficijencijom**

Mojsije Anđić

13.00-14.00 JATROGENI HEMORAGIJSKI SINDROMI

Moderatori: Zorica Cvetković, Olivera Marković

Sekundarne (jatrogene) trombocitopenije

Prikaz bolesnika 1

Prikaz bolesnika 2

Zorica Cvetković

Antiagregaciona terapija iz ugla kardiologa

Ivan Stanković

**Antiagregaciona terapija iz ugla hematologa i
preoperativna priprema bolesnika na antiagregacionoj
terapiji**

Olivera Marković

**14.00-15.00 AKTUELNOSTI U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI PLUĆNOG
TROMBOEMBOLIZMA**

Moderator: Nebojša Antonijević

**Plućni tromboembolizam: novi faktori rizika i varijeteti
kliničke prezentacije**

Nebojša Antonijević

**Mogućnosti reperfuzione terapije u bolesnika sa
plućnim tromboembolizmom**

Slobodan Obradović

**Koegzistencija plućnog tromboembolizma i pneumonije:
dijagnostika i terapijske opcije**

Miodrag Vukčević

15.00-16.00

BIOMARKERI

Moderator: Svetlana Apostolović

Značaj određivanja troponina

Danijela Đorđević-Radojković

BNP i D dimer

Sonja Dakić

Prokalcitonin

Ivana Veljić

Ferritin i LDH

Borislav Božanić

Endotelin

Ljubomir Dinić

**16.00-16.40 DISEMINOVANA INTRAVASKULARNA KOAGULACIJA
– NEPRIJATELJ SA MNOGO LICA**

Panel diskusija

Darko Antić, UKCS Beograd

Mirjana Mitrović, UKCS Beograd

Predrag Đurđević, KC Kragujevac

16.40-17.00 SIMPOZIJUM BOEHRINGER ING.

**Hronične fibrozirajuće intersticijske bolesti pluća
Imamo li rešenje za hronične fibrozirajuće ILD?**

Tatjana Pejčić

17.00-18.30 KAKO LEČITI INTERNISTIČKE BOLESTI U TRUDNOĆI

Moderatori: Ivana Stanković, Marina Petrović, Dragan Lović

Trudnoća sa aspekta endokrinologa

Milina Tančić Gajić

Tromboembolijske bolesti u trudnoći

Marina Petrović

Kako lečiti poremećaje srčanog ritma tokom trudnoće

Tomislav Kostić

Hipertenzija i trudnoća

Dragan Lović

Karakteristike astme u trudnoći i kako je lečiti

Ivana Stanković

Trudnoća iz ugla gastroenterologa

Mirjana Radisavljević

Opstruktivna slipa apnea u trudnoći

Miodrag Vukčević

Bezbedna farmakoterapija u trudnoći

Dane Krtinić

18.30-19.00 SIMPOZIJUM ASTRAZENECA

**Šta sve treba da imamo u vidu kada lečimo pacijenta sa
HFrEF – praktični aspekti**

Ivan Stanković

19.00-19.30 SIMPOZIJUM GALENIKA

**Rivarox®(rivaroksaban)
– prevencija i terapija tromboembolizma**

Srđan Bošković

19.30-20.00 SIMPOZIJUM NOVARTIS

**Praktični aspekti primene prvog stuba za lečenje srčane
slabosti sa redukovanom ejekcionom frakcijom**

Ivan Stanković

Efikasnost valsartan/sakubitrila

Svetlana Apostolović

Bezbednost i inicijacija valsartan/sakubitrila

Ilija Srdanović

20.00

SVEČANO OTVARANJE

Dragan Lović, Marija Zdravković, Dejan Sakač,
Darko Antić, Goran Koraćević

Telemedicina-novi horizonti u dijagnostici

Miroslav Ilić

**08.00-09.30 POTENCIJALNO UGROŽAVAJUĆE ZAMKE U
INTERPRETACIJI OSNOVNIH INTERNISTIČKIH
DIJAGNOSTIČKIH METODA**

Moderatori: Goran Koraćević, Dejan Sakač

(Mis)interpretacija azotnih produkata i elektrolita

Radmila Veličković

**EKG u suspektnoj ishemiji miokarda:
male ali vrlo značajne promene**

Goran Koraćević

Druge zamke u EKG-u

Dejan Sakač

Zamke u interpretaciji radiograma pluća

Tatjana Pejčić

**Laboratorija lezije jetre i pankreasa može biti
kompleksna**

Goran Bjelaković

D dimer: moguće greške u tumačenju

Goran Marjanović

09.30-10.00 SIMPOZIJUM SERVIER

**Smanjenje KV rizika uz primenu fiksnih kombinacija za
lečenje hipertenzije I dislipidemije**

Aleksandar Đukić, Ivan Stanković

10.00-10.30 SIMPOZIJUM ADOC

Dibuzin – da li je butirat odgovor za sve?

Ivan Jovanović

10.30-11.00 SIMPOZIJUM ASTRAZENECA

Forxiga® – zaštitimo život pacijenatima sa T2D i CKD

Aleksandra Jotić, Milan Radović

11.00-12.00 SIMPOZIJUM PFIZER

**Izazovi savremene oralne antikoagulantne terapije kod
pacijenta sa AF-dokazi iz kliničke prakse**

Tanja Jozić

**Transtiretinska amiloidna kardiomiopatija -
upozoravajući znaci I simptomi**

Svetlana Apostolović

Goševa bolest - da li mislimo na nju?

Milan Petakov

12.00-12.45 SIMPOZIJUM PHARMASWISS
„Biramozdravlje”

**Prevencija koronarnog sindroma i hronične bubrežne
insuficijencije kod pacijenata sa diabetes mellitusom
– šta izabrani lekar može da uradi?**

Teodora Beljić Živković

**Bolesnik sa hipertenzijom i koronarnom bolešću:
šta kažu preporuke?**

Dejan Milašinović

**Savremena terapija srčane insuficijencije:
eplerenon u fokusu**

Slobodan Obradović

12.50-13.35 SIMPOZIJUM BOEHRINGER ING.
Empagliflozin – put do pravog pacijenta

**Kako do pravog pacijenta?
Pogled iz ugla endokrinologa**

Edita Stokić

**Kako do pravog pacijenta?
Pogled iz ugla kardiologa**

Dragan Kovačević

13.40-14.40 SIMPOZIJUM AMICUS

Toujeo u terapiji dijabetesa – postojeći i novi dokazi

Aleksandar Đukić

Tritace – zlatni standard u kardiovaskularnom kontinuumu

Petar Otašević

Flazak – Zašto je važan izbor glukokortikoida?

Predrag Ostojić

14.40-15.00 Pauza

**15.00-16.00 OSTEOPOROZA – DIJAGNOSTIČKE I
TERAPIJSKE DILEME**

Moderator: Milan Petronijević

Osteoporoza – zdravstveni i socijalni problem

Milan Petronijević

**Osteodenzitometrija – dijagnostičke i diferencijalno
dijagnostičke dileme**

Mirjana Veselinović

**Biohemijske dijagnostičke i diferencijalno dijagnostičke
dileme u osteoporozi**

Nataša Petronijević

Aktuelne preporuke za lečenje osteoporoze

Milan Petronijević

16.00-16.30 SIMPOZIJUM ALKALOID**Da li možemo zaštititi endotel?**

Vesna Stojanov

Prasugrel – provereni igrač u antitrombotičnoj areni

Vladimir Zdravković

16.30-17.10 SIMPOZIJUM INPHARM**Imunace i oksidativni stres**

Jasminka Šojić Rajčić

Feroglobin – više od gvožđa

Neda Grbović

17.15-17.45 SIMPOZIJUM NOVARTIS**Da li pacijente sa psorijazom treba pored dermatologa da leče i internisti?"**

Mirjana Milinković Srećković

17.45-18.05 SIMPOZIJUM PFIZER**Prevenција pneumokokne bolesti kod onkoloških pacijenata**

Ivana Božović Spasojević

18.05-18.15 Pauza

**18.15-20.00 MOGUĆNOSTI LEČENJA HRONIČNE BUBREŽNE
INSUFICIJENCIJE KAO MASOVNE BOLESTI**

*Moderatori: Sanja Simić Ogrizović, Violeta Knežević,
Arsen Ristić*

**Epidemiologija hronicne bubrezne insuficijencije
u svetu i Srbiji**

Milan Radović

**Dijabetesna bolest bubrega: zajednicki entitet
dijabetologa i nefrologa ili presek dva skupa?**

Aleksandra Jotić

**Hipertenzija i hronicna bubrezna insuficijencija:
uzrok ili greska u klasifikaciji?**

Violeta Knezević

**Srčana i hronična bubrežna insuficijencija:
kardiorenalni sindrom ili one way ticket?**

Arsen Ristić

**Hronična bubrežna insuficijencija, dijabetes sa
komplikacijama i oboljenje kardiovaskularnog sistema:
Leči samo nefrolog ili I dalje multidisciplinarni pristup?**

Sanja Simić-Ogrizović

**Ishodi lečenja hronične bubrežne insuficijencije:
sistemske bolesti vs. koalicije DM/HTA**

Dejan Čelić

08.30-10.00 PNEUMONIJE

Moderator: Tatjana Pejčić

Pneumonije, šta moramo znati?

Ivanka Đorđević

Makeri infekcije i infmalacije u pneumonijma

Desa Nastasijević Borovac

Antibiotici u pandemiji COVID-19

Mirna Đurić

Rezistencija na antibiotike

Tatjana Pejčić

Primena kiseonične terapije u pacijenata sa teškom pneumonijom

Lidija Ristić

10.00-10.30 SIMPOZIJUM INNVETA PHARMA

Primena Nattokinn-a u klinickoj praksi

Goran Rađen

10.30-11.00 SIMPOZIJUM AMICUS

Primena probiotika u gastroenterološkoj praksi

Srđan Đuranović

Sideropenijska anemija iz ugla gastroenterologa

Miodrag Krstić

11.00-11.30 SIMPOZIJUM PFIZER

**Kliničke karakteristike pacijenata sa transtiretinskom
amiloidnom polineuropatijom**

Zorica Stević

Uticaj Akromegalije na kardiovaskularni sistem

Mirjana Doknić

11.30-12.00 SIMPOZIJUM ACTAVIS

**Eplerenon jedan od stubova terapije srčane
insuficijencije sa redukovanom EF**

Dragan Lović

12.00-12.45 SIMPOZIJUM PHARMASWISS

Hemsko gvožđe u terapiji anemije kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom

Snežana Matić

Savremeni pristup lečenja anemije bubrežnih bolesnika

Voin Brković

Anemija u transfuziologiji

Vojislav Lukić

12.45-13.15 SIMPOZIJUM BOEHRINGER ING.

Dabigatran u lečenju AF i VTE-strategija od poverenja i iskustva

Biljana Putniković Tošić

**13.15-14.45 NOVE PREPORUKE ZA DIJAGNOSTIKU I TERAPIJU
HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJE 2022. GODINE**

*Moderatori: Petar Svorcan, Dragomir Damjanov,
Dragan Popović, Aleksandar Nagorni*

H.Pylori – Klinički značaj

Aleksandra Sokić-Milutinović

Koga treba testirati i lečiti

Aleksandra Pavlović-Marković

Kako dijagnostikovati i pratiti H.Pylori infekciju

Srđan Đuranović

Antibiotska rezistencija kod H.Pylori kao problem

Vladimir Milivojević

**Smernice Udruženja Gastroenterologa Srbije za
dijagnostiku i lečenje H.Pylori 2022.**

Tomica Milosavljević

14.45-15.15 **SIMPOZIJUM ABELA PHARM**

Moderator: Tomica Milosavljević

Bulardi®, zlatni standard u prevenciji antibiotskog kolitisa

Miodrag Krstić

Flobian®, prirodno rešenje za sve simptome IBS-a

Aleksandra Pavlović Marković

**15.15-16.15 GLP-1 AGONISTI I SGLT2 INHIBITORI:
KOME, KADA I ZAŠTO?**

Moderatori: Nebojša M. Lalić, Svetlana Jelić

Inovativni mehanizam dejstva GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u smanjenju metaboličkog, kardiovaskularnog i renalnog rizika

Nebojša M. Lalić

Mesto GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u svakodnevnoj praksi: gledište endokrinologa

Svetlana Jelić

Mesto GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u svakodnevnoj praksi: gledište kardiologa

Vladan Vukčević

Mesto GLP-1 agonista i SGLT2 inhibitora u svakodnevnoj praksi: gledište nefrologa

Sanja Simić-Ogrizović

16.15-16.45 **SIMPOZIJUM NOVONORDISK**

Novo poglavlje u lečenju tipa 2 dijabetesa

Nebojša M. Lalić

Katarina Lalić

Aleksandra Jotić

16.45-18.15 KADA INTERNISTA DA PREPOZNA VANPLUĆNU TUBERKULOZU?

Moderatori: Vesna Škodrić, Milan M. Radović

**Neprepoznata tuberkuloza
– primeri iz obdukcione sale**

Ivana Savić

**Kada internista da posumnja na
vanplućnu tuberkulozu?**

Mihailo Stjepanović

**Algoritmi brze dijagnostike i primena tehnika
sekvenciranja nove generacije u individualnom
pristupu lečenja tuberkuloze**

Irena Arandžević

Abdominalna tuberkuloza

Tamara Milovanović

Tuberkuloza bubrega

Ana Bontić

**Tumor kičme kod mlade sportistkinje
– dijagnoza TBC kičmenog pršljena posle
neurohirurške operacije**

Ana Milenković

18.15-20.00 OKRUGLI STO POST COVID – PANEL SESIJA

*Predsedništvo: Marija Zdravković, Dragan Lović,
Miodrag Krstić*

*Panelisti: Petar Svorcan, Marija Zdravković,
Spasoje Popević, Ivan Ranković, Goran Koraćević,
Biljana Parapid, Olivera Marković*

**Kako proceniti ukupan kardiovaskularni rizik kod
pacijenata nakon COVID-19 infekcije**

Dejan Sakač

**Kako proceniti plućnu funkciju posle COVID-19
obolenja?**

Milica Brajković

**Pulmoloska terapija u plućnim manifestacijama
postkovid sindroma**

Mihailo Stjepanović

**Diferencijalna dijagnoza dispnee nakon COVID-19
obolenja – značaj ergospirometrije**

Ivana Nedeljković

**Kardiomagnetna rezonanca i MSCT koronarografija
– nove metode u stratifikaciji rizika pacijenata sa
postkovid sindromom**

Marija Zdravković, Radosav Vidaković

Gastroenteroloske manifestacije postkovid sindroma

Marija Branković

Hematoloske manifestacije postkovid sindroma

Darko Antić

Endokrinoloski poremećaji u sklopu postkovid sindroma

Svetlana Jelić

Reumatoloske manifestacije postkovid sindroma

Predrag Ostojić

09.00-10.30 RAZLIČITA LICA HRONIČNOG KAŠLJA

*Moderatori: Vesna Tomic Spirić, Branka Bonači Nikolić,
Jasna Bolpačić*

Diferencijalna dijagnoza hroničnog kašlja

Vesna Tomić-Spirić

Hronični kašalj u atopijskim bolestima disajnih puteva

Aleksandra Perić Popodić

Diferencijalna dijagnoza kašlja u plućnim bolestima

Spasoje Popević

Kašalj i GERB

Dragana Mijač

Kašalj izazvan lekovima

S. Arandžević

**Značaj prepoznavanja vrste kašlja u dijagnostici i
terapiji kardiovaskularnih bolesnika**

Nebojša Antonijević

10.30-11.00 SIMPOZIJUM FARMIX

**Modrica na koži: beznačajna promena ili prvi znak
ozbiljne bolesti? Razlika je u detaljima**

Predrag Miljić

11.00-12.00 PRISTUP BOLESNIKU SA LUMBALNIM BOLOM

Moderator: Predrag Ostojić

Vrste bola u donjem delu leđa i kako ih prepoznati

Predrag Ostojić

Pristup bolesniku sa mehaničkim bolom u leđima

Ksenija Bošković

Pristup bolesniku sa zapaljenskim bolom u leđima

Bojana Stamenković

Nereumatski uzroci lumbalnog bola

Verica Stanković-Popović

**12.00-13.00 BOL U SREDOGRUĐU KOJI NIJE IZAZVAN
KORONARNIM OBOLJENJEM**

Moderatori: Dragan Đorđević, Goran Radunović

Nekoronarni bol u grudima u kardiološkoj praksi

Dragan Đorđević

Bol u grudima kod oboljenja organa za varenje

Dragana Mijač

Bol u sredogruđu izazvan reumatskim bolestima

Goran Radunović

13.00-14.00

KV SPEKTAR

Moderator: Dragana Šarenac

KV farmakoterapija

Dragana Šarenac

Kardiohirurško lečenje

Igor Živković

KV rehabilitacija

Ivana Burazor

Telemonitoring – KV modalitet lečenja

Jelena Lesanovic

OPŠTE INFORMACIJE

MESTO ODRŽAVANJA KONGRESA

Hotel Fontana
Vrnjačka Banja

REGISTRACIJA

Radno vreme:

Subota, 11. jun	10.00-19.30
Nedelja, 12. jun	07.30-19.30
Ponedeljak, 13. jun	07.30-19.30
Utorak, 14. jun	08.30-13.00

KOTIZACIJA

Kotizacija obuhvata bedž, kongresni materijal, pristup sesijama Kongresa, prostoru za izložbu i pristup društvenom programu.

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

U toku Kongresa biće održana prateća izložba u holovima hotela Fontana. Najpoznatiji proizvođači lekova, laboratorijske i druge medicinske opreme izložiće svoje najnovije proizvode.

OPŠTE INFORMACIJE

UPUTSTVO ZA PREDAVAČE

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

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.

UPUTSTVO ZA POSTERSKE PREZENTACIJE

Format postera: POWER POINT PREZENTACIJA format 16:9.

Poster će biti prikazivani na monitoru tokom pauza.

Termin za prezentaciju-diskusiju: nedelja, 12. jun 2022, od 15.00, prema rasporedu iz PROGRAMA

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

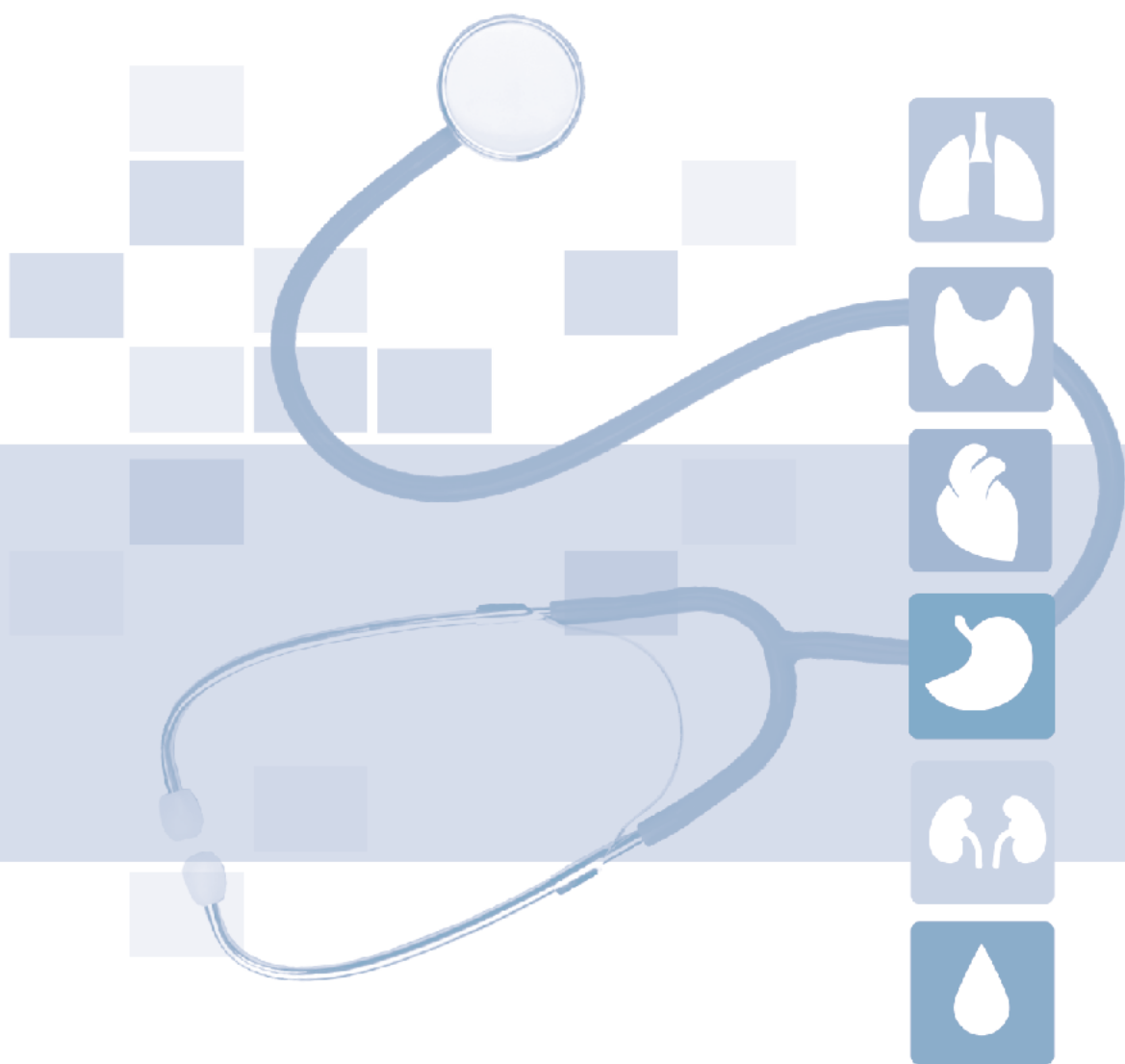
11000 Beograd, Njegoševa 72 a

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

e-mail: smarttravelpco4@smarttravelpco4.rs

www.smarttravelpco4.rs

ZBORNÍK SAŽETAKA



PR01 ZNAČAJ PREPOZNAVANJA VRSTE KAŠLJA U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI KARDIOVASKULARNIH BOLESNIKA

N. Antonijević^{1,2}, Ž. Leković¹, Č. Uštević³, D. Matić^{1,2}, Lj. Birovljev¹,
B. Damnjanović⁴, I. Ranković^{2,5}, A. Uščumlić^{1,2}, D. Rajić¹, L. Travica¹, N. Lojović¹,
M. Klarić¹, G. Koraćević⁶, M. Mihailović¹, V. Kanjuh⁷

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

³Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za gastroenterohepatologiju

⁶Univerzitetski Klinički centar Niš

⁷Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska akademija nauka i umetnosti

Uvod: Kasno prepoznavanje kardiovaskularnih uzroka kašlja rezultuje u gubitku dragocenog vremena za uspostavljanje dijagnoze. Savremena kardiologija razmatra kašalj kao bidirekcionu pojavu, ne samo kao simptom, već i kao uzrok određenih kardioloških oboljenja.

Suv neproduktivni kašalj koji nastaje pri naporu, kao samostalan simptom ili udružen sa dispnejom može biti uzrokovan plućnom kongestijom i srčanom insuficijencijom. U akutnom plućnom edemu kao flagrantnoj manifestaciji srčane insuficijencije kašalj postaje penušav, nekada i ružičasto prebojen. Zbog prateće dispneje, pratećih zvižduka pri auskultaciji pluća prouzrokovanih nalazom intersticijalnog edema pluća, odnosno simptoma poznatih kao kardijalna astma nekada se započinje terapija aminofilinom ili drugim lekovima koji ne samo da ne pomažu, već mogu i da izazovu ozbiljne komplikacije kod bolesnika. Paroksizmalna noćna dispneja i kašalj koji često nastaje posle 2-3 sata spavanja u ležećem položaju uz olakšanje simptoma pri uspravljanju dobro je poznat simptom srčane insuficijencije.

Bolesnici sa visokim venskim pritiskom uzrokovanim srčanom insuficijencijom ili mitralnom steozom teškog stepena, kao i oni sa kongenitalnim levo desnim šantovima često su skloni dodatnim plućnim infekcijama, pa se u tom slučaju mora misliti i o kombinovanim uzrocima kašlja.

Uzrok posteriorne epistakse i iskašljavanja krvavog ispljuvka je nekada u ozbiljnoj neregulisanoj hipertenziji ili primeni antitrombotskih lekova. Masivne hemoptize i hemoptoje komplikovane ek-sangvinacijom mogu nastati zbog rupture aneurizme aorte i kardijalnog sifilisa, nekada zbog rupture plućne arterije zbog prethodnih intervencija. U poslednje vreme sve češće se opisuje pojava hroničnog kašlja udruženog sa prevremenim ventrikularnim kompleksima ili drugim aritmijama, koji prolazi tek posle adekvatne medikamentozne ili kateterske terapije aritmija. Kašalj na jednoj strani može delovati kao okidač za nastanak ventrikularne tahikardije, ali je poznato da kašalj može biti uzročnik nastanka sinusnog aresta i uznapredovalog atrioventrikularnog bloka. Sinkope uzrokovane kašljem čine oko 2.6% svih sinkopa u odraslih, Poznat je fenomen i pejsmejkerom indukovano kašljanje. Nastanak suvog kašlja se opisuje u 3.9% do preko 10% osoba koje koriste ACE inhibitore.

Zaključak: Pored prepoznavanja različitih vrsta kašlja kao simptoma ozbiljnih kardioloških oboljenja savremena kardiologija identifikuje i niz aritmogenih i hemodinamski značajnih poremećaja uzrokovanih kašljem.

PR02 PLUĆNI TROMBOEMBOLIZAM: NOVI FAKTORI RIZIKA I VARIJETETI KLINIČKE PREZENTACIJE

N. Antonijević^{1,2}, Ž. Leković¹, Č. Uštević³, N. Bošković¹, D. Matić^{1,2}, Lj. Birovljev¹, G. Koraćević⁴, S. Obradović⁵, M. Vukčević⁶, D. Rajić¹, L. Travica¹, V. Kanjuh⁷

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

³Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

⁴Univerzitetski klinički centar Niš

⁵Vojnomedicinska akademija, Beograd

⁶Kliničko bolnički centar Zemun

⁷Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska Akademija Nauka i Umetnosti

Uvod: Razvoj savremenog društva, napredak medicine, ali i pojava raznih bioloških agenasa uzrokuje nastanak novih faktora rizika za venski tromboembolizam (VTE).

Pored ranije dobro poznatih uzroka u poslednje vreme se prepoznaju novi faktori rizika za plućnu tromboemboliju (PE) i VTE uopšte. Sve više se misli na nastanak VTE tokom ili posle određenih infekcija (pneumonije, urinarne infekcije, virusna oboljenja, HIV, naročito Covid-19 itd), tokom hospitalizacije bolesnika sa infarktom miokarda, srčanom i respiratornom insuficijencijom, autoimunim bolestima, pri povredama i manjim frakturama donjih ekstremiteta koje zahtevaju imobilizaciju, kao i pri artroskopskim procedurama u kolenu. Terapijske procedure kao što su plasiranje centralnih venskih linija, primena hemioterapije, naročito terapija antikancerskih lekova iz klase inhibitora angiogeneze, eritropoeznih agenasa, transfuzija, laparaskopske intervencije, „in vitro“ fertilizacije su faktori rizika za PE. Etiopatogenetski fokus VTE se sa trombofilnih stanja pomera kao pojavi paraneoplastičnih stanja. Smatra se da se malignitet dijagnostikuje u oko 10% bolesnika sa spontanim VTE tokom godinu dana praćenja. Dugo sedenje u prevoznim sredstima i pri radu sa elektronskom opremom, nastanak tkz „e-tromboza“ predstavlja poseban faktor rizika za VTE.

Posebno rizičnu grupu za nastanak atipičnih ili oligosimptomatskih prezentacija PE čine postoperativni bolesnici pod dejstvom anestetika, osobe sa smanjenom kognitivnom rezervom, stariji bolesnici, oni sa cerebrovaskularnim insultima, depresijom. Pored dobro poznatih tipičnih simptoma PE se može manifestovati ubrzanim zamaranjem na ranije uobičajene napore, malaksalošću, recidivantnim sinkopama, vrtoglavicama, subfebrilnošću, promenama u mentalnom statusu, kliničkom slikom respiratorne infekcije, *de novo* aritmijama, neobjašnjivom tahikardijom, rezistentnom srčanom insuficijencijom, tahipnejom, abdominalnim bolovima usled hepatične kongestije ili iradijacije bola iz donjeg desnog plućnog polja, nastankom normotenzije bez potrebe za ranijom antihipertenzivnom terapijom, i drugim nespecifičnim tegobama za koje se kasnije može utvrditi da su bili kauzalitet PE. Anegdotalne kliničke prezentacije PE su: *platypnoea orthodeoxia* (antiteza ortopnoje; rezultat desno levog šanta kroz patentni foramen ovale), promuklost, štucanje. Kao poseban problem razmatramo bolesnike sa paradoksnim VTE (cerebralno, u spleničnim, hepatičkim, renalnim arterijama).

Zaključak: Prepoznavanje klasičnih i novih faktora rizika, upoznavanje sa mogućim atipičnim varijetetima PE omogućuje pravovremenu dijagnostiku i terapiju ovog u kliničkoj praksi često nedijagnostikovanog entiteta.

PR03 GENERALIZOVANA MILIJARNA TUBERKULOZA

– PRIKAZ PACIJENTA IZ NAŠE PRAKSE

V. Škodrić-Trifunović¹, J. Perić², S. Radisavljević-Pavlović¹, I. Brzaković³, M. Urošević⁴

¹Klinika za pulmologiju UKCS

²Klinika za dermatovenerologiju UKCS

³Spec. bolnica za psihijatrijske bolesti Dobrota, Kotor, Crna Gora

⁴Spec. bolnica za interne bolesti Mladenovac

Prikaz slučaja: Kod pacijenta R.M. (71) su se pojavile zapaljenske promene sa desne strane vrata, koje su gnojile i spontano se drenirale, zbog čega je lečen u različitim ustanovama pod dijagnozama: *Furuncul et carbunculus*, *Dermatitis seborrhoica*, *Neoplasma benignum lipomatosum*, *Abscessus colli*. Primenjivana je antibiotska terapija (sistemska i topikalna), učinjene incizija i drenaža gnojnog procesa na vratu, ali nije postavljena odgovarajuća dijagnoza, niti je bilo terapijskog odgovora. Potom su se pojavile nove kožne promene na prednjoj strani grudnog koša. Hospitalizovan je na Klinici za dermatovenerologiju UKCS marta 2022. god. Učinjeno je više mikrobioloških analiza iz brisa/punktata promene na vratu pod sumnjom na tuberkulozu. Bojenje preparata po *Zheil-Neelsen* nije pokazalo prisustvo acidorezistentnih bacila. PCR test punktata i zasejavanje punktata na MGIT pokazali su negativan rezultat. Pozitivan rezultat PCR testa (Xpert MTB/RIF) iz brisa lezije već sutradan je ukazao na prisustvo kompleksa *M. tuberculosis*, a nakon 8 nedelja potvrđena je tuberkulozna infekcija pozitivnim rezultatom zasejanja uzorka punktata limfne žlezde vrata na *Loewenstein* podlozi. Tri uzorka sputuma na Kohov bacil, PCR test sputuma i Quantiferon Gold test dali su negativan rezultat. Pristupilo se biopsiji lezije na vratu. Histopatološka dijagnostika biopata pokazala je elemente koji mogu odgovarati tuberkulozi sa znacima sekundarne bakterijske infekcije. Postavljena je dijagnoza *Tuberculosis cutis et subcutis*. Nastavljeno je detaljno ispitivanje u cilju otkrivanja novih tuberkuloznih žarišta. Na rentgenskom snimku pluća (levi profil) uočena je suspektna manja senka intenziteta fibrokalifikata, te je indikovao MSCT toraksa, na kom je otkriven tuberkulom u donjem levom režnju, promera 20 mm, desnostrana pleuralna efuzija uz više kavitarnih promena uz parijetalnu pleuru, promera 10-30 mm, manja perikardna efuzija, te specifična medijastinalna (33x20 mm) i subklavikularna (promer 17 mm) limfadenopatija. Iznenadjujuć je bio pozitivan nalaz kulture urina na *Loewenstein* podlozi. Započeta je antituberkulozna terapija kombinacijom lekova: izonijazid, rifampicin, pirazinamid, etambutol. Zbog multiorganske zahvaćenosti, lečenje je nastavljeno na Klinici za pulmologiju UKCS, gde je učinjen MSCT abdomena i male karlice, čiji je nalaz bio uredan, i ponovo je uzet uzorak sputuma i uzorak krvi radi ispitivanja na *M. tuberculosis* (analize u radu). Nastavljena je antituberkulozna terapija po istoj shemi.

Zaključak: Kod ovog bolesnika reč je o generalizovanoj milijarnoj tuberkulozi, sa multiorganskim zahvatanjem: limfnih žlezda na vratu (*Scrofuloderma*) uz medijastinalnu i aksilarnu limfadenopatiju, kože i potkožnog tkiva, plućnog tkiva, pleure, perikarda, urinarnog trakta. U situacijama kada kod pacijenta postoji nerazjašnjeno stanje, bilo u smislu promena na koži, bilo uvećanih limfnih žlezda, ili druge netipične promene na različitim organima, i ukoliko dotadašnje lečenje/ispitivanje nije dalo rezultate, treba misliti na tuberkulozu, koja se može manifestovati raznoliko, i treba uputiti uzorke na mikrobiološke analize (Xpert MTB/RIF, MGIT, LOW), ili učiniti biopsiju radi patohistološke verifikacije. Od velikog značaja u kliničkoj praksi je što je primenjena brza, pouzdana molekularna metoda dijagnostike (Xpert MTB/RIF). Odmah potom pacijent je mogao da započne adekvatno lečenje.

Cljučne reči: generalizovana milijarna tuberkuloza, *Scrofuloderma*, Xpert MTB/RIF

PP01 KOMPARATIVNA ANALIZA ISHODA LIJEČENJA PACIJENATA SA TEŠKOM, OBOSTRANOM UPALOM PLUĆA UZROKOVANOM COVID-19 INFEKCIJOM U ZAVISNOSTI OD DOZE METILPREDNIZOLONA

V. Bošković¹, J. Vlaović Bošković², B. Babović¹, M. Mešter Kljajević³

¹Klinički centar Crne Gore

²Opšta bolnica Nikšić

³Dom zdravlja Bijelo Polje

Uvod i cilj: Kod pacijenata sa teškom upalom pluća koji su na visokim protocima kiseonika ili su na nekom od modova mehaničke ventilacije a nemaju kriterijume za ordiniranje biološke terapije, kod kojih nije dobijen zadovoljavajući odgovor na metilprednizolon u dozi od 1 mg /kg/24h preporučene su doze od 80 do 125 mg na 12h ili kod najtežih pacijenata 250-500mg /24h.

Materijal i metod rada: Izvršena je statistička obrada i komparativna analiza kod 28 pacijenata koji su tokom prvog talasa pandemije liječeni od upale pluća uz suplementaciju visokim dozama kiseonika (>15l/min) ili bili na mehaničkoj ventilaciji.

Rezultati: Od 28 pacijenata, osam je bilo na NIV-u, četiri na invazivnoj MV a šesnaest na visokim protocima kiseonika. Starost pacijenata je bila od 40 do 80 godina. Žena je bilo 8 a muškaraca 20. Deset je imalo BMI > 27 kg/m², od toga dvoje intubirano, troje na NIVu, ostali na kiseoniku. Svi su primljeni između 6. i 12. dana bolesti. Četiri pacijenta koji su intubirani na prijemu i 2 koji su nakon 3 dana liječenja intubirani dobijali su 250 mg na 12h metilprednizolona. Četiri pacijenta na NIVu su dobijali 250 mg na 12 h, po dvoje 125 i 100mg na 12h. Sedam pacijenata koji su bili na visokim protocima kiseonika dobijalo je 80 mg metilprednizolona na 12h, po troje 100, 125 i 250 mg na 12h. Svi pacijenti su bili na terapijskim dozama niskomolekularnog heparina i antibioticima. Pacijenti koji su bili na invazivnoj mehaničkoj ventilaciji su preminuli usled komplikacija i težine bolesti. Pacijenti na visokim protocima kiseonika i oni koji su liječeni od početka hospitalizacije neinvazivnom ventilacijom su uspješno oporavljeni.

Zaključak: Na osnovu komparativne analize može se zaključiti da nije bilo značajne razlike u toku i ishodu liječenja pacijenata sa obostranom upalom pluća uzrokovanom covid 19 infekcijom liječenim metilprednizolonom u dozi od 80-250 mg na 12h. Nije primijećen ni uticaj većih doza na dužinu hospitalizacije.

PP02 RETROPERITONEALNI HEMATOM I APSCES KAO KOMPLIKACIJA LIJEČENJA SARS-COV-2 UZROKOVANE OBOSTRANE PNEUMONIJE

V. Bošković¹, J. Vlaović Bošković², B. Babović¹, M. Mešter Kljajević³

¹Klinički centar Crne Gore

²Opšta bolnica Nikšić

³Dom zdravlja Bijelo Polje

Muškarac starosti 41 godinu, primljen na hospitalno liječenje zbog obostrane upale pluća uzrokovane SARS-CoV-2 infekcijom. Od ranije astma, hipertenzija, gojaznost. Ambulantno tretiran niskomolekularnim heparinom u profilaktičkim dozama, makrolidima. Sedmog dana bolesti hospitalizovan. Po prijemu nastavljena terapija profilaktičkim dozama niskomolekularnog heparina /Enoxaparin/. Trećeg dana hospitalizacije zbog pogoršanja respiratornog obrasca stavljen na neinvazivnu mehaničku ventilaciju (NIV- CPAP, FiO₂ 100%, CPAP 6). U daljem toku se verifikuje kliničko poboljšanje i radiografska regresija promjena na plućima. Sedmog dana hospitalizacije na kiseoniku sa protokom od 15 l O₂/min inicijalno, sa tendencijom smanjenja protoka. Jedanaestog dana hospitalizacije žali se na bolove u desnoj lumbalnoj loži sa propagacijom ka ingvinumu. Objektivno trbuh mek, bolno neosjetljiv na palpaciju. Peristaltika čujna. Bez znakova peritonealnog nadražaja. Lumbalne lože bolno neosjetljive na sukusiju. Na analgetike kratkotrajno poboljšanje. Uradi se ultrazvučni pregled trbuha i verifikuje manji kalkulus desnog bubrega. Dan kasnije uradi se nativni CT abdomena na kom se posumnja na multiplu leziju jetre otvorene etilogije. Tegobe perzistiraju. Fizikalni nalaz bez promjena. Laboratorijski se održavaju mirni markeri inflamacije, transaminaze dva puta uvećane, hemoglobin od 110 do 120 g/l. Indikuje se i uradi MSCT abdomena i male karlice na kome se vizuelizuje hematoma u regiji desnog m. iliopsoasa sa propagacijom kaudalno. Isključen niskomolekularni heparin iz terapije. MSCT angiografija ukaže na promjenu koja odgovara hematomu m. iliopsoasa desno sa propagacijom kaudalno, bez drugih patoloških promjena. Mišljenje hirurga je da se pacijent prati s obzirom na to da nema aktivnog krvarenja. U daljem toku opstipacija koja se ne reguliše laksativima. Nativni rtg snimak abdomena ukaže na aerolikvidne nivoe. Pacijent dobije dvije klizme i uspostavi se pasaža crijeva. Zbog febrilnosti urade se kulture kao i markeri inflamacije i verifikuje porast C- reaktivnog proteina uz miran prokalcitonin i sterilne kulture. Pacijent se i dalje povremeno žali na bolove u predjelu desne lumbalne lože sa propagacijom ka ingvinalnoj regiji i niz desnu nogu. Posumnja se na apsces na terenu prethodnog hematoma i uradi se MR abdomena i male karlice na kom se verifikuju dva apscesa u predjelu desnog m. iliopsoasa veličine 56x 78mm i 35x43mm. Ordinira se antibiotska terapija i konsultuje abdominalni hirurg koji indikuje operativno liječenje.

PP03 EMFIZEM DONJEG DESNOG KAPKA KAO PRVA MANIFESTACIJA PNEUMOMEDIJASTINUMA

J. Vlaović Bošković¹, V. Bošković², B. Babović², M. Mešter Kljajević³

¹*Opšta bolnica Nikšić*

²*Klinički centar Crne Gore*

³*Dom zdravlja Bijelo Polje*

Pacijentkinja rođena 1955. godine, primljena preko Urgentnog centra u Kliniku za infektivne bolesti zbog obostrane pneumonije uzrokovane SARS-CoV-2 infekcijom i pogoršanja respiratornog obrasca. Četiri dana prije prijema verifikovan pozitivan PCR test na SARS-CoV-2. Od ranije hipertoničar, gojaznost. Na prijemu na 10 l O₂/min, SpO₂ 96%. Šestog dana hospitalizacije zbog pogoršanja respiratornog obrasca stavljena na neinvazivnu mehaničku ventilaciju (NIV-CPAP, FiO₂ 100%, CPAP 6). U daljem toku postepeno snižavan udio kiseonika u udahnutom vazduhu. Nakon dvadeset dana provedenih na neinvazivnoj ventilaciji pacijentkinja uspješno skinuta i prevedena na kiseoničnu masku sa inicijalnim protokom 15l/min koji je postepeno snižavan. Imaging metodama verifikovana regresija promjena na plućima. Petog dana nakon skidanja sa neinvazivne mehaničke ventilacije pacijentkinja na 12l O₂/min preko maske i održava SpO₂ 94-95%, eupnoična u miru, hemodinamski stabilna. Istog dana u kasnim večernjim satima žali se na otok donjeg desnog kapka. Fizikalnim pregledom verifikuju se krepitacije i posumnja na subkutani emfizem. Fizikalnim pregledom se verifikuju i potkožne krepitacije facijalnog masiva desno uz oslabljen disajni šum obostrano ali više nad lijevim plućnim kri-lom. Uradi se CT desne orbite, paranasalnih sinusa i endokranijuma kao i CT grudnog koša i verifikuje ekstenzivan pneumomediјastinum, pneumotoraks lijevo, subkutani emfizem facijalnog masiva bez kompresije na bulbuse. Od strane hirurga dreniran pneumotoraks lijevo. Dva dana kasnije verifikuje se srčani zastoj i pristupa mjerama napredne kardiopulmonalne i cerebralne resuscitacije ali se ne uspostavlja srčani ritam i verifikuje se smrtni ishod.

PP04 REINFEKCIJA DELTA SOJEM COVID-19 VIRUSA NAKON VAKCINACIJE – PRIKAZ SLUČAJA

V. Bošković¹, J. Vlaović Bošković²

¹Klinički centar Crne Gore

²Opšta bolnica Nikšić

Pacijent, inače ljekar, rođen 1993. godine, liječen u kućnim uslovima krajem decembra 2020. godine do 8. januara 2021. godine kada mu ističe samoizolacija od 14 dana. Tada, blaža klinička slika u vidu subfebrilnosti tokom par dana, slabosti, bolova u mišićima. PCR test na SARS-CoV-2 pozitivan. Pacijent se nakon izolacije vratio svakodnevnim obavezama, radno bio aktivan. Vakcinisan Sputnik V vakcinom / dvije doze/. Tri sedmice nakon revakcinacije urade se „spike“, antitijela IgG- nalaz IgG >17 (ref. vr. < 1) Četiri sedmice nakon druge doze vakcine pacijent se žali na slabost, malaksalost, curenje iz nosa, pritisak u predjelu frontalnih sinusa, gubitak čula mirisa. Uradi se brzi Ag test na covid 19, nalaz pozitivan. Uradi se PCR test na SARS-CoV-2 – nalaz pozitivan. Pacijentu se preporuči samoizolacija uz epidemiološki nadzor i simptomatska terapija. Pacijent uspješno oporavljen.

PP05 VENTRIKULARNI POREMEĆAJI RITMA KOD PACIJENATA SA RAZLIČITIM OBLICIMA AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA I PARAMETRIMA SISTOLNE FUNKCIJE LEVE KOMORE

M. Isailović-Keković, P. Keković

Bolnica „Dr Aleksa Savić” Prokuplje

Cilj: Ispitati vezu između parametara sistolne funkcije leve komore i ventrikularnih poremećaja ritma kod pacijenata sa različitim oblicima akutnog koronarnog sindroma (AKS).

Metode: Ukupno 116 pacijenata sa AKS je razmatrano za ulazak u studiju. Vrednosti ejekcione frakcije (EF) i frakcije skraćanja (FS) merene su ehokardiografijom. Nivoi natriuretskog peptida u mozgu (BNP) u plazmi su mereni korišćenjem Triage meter pro biosite.

Rezultati: Ovom studijom je obuhvaćeno 116 pacijenata (75 muškaraca, 41 žena) prosečne starosti $68,23 \pm 10,82$ godine koji su hospitalizovani zbog različitog oblika AKS. U ovoj grupi bilo je 38 pacijenata sa ventrikularnim poremećajima ritma-aritmičnim pacijentima (32,76%) i 78 pacijenata bez ventrikularne aritmije-nearitmični pacijenti (67,24%). U grupi sa aritmičnim bolesnicima bilo je 27 muškaraca (71,05%) i 11 žena (28,95%). Prosečna EF kod aritmičnih pacijenata bila je $47,99 \pm 12,82\%$, dok je prosečna EF kod nearitmičnih pacijenata bila $55,43 \pm 10,93\%$. ($P < 0,05$). Prosečna vrednost FS kod aritmičnih pacijenata bila je $25,07 \pm 8,17\%$, a kod nearitmičnih pacijenata $29,66 \pm 7,35\%$. ($P < 0,05$). Prosečna vrednost BNP kod aritmičnih pacijenata bila je $603,5 \pm 381,67$ pg/ml, dok je prosečna vrednost BNP kod nearitmičkih pacijenata bila $219,13 \pm 220,18$ pg/ml. ($P < 0,01$). U aritmičnoj grupi bio je 21 pacijent sa Kilipom I, 10 Kilipom II, 5 Kilipom III i 2 Kilipa IV. U nearitmičnoj grupi bilo je 70 pacijenata sa Kilipom I, 8 Kilipom II i nema pacijenata sa Kilipom III i IV.

Zaključak: Pacijenti sa ventrikularnim poremećajima ritma u akutnom koronarnom sindromu imali su niže vrednosti EF i FS od pacijenata bez ventrikularnih aritmija, a imali su više vrednosti nivoa BNP.

PP06 INTERNISTIČKA PREOPERATIVNA PRIPREMA U OFTALMOHIRUGIJI, INFEKCIJA COVID 19 I VAKINACIJA

Lj. Kolarski Nenadić¹, N. Nenadić², V. Kamenica³

¹Očna bolnica „Profesional“, Zemun

²DZ Zvezdara, Beograd.

³DZ Dr Simo Milošević, Beograd

Uvod i cilj: Infekcija virusom COVID 19 je najznačajnija i najtastupljenija infekcija u svetu u poslednje 2 godine. S obzirom na to da je u pitanju virusna infekcija, jedino adekvatno „oružje“ za borbu je proizvedena vakcina i njena što masovnija primena. Ipak treba napomenuti da postoji i antivirusna terapija (favipiravir i molnupiravir) ali važeći protokoli lečenja postavljaju stroge indikacije za primenu postoje i brojne kontraindikacije a i zbog cene leka nije široko dostupna. Obuhvat vakcinacijom u Srbiji je 50-55% i smatra se nedovoljnim. Domira starija populacija a deo vakcinisanih nije kompletno vakcinisan-nedovoljan broj primljenih doza predviđenih za određenu vrstu vakcine. Cilj našeg rada je da prikazemo odnos ukupnog borja naših pacijenata kako i pozitivnih i vakcinisanih tako i njihovu zastupljenost prema životnom dobu u odnosu na procenat imunizovanih u opštoj populaciji Srbije.

Metode: U internističkoj ambulanti očne bolnice preoperativni pregledi su uključivali anamnezu, vakcinalne sertifikate, ostalu medicinsku dokumentaciju onih koji su preležali infekciju, osnovne laboratorijske analize krvi, fizikalni pregled sa ekg-om kao i brzi Ag test obavljen 1-3 dana pre operacije a zatim statističku obradu podataka.

Rezultati: U dvomesečnom periodu (18.11.2021. - 16.01.2022.) pregledano je 168 pacijenata, 79 muškaraca (47.2%) i 89 žena (52.98%). Pozitivnih ali asimptomatskih je 5 (2.97%) pacijenata. Od njih su 2 osobe vakcinisane, 1 je preležala infekciju a 2 nisu vakcinisane uopšte. Ukupno vakcinisanih je 131 (78%) od koji je 22 (16.79%) preležalo infekciju uprkos imunizaciji, većina sa blagom kliničkom slikom. Samo 5 (3.8%) je hospitalizovano zbog pneumonije i lečeno medikamentoznom i oksigenoterapijom. Nevakcinisanih je 37 (22%) od kojih 2 osobe nisu iz medicinskih razloga (autoimuna bolest i malignitet). Starijih od 60 godina je bilo 132 (78.46%).

Zaključak: Na osnovu dobijenih podataka zaključujemo da je među našim pacijentima procenat vakcinisanih značajno veći u odnosu na procenat imunizovanih u opštoj populaciji Srbije. Uočava se i da je procenta vakcinisanih skoro identičan procentu starijih od 60 godina. Uzrok ovakih rezultata je najverovatnije taj što je starija populacija odgovornija u postupanju, mnogo više prijemčljiva za zvanične preporuke državne vlasti i ministarstva zdravlja a koje je i prihvatila, pridržavala ih se i primenila.

PP07 PULMONARY EMBOLISM AND COVID

M. Zdraveska, D. Dimitrievska, D. Todevski

PHI University Clinic of Pulmology and Allergy, Medical faculty Skopje, Macedonia

Pulmonary embolism (PE) is a leading preventable cause of death among hospitalized patients. The incidence of PE is approximately 60 to 70 on 100 000; its management remains a serious health problem. The two years experience with COVID -19 infections showed that hypercoagulability, and vascular changes consistent with endothelitis, leading to increased incidence of thrombotic events and PE is associated with acute COVID 19 as well as early post COVID period. In order to estimate the prevalence and characteristics of the patients with PE and COVID in Macedonia, we analyzed the data from the Registry for pulmonary embolism at the Clinic of Pulmology and Allergy in Skopje from the period from March 2020 until December 2021. A total of 64 (37 male and 27 female, 57.8% and 42,2% respectively). patients were hospitalized at the Clinic with radiologically confirmed PE, aged from 19 to 80 years. The average BMI was 31.85%. Smoking prevalence was 42.2%. 21 (32.8%) were treated with Vitamin K antagonists (VKA) and 43 (67.2%) with direct oral anticoagulants (DOAC). The sPESI score predicted severe PE in 39 (60.9%). The overall prevalence of lethal events was 15/64 (23.4%), from which acute mortality was 9.3%, and additional 14.1% in the first 30 days. 36 patients (56.25%) had massive, central and lobar PE, and only 28.1% had pleural effusion and infarction. Persistent thrombi after 6 months were detected only in 3.7 of the patients, and recurrent PE in 2 patients (3.1%). Bleeding complications were detected in 31.25%. Conclusion: PE is frequently associated to COVID19 infection. There are no current guidelines guiding the preference of the treatment modality and duration of long term treatment of COVID associated PE.

PP08 EUGLIKEMIJSKA KETOACIDOZA KOD PRIMENE EMPAGLIFLOZINA

I. Vranić, I. Stanković, M. Panić, P. Miličević, A.N. Nešković

KBC Zemun, Klinika za internu medicinu, Služba kardiologije

Uvod i cilj: Empagliflozin je antidijabetik koji se pokazao efikasnim u lečenju srčane slabosti. Primenuje se kod pacijenata sa sistolnom i/ili dijasistolnom disfunkcijom leve komore. Prikazujemo slučaj pacijentkinje sa nepovoljnim metaboličkim statusom i skorašnjom kardiohirurškom operacijom koja je razvila euglikemijsku ketoacidozu na primenu empagliflozina.

Metode: Pacijentkinja stara 69 godina, primljena je u Koronarnu jedinicu zbog tromboembolije pluća visokog-intermedijarnog rizika, sa posledičnom atelektazom i pneumonijom desnog donjeg plućnog režnja, mesec dana nakon hirurške revaskularizacije miokarda. Od ranije leči dijabetes melitus tip 2 kombinovanom terapijom (srednje dugodelujući insulin, metformin, empagliflozin). Na primenjenu antikoagulantnu terapiju stanje bolesnice se stabilizuje. Petog dana hospitalizacije dolazi do razvoja otežanog disanja Kussmaulovog tipa, mučnine i malaksalosti, bez drugih promena u fizikalnom nalazu i bez elektrokardiografske i ehokardiografske dinamike.

Rezultati: Laboratorijskim analizama je registrovana metabolička acidoza sa povišenim anjonskim zjapom (pH 7.19, HCO_3^- 6.1 mmol/L, anjonski zjap 31 mmol/L) i značajna ketonurija. Glukoza u serumu je bila lako povišena (9.5 mmol/L). Postavljena je sumnja na euglikemijsku ketoacidozu, zbog čega je obustavljen empagliflozin i ordinirana terapija za dijabetesnu ketoacidozu. Nakon 36 sati dolazi do normalizacije pH krvi i stabilizacije stanja pacijentkinje (grafikon).

Zaključak: Empagliflozin može izazvati euglikemijsku ili umerenu hiperglikemijsku ketoacidozu kod pacijenata sa nepovoljnim metaboličkim profilom. Zbog moguće pojave ketoacidoze, kao i potencijalnog odloženog efekta empagliflozina usled usporene farmakokinetike leka, trebalo bi razmotriti privremeno obustavljanje leka kod velikih operativnih zahvata, infekcija i akutnih teških bolesti.

PP09 ДАЛИ ЈЕ ЛОША ГЛИКОРЕГУЛАЦИЈА ПОСЛЕДИЦА ПРИСУТНЕ ДЕПРЕСИЈЕ КОД ДИЈАБЕТЕСА ТИП 2

М. Бајдевска-Спирковска¹, С. Докузова²

¹Општина болница Куманово

²Клиничка болница ШТИИ

Увод и циљ: Квалитет живота пацијентима са типа 2 дијабетесом је директно афектиран присуством депресивног синдрома. Депресија умањује способност пацијената да редовно узимају терапију, да имају соодветни хигијено-дијететски режим и тиме директно повећава могућност појаве акутних и хроничних компликација, чије што присуство погоршава депресивне симптоме. Коегзистенција дијабетеса и депресије има негативни учинак на квалитет живота пацијента, они имају мању физичку активност, већу потребу од лекарских интервенција и лекова, и тиме делују на веће здравствене трошкове као и ризик од појаве других хроничних болести. Циљ овог труда је да укаже на важност скрининга депресије код пацијената са дијабетесом, посебно са лошо регулираним типа 2 дијабетесом.

Материјал и методи: материјал претстављају 32 пацијента са типа 2 дијабетесот коју су се јавили на преглед у нашем Центру за дијабетес у периоди од 1 до 31 марта 2022. Услов је био да немају претходно дијагностицирано психичко обољење и незадовољавајућа гликорегулација (гликозилирани хемоглобин већи од 7%). Пацијенти су попуљавали упитник о самопроцени депресије (Patient Health Questionnaire 9 PHQ-9). 17 учесника (53,2%) је било женског пола, 15 (46,8%) је било мушког пола, 15 пацијената (46,8%) је било са трајањем дијабетеса више од 10 година, 10 (31,25%) са трајањем између 5 и 9 год, 7 (21,8%) са трајањем дијабетеса до 5 година.

Резултати и дискусија: Код 17 испитаника (53,2%) је евидентирано присуство депресије, и то код 12 пацијентата (37,5%) је имало између 15-19 бода (умерена депресивна епизода), 5 пацијената (15,62%) је имало између 10-14 бода (блага депресија), док су остали 15 испитаника (46,8%) имали мање од 5 бода што је нормални наод. Депресивни симптоми су били присутни код пацијента са дужем трајањем дијабетеса и присутних придружних коморбидитета.

Закључак: Управо због бројне негативне исходе на здравје пацијената са дијабетесот и придружном депресијом, важно је да узмемо у обзир присуство депресије код пацијентима са дијабетесом, посебно код оних код којих теже успостављамо добру гликорегулацију, јер можда је управо депресија разлог лоше гликорегулације.

PP10 КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ПАЦИЈЕНТА СА ПРЕДИЈАБЕТЕСОМ

М. Бајдевска-Спирковска¹, С. Докузова²

¹Ойшша болница Куманово

²Клиничка болница Шийи

Увод и циљ: Бројне епидемиолошке студије указују да је предиабетес важни предиктор кардиоваскуларних исхода пацијената, јер се кардиоваскуларни ризик повећава много пре клиничке манифестације дијабетеса, па је зато рана детекција и третман предиабетеса важни корак у превенцији дијабетеса типа 2. Циљ овог труда је да прикаже клиничке карактеристике пацијената са предиабетесом.

Приказ случаја: Материјал претстављају 30 пацијента са новооткривеним предиабетесом, у периоди од јануара-априла 2021, и они су проспективно праћени у периоду од 1 године, њихова возраст, пол, присуство коморбидитета, атхеренца спрема терапије и дали уопште прифаћају болест, и коју је тек болести и гликорегулације.

Резултати и дискусија: У однос на пол, доминира женски пол са 20 испитаника (66,7%) , док су 10 испитаника (33,3%) мушког пола. У однос на возраст присутне су све возрасне групе скоро подједнако: 9 (30%) је на возраст 61-70 год, 6 (20%) је на возраст од 41-50 год, 5 (16,6%) > 71 год, 5 (16,6%) < 40 год, 5 (16,6%) од 51-60 године. Од коморбидитета најдоминантније је присуство хипертензије, дислипидемије и обезности. 17 пацијента (56,6%), је прихватило дијагнозу предиабетес, редовно су узимали терапију и долазили на контроле, од њих само 4 пацијената (13,3%) су развили клиничку слику дијабетеса у периоду од једне године, док 13 пацијента (43,3%) нису прифатили дијагнозу и терапију предиабетеса и не долазе на контроле. Ово је значајан здравствени проблем на коју морамо деловати.

Закључак: Оно што видимо у клиничкој пракси, су бројне пропуштене шансе у превенцију дијабетеса у примарној пракси. Управо матични лекари су примарна карика превенције, и они морају променити свој приступ предиабетесу јер је њихова улога јако важна.

PP11 ODNOS IZMEĐU EHOKARDIOGRAFSKIH PARAMETARA, DIJABETESA I VARIJABILNOSTI SRČANE FREKVENCije KOD PACIJENATA SA STABILNOM ANGINOM PEKTORIS

V. Stoičkov^{1,2}, I. Tasić^{1,2}, I. Stoičkov³, M. Golubović⁴, S. Andonov²

¹Medicinski fakultet, Univerziteta u Nišu, Srbija

²Institut za lečenje i rehabilitaciju „Niška Banja“, Niš, Srbija

³Poliklinika Human, Niš, Srbija

⁴Klinika za kardiovaskularnu hirurgiju, Klinički centar, Niš, Srbija

Uvod i cilj: Ehokardiografski parametri sistolne funkcije leve komore i varijabilnosti srčane frekvencije (HRV) se koriste za identifikaciju koronarnih pacijenata sa rizikom za neželjene kardiovaskularne događaje. Cilj ove studije bio je da se ispita odnos između ehokardiografskih parametara, dijabetesa i varijabilnosti srčane frekvencije kod pacijenata sa stabilnom anginom pektoris.

Metode: Studijom je obuhvaćeno 123 bolesnika sa stabilnom anginom pektoris, koji su bili u sinusnom ritmu bez AV bloka ili blokova grana (prosečna starost 57,8 godina) i 35 ispitanika bez kardiovaskularnih bolesti (prosečne starosti 51,1 godina), koji su bili u kontrolnoj grupi. Pacijenti sa stabilnom anginom pektoris podeljeni su u dve podgrupe: 45 pacijenata je bilo sa dijabetes melitusom, a 78 bez dijabetesa. Nije bilo značajne razlike u starosti ili polu između dve podgrupe pacijenata. Kod svih ispitanika urađen je ehokardiografski pregled i 24-h Holter monitoring. Iz holterskog zapisa softverski je vršena analiza HRV, analizirani su parametri vremenske analize: SDNN, SDANN, RMS-SD i NN>50ms.

Rezultati: Studija je pokazala da pacijenti sa stabilnom anginom pektoris imaju značajno niže vrednosti ejekcione frakcije leve komore (LVEF: $60,4 \pm 9,5$: $70,5 \pm 4,8\%$; $p < 0,001$), a značajno veće vrednosti end-sistolnog dijametra leve komore (LVESd: $35,0 \pm 6,3$: $30,4 \pm 3,5$ mm; $p < 0,001$) i end-dijastolnog dijametra leve komore (LVEDd: $53,3 \pm 6,5$: $50,9 \pm 4,2$ mm; $p < 0,01$), kao i viši stepen dijastolne disfunkcije leve komore, poređenje sa kontrolnom grupom. Pacijenti sa stabilnom anginom pektoris i dijabetesom imali su značajno niže vrednosti LVEF ($55,5 \pm 8,1$: $63,1 \pm 10,1\%$; $p < 0,001$), a značajno veće vrednosti LVESd ($37,6 \pm 5,2$: $33,5 \pm 6,1$ mm; $p < 0,001$) i LVEDd ($55,3 \pm 5,3$: $52,2 \pm 5,8$ mm; $p < 0,005$), kao i veći stepen dijastolne disfunkcije leve komore, u poređenju sa onima bez dijabetesa. Pacijenti sa dijabetesom su takođe imali značajno niže vrednosti praćenih parametara HRV ($96,5 \pm 21,4$: $119,7 \pm 25,5$ ms; $p < 0,001$ za SDNN; $86,2 \pm 17,8$: $103,6 \pm 20,2$ ms; $p < 0,001$ za SDANN; $27,9 \pm 9,4$: $36,2 \pm 11,4$ ms; $p < 0,001$ za RMS-SD i $5,9 \pm 4,8$: $11,6 \pm 9,4$; $p < 0,001$ za NN>50ms) u poređenju sa onima bez dijabetesa.

Zaključak: Studija je pokazala da pacijenti sa stabilnom anginom pektoris, bez dijabetesa imaju bolju sistolnu i dijastolnu funkciju leve komore i značajno veće vrednosti HRV parametara u odnosu na one sa dijabetesom.

PP12 ODNOS IZMEĐU VELIČINE LEVE PRETKOMORA I DRUGIH PROGNOSTIČKIH MARKERA KOD PACIJENATA POSLE INFARKTA MIOKARDA

V. Stoičkov^{1,2}, I. Tasić^{1,2}, I. Stoičkov³, M. Golubović⁴, S. Andonov²

¹Medicinski fakultet, Univerziteta u Nišu, Srbija

²Institut za lečenje i rehabilitaciju „Niška Banja“, Niš, Srbija

³Poliklinika Human, Niš, Srbija

⁴Klinika za kardiovaskularnu hirurgiju, Klinički centar, Niš, Srbija

Uvod i cilj: Dijametar leve pretkomore (La) je parametar koji pokazuje funkcionalno stanje leve komore, i prediktor je mortaliteta pacijenata posle infarkta miokarda (IM). Ehokardiografski parametri sistolne funkcije leve komore i varijabilnosti frekvencije srčanog rada (HRV) se koriste za identifikaciju koronarnih pacijenata sa rizikom za neželjene kardiovaskularne događaje. Cilj rada bio je da se ispita odnos La i drugih prognostičkih markera kod pacijenata posle IM.

Metode: Studijom je obuhvaćeno 129 pacijenata nakon IM, koji su bili u sinusnom ritmu bez AV bloka ili blokova grana (prosečna starost 59,8 godina) i 35 ispitanika bez kardiovaskularnih bolesti (prosečne starosti 51,1 godina), koji su bili u kontrolnoj grupi. U studiju su uključeni pacijenti sa utvrđenom dijagnozom akutnog IM nakon 7-10 dana. Bolesnici posle IM podeljeni su u dve podgrupe prema La: pacijenti sa normalnim ($La \leq 40\text{mm}$) i oni sa uvećanim ($La > 40\text{mm}$) levom pretkomorom. Nije bilo značajne razlike u starosti ili polu između dve podgrupe pacijenata. Kod svih ispitanika urađen je ehokardiografski pregled i 24-h Holter monitoring. Iz holterskog zapisa softverski je vršena analiza HRV, analizirani su parametri vremenske analize.

Rezultati: Studija je pokazala da su pacijenti nakon IM značajno povećali La u odnosu na kontrolnu grupu ($40,3 \pm 5,6 : 35,0 \pm 3,3\text{mm}$; $p < 0,001$). Pacijenti nakon IM i sa uvećanim La imali su značajno veći La ($44,2 \pm 6,9 : 35,9 \pm 3,4\text{ mm}$; $p < 0,001$), end-dijastolni dijametar leve komore (LVEDd: $56,2 \pm 6,6 : 52,6 \pm 4,9\text{ mm}$; $p < 0,001$) i end-sistolni dijametar leve komore (LVESd: $39,4 \pm 7,4 : 35,2 \pm 6,5\text{ mm}$; $p < 0,001$), a značajno manju ejekcionu frakciju leve komore (LVEF: $48,2 \pm 12,3 : 53,4 \pm 12,5\%$; $p < 0,02$) i SDNN ($88,2 \pm 34,1 : 99,2 \pm 24,7\text{ms}$; $p < 0,02$), u poređenju sa pacijentima sa normalnim La. Kod pacijenata nakon infarkta miokarda La je imao značajnu negativnu korelaciju sa LVEF ($r = -0,32$; $p < 0,01$) i SDNN ($r = -0,33$; $p < 0,01$) i značajnu pozitivnu korelaciju sa unutrašnjim dimenzijama leve komore ($r = 0,36$; $p < 0,01$ za LVEDd i $r = 0,37$; $p < 0,01$ za LVESd).

Zaključak: Studija je pokazala da je La imala značajnu korelaciju sa drugim poznatim prognostičkim markerima kod pacijenata posle IM.

PP13 RENALNE MANIFESTACIJE PRIMARNOG HIPERPARATIREOIDIZMA (PRIKAZ SLUČAJA)

M. Petrović¹, V. Rabrenović¹, D. Pilčević¹, P. Ristić², M.D. Petrović¹, S. Cerović⁴,
N. Vavić

¹Klinika za nefrologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Klinika za endokrinologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

³Institut za patologiju i sudsku medicinu, Vojnomedicinska akademija, Beograd

Uvod: Primarni hiperparatireoidizam označava stanje povišene koncentracije paratireoidnog hormona kao posledica hiperfunkcije jedne ili više paraštitastih žlezda. Predstavlja jedan od najčešćih poremećaja metabolizma kalcijuma i fosfora. Incidenca je oko 0.5 do 1 na 1000 osoba. Žene češće obolevaju od muškaraca (odnos 3:2). Bolest se najčešće javlja u šestoj deceniji života. Najčešći uzrok hiperparatireoidizma je adenom (80-85% slučajeva), hiperplazija paratireoidnih žlezda (15-20% slučajeva), dok se karcinom paratireoide javlja u 1% slučajeva.

Cilj rada je prikazati bolesnika sa renalnim manifestacijama primarnog hiperparatireoidizma: renalna insuficijencija, nefrolitijaza i arterijska hipertenzija.

Prikaz bolesnika: Bolesnik star 54 godine sa bubrežnom slabošću gradus III, hiperkalcemijom, hipofosfatemijom, povišenim vrednostima paratireoidnog hormona, obostranom nefrolitijazom, cistom u levom bubregu, proteinurijom nenefrotskog ranga sa bolovima u kičmi prethodno je hospitalno lečen u mestu boravka. Anamnestički, zbog bolova u kičmi i levoj nozi, koje je povezivao sa traumatskom povredom kičme, koja je bila pre više od 20 godina, skoro svakodnevno je koristio analgetsku terapiju prethodna četiri meseca. Radiografskim pregledom lumbo-sakralnog dela kičme, kao uzgredan nalaz opisana je koraliformna kalkuloza. Do tada u ličnoj anamnezi bez podataka o bolesti bubrega. Učinjenim laboratorijskim analizama verifikovana je bubrežna slabost (serumski kreatinin 175 $\mu\text{mol/L}$), hiperkalcemija uz hipofosfatemiju, povišene vrednosti paratireoidnog hormona, bez hiperkalciurije uz hipomagneziuriju. Ultrazvučnim pregledom vrata i scintigrafijom paraštitastih žlezda opisana je uvećana donja leva paraštitasta žlezda. RTG urotrakta-opisana je koraliformna kalkuloza, a ehotomografijom abdomena obostrana nefrolitijaza i cista na levom bubregu. Indikovano je operativno lečenje-paratireoidektomija. Patohistološkim nalazom verifikovan je adenom donje leve paratireoidne žlezde. Postoperativno u kontrolnim laboratorijskim analizama dolazi do normalizacije vrednosti kalcijuma (3.47 na 2.23 mmol/L), fosfora (0.7-1.0) u serumu i paratireoidnog hormona (27.90-5.8 pmol/L). Step en bubrežne slabosti se održava, gradus 3, prema CKD EPI formuli. Vrednosti serumskog kreatinina 156 $\mu\text{mol/L}$.

Zaključak: redovne kontrole kalcijuma i fosfora u krvi mogu doprineti ranijem postavljanju dijagnoze primarnog hiperparatireoidizma, preduprediti ili smanjiti komplikacije renalne manifestacije, jer obično od pojave opštih simptoma do postavljanja dijagnoze prođe oko dve godine. Operativno lečenje ne može izlečiti bubrežnu slabost, ali može zaustaviti, ili usporiti dalju progresiju.

PP14 UČESTALOST INFARKTA MIOKARDA I MORTALITET OSOBA SA METABOLIČKIM SINDROMOM

D. Miljković, S. Todorović

Dom zdravlja Varvarin

Uvod i cilj: Metabolički sindrom (MS) je složeno patofiziološko stanje koje uključuje hiperglikemiju, povišen krvni pritisak, povišene nivoe triglicerida, abdominalnu gojaznost i smanjen nivo HDL-holesterola. Smatra se proinflamatornim stanjem koje je povezano sa sistemskom upalom. C-reaktivni protein (CRP) je osetljiv biomarker i medijator zapaljenja i nezavisni prediktor budućih kardiovaskularnih događanja. Ranija epidemiološka i klinička ispitivanja potvrdila su povezanost između MS, povećanog rizika za nastanak koronarne bolesti i povećane smrtnosti.

Cilj rada je bio da ispitamo učestalost infarkta miokarda i mortalitet osoba sa metaboličkim sindromom.

Metode: Ispitivanjem je obuhvaćeno 149 ambulantnih pacijenata ($68,8 \pm 10,8$ godina), izabranih metodom slučajnog uzorka, 55 (36,9%) muškaraca ($69,0 \pm 11,3$ godine) i 94 (63,1%) žene ($68,0 \pm 10,6$ godina). Grupe su po godinama bile homogene ($p > 0,05$).

CRP je određivan metodom turbidimetrije sa normalnim vrednostima do 5,0 mg/L. Ukupni holesterol i trigliceridi (TG) određivani su metodom oksidasa/peroksidasa, LDL i HDL-holesterol Direct metodom, glikemija metodom glukoza oksidasa/peroksidaza.

Za postavljanje dijagnoze MS korišćeni su kriterijumi Američkog udruženja za srce i Nacionalnog instituta za srce, pluća i krv (AHA/NHLBI).

Prosečan period praćenja je 18 meseci.

Rezultati: Od ukupnog broja ispitanika, sa MS bilo je 67 (45,0%), bez MS 82 (55,0%). Sa MS bila su 34,3% muškarca i 65,7% žena, bez MS 58,2% muškarca i 53,2% žene ($p > 0,05$).

Prosečan nivo CRP-a ispitanika sa MS je $5,33 \pm 3,60$ mg/L, a bez MS $2,46 \pm 2,03$ mg/L ($p < 0,001$).

U grupi sa MS dijabetes su imala 32,8% ispitanika, sa prosečnim nivoom CRP $5,30 \pm 4,59$ mg/L, a u grupi bez MS bilo je 7,3% dijabetičara sa prosečnim nivoom CRP $1,90 \pm 1,24$ mg/L ($p < 0,001$).

Arterijska hipertenzija je dijagnostikovana kod 55,2% ispitanika sa MS i kod 20,7% bez MS ($p < 0,001$).

Infarkt miokarda je imalo 8,95% osoba sa MS i 4,87% bez MS ($p > 0,05$). Infarkt miokarda bio je 1,84 puta češći kod osoba sa MS u odnosu na osobe bez MS.

U periodu praćenja, prosečno 18 meseci, umrla su 8,95% ispitanika sa MS i 1,22% bez MS ($P > 0,05$). Smrtnost osoba sa MS bila je 6,11 puta veća u odnosu na osobe bez MS.

Zaključak: Veća učestalost infarkta miokarda i veća smrtnost osoba sa MS i značajno višim nivoima CRP-a, u poređenju sa osobama bez MS, pokazuje da ove osobe imaju povećan rizik za nastanak infarkta miokarda i lošiju prognozu.

PP15 NATRIJUM (ZNAČAJ HIPO- I HIPERNATREMIJE U KLINIČKOM RADU I LEČENJU KARDIOVASKULARNIH BOLESNIKA)

A. Kovačević¹, M. Anđić¹, D. Spiroski¹, N. Antonijević^{2,5}, Lj. Birovljev², I. Burazor^{3,5}, A. Bučić³, M. Sušić³, J. Dubljanin⁴

¹Odeljenje kardiološke rehabilitacije, Institut za rehabilitaciju Beograd

²Koronarna jedinica - Urgentni Centar, UKCS Beograd

³IKVB Dedinje

⁴KBC Zemun

⁵Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod: Natrijum je element od suštinske važnosti za ljude, životinje i neke vrste biljaka. Katjoni natrijuma spadaju među najvažnije unutarćelijske katjone i neophodni su za održanje ćelijske membrane. Hipo- i hipernatremija, definisani su kao koncentracije natrijuma u serumu $< 135\text{mmol/L}$ i $> 145\text{mmol/L}$, su jedni od najčešćih poremećaja ravnoteže telesne tečnosti i elektrolita koji se susreću u kliničkoj praksi. Hiponatremija je prisutna u 15-20% slučajeva hitne hospitalizacije, a pojavljuje se u do 20% kritično obolelih pacijenata, dok je taj procenat kod hipernatremije manji. Mogu dovesti do širokog spektra kliničkih simptoma, od blagih do ozbiljnih, čak i po život opasnih simptoma i povezuje se sa povećanom stopom smrtnosti, morbiditeta i trajanja hospitalizacije kod pacijenata sa različitim stanjima. Uprkos ovome, postupanje sa pacijentima i dalje predstavlja problem. Učestalost hipo- i hipernatremije u raznim stanjima i činjenica da njih tretiraju medicinski radnici različitih specijalnosti, doveli su do modifikacije institucionalnih i specijalističkih pristupa u dijagnostikovanju i lečenju.

Cilj rada: Upoznati medicinske radnike sa najčešćim stanjima koji se javljaju kod pacijenata sa hipo- i hipernatremijom, kako bi mogli na vreme da ih prepoznaju i na adekvatan način tretiraju.

Zaključak: Hipo- i hipernatremija predstavljaju značajne metaboličke poremećaje, stoga je od velike važnosti njihovo rano prepoznavanje, određivanje uzroka i adekvatan terapijski režim usmeren ka lečenju osnovnog oboljenja i uspostavljanju normalnog nivoa natrijuma u krvi.

Ključne reči: natrijum, hipo- i hipernatremija, klinička stanja, dijagnostika, terapija.

PP16 PADŽETOVA BOLEST I HRONIČNA BUBREŽNA SLABOST – PRIKAZ SLUČAJA

V. Rabrenović^{1*}, M.V. Petrović¹, M. Rabrenović², D. Pilčević^{1*}, M.D. Petrović^{1*},
K. Obrenčević^{1*}, N. Vavić^{1*}

¹Klinika za nefrologiju Vojnomedicinska Akademija Beograd,

²Centar za hiperbaričnu medicinu, Vojnomedicinska Akademija Beograd,

*Medicinski Fakultet, Vojnomedicinska Akademija, Univerzitet Odrbane, Beograd, Srbija

Uvod i cilj: Padžetova bolest je hronično oboljenje koje karakteriše reapsorpcija kosti i retko se zapaža kod bolesnika sa terminalnom fazom hronične bubrežne slabosti. Bolesnici na dijalizi najčešće imaju sekundarni hiperparatireoidizam kao posledicu poremećaja metabolizma kalcijuma i fosfora. Cilj ovog prikaza je opis slučaja bolesnice na hemodijalizi koja ima Padžetovu bolest i kod koje je primarni hiperparatireoidizam doveo do kalkuloze bubrega koja je uzrok terminalne bubrežne slabosti (TBS).

Prikaz slučaja: Bolesnica od 61 god., sa terminalnom bubrežnom slabošću je hospitalizovana zbog kreiranja vaskularnog pristupa za hemodijalizu. Osnovna bubrežna bolest koja je dovela do TBS je kalkuloza bubrega zbog koje je učinjena i desnostrana ureterolitotomija i hronični pijelonefritis zbog ponavljanih infekcija urotrakta. Inače kod bolesnice je pre 17 godina verifikovana Padžetova bolest, kao i dugogodišnja arterijska hipertenzija. Pri pregledu bolesnice dominirali su znaci uremije a u laboratorijskim analizama: anemija Hb106; leukocitoza Le 14,1; povišene azotne materije: urea 59,1, Kre 901 i povišeni Ca 2,75; P 2,78; ALP 541; PTH 69,52 i urinarna infekcija. Ultrazvučno desni bubreg je bio smanjen sa redukovanim parenhimom, a levi bubreg 11,7cm sa koraliformnom kalkulozom (Slika1). Radiografijom grudnog koša zapaža se izmenjena struktura rebara, ključne kosti i leve lopatice kao i pleuralni izliv desno (Slika2). Na MSCT grudnog koša i abdomena zapaženi su deformiteti i naduvu rebara obostrano sa lizom rebara posebno prednjeg okrajka IV rebra desno sa mekotkivnom promenom promera 95x30mm, i izmenjena struktura pršljenjskih tela (Slika 3) Tipične promene su zapažene i na butnoj kosti, lobanji i karlici. UZ pregled vrata ukazao je na polinodoznu štitnu žlezdu i heterogenu promenu 12 x 6,6mm koja odgovara uvećanoj gornjoj desnoj paraštitastoj žlezdi (Slika4). U toku lečenja započete su hemodijalize preko dijaliznog CVK, učinjena torakocenteza, sprovedena terapija od strane pulmologa, kreirana AVFistula.

Zaključak: Prikazali smo neobičan slučaj bolesnice sa TBS nastalom usled kalkuloze bubrega uzrokovane primarnim hiperparatireoidizmom i posledičnog hroničnog pijelonefritisa, kod koje se istovremeno zapaža i dugogodišnja evolucija Padžetove bolesti sa karakterističnim deformitetima koštanog sistema. Nije uobičajeno da se kod bolesnika sa Padžetovom bolešću zapažaju povišene koncentracije kalcijuma i fosfora i nivoa PTH, osim u slučaju prisutnog primarnog ili sekundarnog hiperparatireoidizma.

PP17 POBOLJŠANJE KLINIČKOG ISHODA OBOLELIH OD MULTIPLOG MIJELOMA PRIMENOM INOVATIVNE TERAPIJE

I. Čojbašić^{1,2}, I. Golubović¹

¹Klinika za hematologiju, alergologiju i kliničku imunologiju,
Univerzitetski Klinički Centar Niš, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Uvod i Cilj: Tokom poslednje dekade, uvođenjem ciljane terapije sa inhibitorom proteozoma–bortezomibom i imunomodulatornim lekom–talidomidom uveliko je poboljšan ishod lečenja pacijenata sa multiplim mijelomom. U ovom retrospektivnom istraživanju analiziran je uticaj primene novih terapijskih modaliteta na stopu terapijskog odgovora i preživljavanje kod pacijenata sa multiplim mijelomom.

Metode: Istraživanjem je obuhvaćeno 186 pacijenata sa multiplim mijelomom koji su u periodu od 2012. do 2018. godine dijagnostikovani i lečeni u našoj instituciji. Analizirane su bazične karakteristike pacijenata i bolesti, stepen terapijskog odgovora na prvu i drugu liniju lečenja i njegov uticaj na preživljavanje.

Rezultati: Prosečna starost pacijenata iznosila je 63,3 godine, odnos muškaraca i žena bio je 0,86. Najčešći tip multiplog mijeloma bio je IgG kapa 76(41%), najveći broj pacijenata bio je u IIIA kliničkom stadijumu 80(43%), a visoko rizičnu bolest imalo je 106(57%) pacijenata. U inicijalnoj terapiji hemioterapijske kombinacije sa talidomidom dobilo je 136(73%), kombinacije sa bortezomibom 35(19%) i konvencionalne lekove 15(8%) pacijenata. Terapijski odgovor na prvu liniju lečenja bio je kompletna remisija(CR) kod 15% pacijenata, vrlo-dobra parcijalna remisija(VGPR) kod 24%, parcijalna remisija(PR) kod 43%, stabilna bolest(SD) kod 11%, progresija bolesti (PD) kod 5% i podaci nisu bili dostupni za 2% pacijenata. Progresija/relaps nakon prve terapijske linije utvrđen je kod 98(53%) pacijenata. Progresija unutar prve godine zabeležena kod 46(27%) pacijenata. U drugoj terapijskoj liniji primenjene su hemioterapijske kombinacije sa bortezomibom kod 58(59%), kombinacije sa talidomidom kod 30(31%) i konvencionalna terapija kod 10(10%) pacijenata. Procena terapijskog odgovora na drugu liniju lečenja pokazala je da je CR postiglo 12%, VGPR 20%, PR 46%, SD 8%, PD 4% i nedostajali su podaci za 10% pacijenata. Srednji period praćenja za celu kohortu iznosio je 37 meseci, raspon 6-72 meseca, 3-godišnje PFS i OS bili su 32% i 65%. U grupi pacijenata sa CR/VGPR 3-godišnje PFS bilo je 52%, u grupi sa PR iznosilo je 35%. U grupi pacijenata sa CR/VGPR 3-godišnje OS bilo je 78%, u grupi sa PR iznosilo je 62%.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo da primena inhibitora proteozoma i imunomodulatornih lekova u kombinaciji sa hemioterapijom dovodi do dubokog i dugotrajnog terapijskog odgovora što omogućava bolju kontrolu bolesti i duže preživljavanje pacijenata sa multiplim mijelomom.

Ključne reči: multipli mijelom, bortezomib, talidomid, terapijski odgovor.

PP18 EFIKASNOST PRIMENE RUXOLITINIBA U LEČENJU POST-POLICITEMIČNE MIJELOFIBROZE

I. Čojbašić^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu¹

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

Uvod: Mijelofibroza je klonalna mijeloproliferativna neoplazma koju karakteriše ekstramedularna hematopoeza u slezini ili u više organa, kao i reaktivna fibroza koštane srži. Ruxolitinib je prvi odobren JAK1/JAK2 inhibitor za lečenje splenomegalije i simptoma vezanih za bolest, kod odraslih pacijenata sa primarnom i sekundarnom mijelofibrozom.

Pacijentkinja D.M., ženskog pola, starosti 44 godine prvi put se javila hematologu 2008.godine. Glavni simptomi bili su umor, svrab, glavobolja, krvarenje iz desni. Kliničkim pregledom utvrđena je plethora i palpabilna splenomegalija od 2 cm na LRL. Na osnovu bazičnih karakteristika, Hgb 182g/L, Le $15 \times 10^9/L$, palpabilna splenomegalija, hipercelularna koštana srž sa proliferacijom eritroidnih i megakariocitnih prekursora i isključivanjem sekundarne eritrcitoze ($SaO_2 > 92\%$), postavljena je dijagnoza prave policitemije u skladu sa dijagnostičkim kriterijumima SZO iz 2008. godine. Incijalno lečenje sprovedeno je primenom interferona- α 3MIU 3x nedeljno. Zbog toksičnih efekata interferona- α dalje lečenje je nastavljeno sa hydroxyureom 2gr/dn. Sa ovom terapijom postignuta je dobra kontrola bolesti. Tokom 2016.godine dolazi do porasta veličine slezine i do pojave konstitucionalnih simptoma u vidu gubitka TT od 10kg za 1godinu, noćnog znojenja, febrilnosti, abdominalne nelagodnosti. MPN_{10} skor težine simptoma bio je 72 na skali od 0-100. U krvnoj slici Le $19,6 \times 10^9/L$, Hgb 106g/L, Tr $590 \times 10^9/L$, dok je ultrazvučno viđena slezina dijametra 270 mm. Mikromorfologija analiziranog uzorka biopsata koštane srži pokazala je značajnu mijelofibrozu (gradusa 2-3, na skali 0-3) i postavljena je dijagnoza post-policitemične mijelofibroze. Procena prognoze pokazala je DIPSS-intermedijaran-1, ECOG 1, CIRS 0. Obzirom na ispoljenu rezistencija na hydroxyureu, dalje lečenje je nastavljeno primenom ruxolitiniba u dozi od 2x20mg. Procena stanja bolesti nakon 6 meseci terapije pokazala je postizanje terapijskog odgovora nivoa parcijalne remisije: Le $18,1 \times 10^9/L$, Hgb 119,0g/L, Tr $134 \times 10^9/L$, MPN_{10} skor 27, ultrazvučno slezina dijametra 190mm. Nakon 4 godine od uvođenja ruxolitiniba u terapiju održava se parcijalna remisija bolesti: Le $11,5 \times 10^9/L$, Hgb 114g/L, Tr $235 \times 10^9/L$, MPN_{10} skor 18, ultrazvučno slezina dijametra 170x70mm. Pacijentkinja je i dalje na terapiji ruxolitinibom u dozi od 2x20mg i biće do progresije bolesti.

Zaključak: Prikazani rezultati lečenja idu u prilog činjenici da ruxolitinib dovodi do klinički značajnog smanjenja volumena slezine u odnosu na drugu medikamentoznu terapiju, do brze i dugotrajne kontrole simptoma što rezultuje povoljnim uticajem na kvalitet života.

Ključne reči: post-policitemična mijelofibroza, ruxolitinib, terapijski odgovor.

PP19 FEMALE PATIENT WITH PCOS AND METABOLIC SYNDROME

S. Dokuzova, M. Bajdevska Spirkovska, G. Kamcheva Mihailova,
S. Tofilovska Josifovska

Clinical Hospital Shtip, General Hospital Kumanovo

Introduction: Metabolic syndrome includes central obesity, hypertension, insulin resistance and atherogenic dyslipidemia. PCOS affects 10-18% of women of reproductive age. The prevalence of metabolic syndrome is high in women with PCOS and is associated with consequences like cardiovascular disease, DM typ II, cancers, sleep apnoea and psychological problems. Management of PCOS has focused on infertility, anovulation and hirsutism and there is a need to increase clinicians awareness of metabolic syndrome-synonym of controversions. Insulin resistance and its consequent hyperinsulinemia is central to the pathogenesis of PCOS. Hyperinsulinemia and the increased responsiveness of the ovarian theca to insulin causes and increase in the levels of androgens. Hyperandrogenemia increases a person's predilection for central adiposity and worsens insulin resistance and dyslipidemia. In women with PCOS the risk of coronary heart disease and stroke is doubled.

Objectives: 35 years old female, architect, who has a history of fatigue, anemic syndrome and painful menstrual cycles and acne, came to our department. From her personal history she smokes more than a 10 cigarettes per day, do aerobic sometimes, negative familiar history for DVT and cancers, positive for CAD, mother with HTA, and aunt and grandmother with DM type 2.

Material and methods: Laboratory findings showed=Hyperinsulinemia(13 ng/ml), FPG=5,8 mmol/l, HBA1C=5,9%, HOMAIR=3,35>2,5, CHOL=6,2mmol/l, LDL=3,7mol/l, hdl=1,3; trig=1,9mmol/l, Fe=4,4, BMI 27 kg/m²; FSH and LH in referent values but LH/FSH>3. TA120/70 mmHg. Testosterone and androstendion were higher and estrogens were normal. On ultrasonography was seen increased ovarian volume with more than 10 subcortical ovarian cysts with diameter to 10 mm. She started with the therapy of Tbl. Metformin a 1000 mg, 2x1; Tbl. Spirinolactone a 25 mg, 1x1;

Results: After three months, were done new laboratory investigations, insulin was 9 ng/ml, HOMAIR <2.5 mmol/l, FSH and LH were normal, 1:1, FPG=4,4 mmol/l, HBA1C=5,2%, androgenic hormones were normal. She has lost 6 kg in weight, and has done yoga twice a week.

Conclusion: It is imperative to implement recommendations for screening modalities. Lifestyle modification is the only universally accepted intervention. Screening parameters include: smoking cigarettes, obesity, BMI, blood pressure, complete lipid profile, OGTT... Primary intervention for metabolic syndrome requires adapting lifestyle changes that may prevent for slow progression to adverse events in higher risk individuals. In those who don't respond adequately to lifestyle modifications secondary interventions can be considered including drug therapy and bariatric surgery.

Key words: PCOS (polycystic ovarian syndrome), metabolic syndrome

PP20 PROMENA TEŽINE I TELESNOG SASTAVA TOKOM HEMIOTERAPIJE PACIJENATA SA DIJAGNOZOM NON HODGKIN LIMFOMA

N. Stanisavljević^{1,2}, D. Marisavljević³, V. Dopsaj³, O. Marković^{1,2}, A. Divac¹,
R. Živković¹, A. Đoković^{1,2}

¹KBC „Bežanijska kosa“, Beograd

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

³Univerzitet u Beogradu, Farmaceutski fakultet

Uvod: Gubitak težine, anoreksija i bol su česti simptomi kod bolesnika sa malignom bolesti. Metaboličke promene vode do gubitka masnog tkiva i mase skeletnih mišića što je uzrok lošijem kvalitetu života i odgovoru na terapiju. Cilj rada je da se prati promena telesnog sastava u toku lečenja, kod pacijenata sa hematološkim malignitetom – difuznim krupnoćelijskim Non Hodgkin limfomom (DBKL).

Metode: U studiju je uključeno 30 pacijenata sa prethodnom dijagnozom DBKL lečenih RCHOP protokolom. Pre prvog (merenje A), trećeg (merenje B) i šestog ciklusa (merenje C) hemioterapije merena je telesna težina i određivan telesni sastav (ukupna mast (FM), suva telesna masa (LBM), telesna voda (TBW)) na dva načina: merenjem kožnog nabora na četiri mesta uz pomoć Harpendenovog kalipera i primenom metode bioelektrične impedance.

Rezultati: Značajan gubitak telesne težine (>10%) na prezentaciji je bio prisutan kod 46.7% pacijenata i češće kod onih sa kliničkim stadijumom >2 ($p=0,013$). Ovaj parametar se nije pokazao kao prognostički faktor u odgovoru na terapiju ($p=0,272$) niti za 5-godišnje preživljavanje ($p=0,363$). Nije uočena promena težine od A-B merenja, ali je uočen porast težine od B-C ($-1.36 \pm 1.89\text{kg}$) kao i od A-C ($-1.93 \pm 3.21\text{kg}$). Pacijenti koji su dobijali na težini imali su bolji ukupni odgovor na terapiju ($p=0,013$) ali i bolje 5-godišnje preživljavanje ($p<0,01$). FM je značajno rasla od A-B merenja ($-1.068 \pm 1.72\text{kg}$; $p=0,002$), kao i od B-C ($-1.32 \pm 1.89\text{kg}$; $p=0,001$) i A-C (-2.502 ± 3.23 ; $p=0,001$). Uočeno je smanjenje LBM, koje nije bilo statistički značajno. TBW je statistički značajno rasla od A-B merenja ($-0.08 \pm 2.55\text{l}$; $p=0,097$), od B-C merenja ($-1.036 \pm 1.10\text{l}$; $p=0,001$) i A-C ($-1.89 \pm 3.2\text{l}$; $p=0,004$).

Zaključak: Gubitak telesne težine na prezentaciji se nije pokazao kao prognostički parametar u odgovoru na terapiju. Tokom hemioterapije RCHOP protokolom pacijenata sa DBKL dolazi do nepovoljnih promena u telesnom sastavu (povećanje FM i TBW uz smanjenje LBM). Pošto se hemioterapeutici raspodeljuju u različite telesne kompartmane, ove promene telesnog sastava mogu biti značajne u dobro poznatoj trijadi doza-toksičnost- odgovor na terapiju.

PP21 ZNAČAJ ULTRAZVUKA U DIJAGNOSTICI NEALKOHOLNE MASNE BOLESTI JETRE

G. Petrović, G. Bjelaković, D. Benedeteto Stojanov, V. Dinić Radović, A. Rančić

Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinički centar Niš

Uvod i cilj: Ultrazvuk je najčešće korišćena dijagnostička metoda u bolestima jetre. Cilj našeg istraživanja bio je da se utvdi značaj ultrazvuka u dijagnozi nealkoholne masne bolesti jetre (NAFLD).

Metode: Istraživanjem je obuhvaćeno 86 ispitanika, 55 je imalo masnu jetru, dokazanu ultrazvukom. Kontrolnu grupu činio je 31 zdrav ispitanik. Pacijentima su vršena antropometrijska merenja, biohemijske analize krvi i ultrazvučni pregled abdomena. Step en steatoze ocenjen ultrazvukom, podeljen je u tri stadijuma: I, II i III step en steatoze.

Rezultati: Najveći broj ispitanika NAFLD grupe, 23 (41.82%), je imao ultrazvučni nalaz masne jetre gradusa III, 20 (36.36%) sa gradusom II i 12 (21.82%) sa gradusom I. Kruskal-Wallis test i ANOVA analiza pokazali su da postoje statistički značajne razlike između grupa sa različitim ultrazvučnim gradusom za insulin, LDL holesterol, BMI ($p<0.05$), kao i HOMA-IR ($p<0.01$). Na osnovu Studentovog t-testa i Mann-Whitney testa, poređenjem grupa sa različitim ultrazvučnim gradusom ponaosob, kod ispitanika NAFLD grupe ultrazvučnog gradusa II $p<0.05$ i III- $p<0.01$ vrednosti BMI statistički su bile značajno veće u odnosu na grupu sa ultazvučnim gradusom I. U odnosu na ispitanike sa UZ gradusom I statistički su značajno bile veće vrednosti insulina i HOMA-IR kod ispitanika ultrazvučnog gradusa II ($p<0.01$), kao i gradusa III ($p<0.05$). Na osnovu tabela kontigencije 3×2 prisustvo hipertenzije i DM tip 2 u NAFLD grupi statistički se značajno razlikovalo u odnosu na gradus UZ ($p<0.05$). Poređenjem ponaosob, hipertenzija je bila zastupljenija u UZ gr II i III u odnosu na UZ gradus I ($p<0.05$). Takođe, DM tip 2 je bio najzastupljeniji u UZ gradusa III, statistički značajno je češći u odnosu na UZ gradusa I ($p<0.05$). Metabolički sindrom je statistički bio zastupljeniji u ispitanika UZ gradus II i III ($p<0.01$) u odnosu na UZ gradus I. Broj ispitanika kod kojih je broj metaboličkih komponenti 4 ili 5 statistički bio je značajno veći kod ispitanika UZ gradusa II i III u odnosu na ispitanike UZ gradusa I ($p<0.05$). Nije nađena statistički značajna razlika u transaminazama, ALP, GGT kod ispitivanih grupa.

Zaključak: Ozbiljnost hepatične steatoze procenjena UZ u prisustvu metaboličkog sindroma je bolji neinvazivni metod praćenja bolesti u odnosu na enzime jetre.

PP22 ANTIBIOTICI U PANDEMIJI COVID 19

M. Đurić

*Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad,
Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica*

Uvod i cilj: Decembra 2019.g, u Vuhanu u Kini, novi koronavirus identifikovan je kao uzrok teške virusne upale pluća. Virus je od tada okarakterisan kao teški akutni respiratorni sindrom koronavirus 2 (SARS-CoV-2) i izaziva klinički sindrom Covid-19. Uprkos niskoj incidenci bakterijskih koinfekcija i sekundarnih bakterijskih infekcija među pacijentima sa Covid-19, znatan broj pacijenata primao je antibiotike. Prekomerna, nepotrebna i neracionalna upotreba antibiotika povećava rizik od neželjenih događaja. To su antimikrobna rezistencija na antibiotike i komplikacije povezane sa primenom antibiotika, kao što je infekcija *Clostridioides difficile* i toksičnost u vezi sa primenom antibiotika.

Cilj rada je pregled i analiza literature i preporuka u vezi primene antibiotika kod Covid-19.

Metod: Pregled dostupne literature, članaka i radova kao i preporuka i smernica o primeni anti-biotičke terapije u Covid-19.

Rezultati: Pregledana literatura pokazuje da je prepisivanje antibiotika bilo znatno veće (kod oko 70% pacijenata sa Covid-19), od prevalence bakterijske infekcije (potvrđena u manje od 10%) u Covid-19. O ulozi inflamatornih markera a radi odluke o uvođenju antibiotika takođe postoje brojne analize i studije. U odsustvu bakterijske koinfekcije, antibiotici nemaju korist kod pacijenata sa Covid-19. Bakterijski ko-patogeni se mogu javiti kod virusnih respiratornih infekcija, važan su uzrok morbiditeta i mortaliteta, i zahtevaju pravovremenu dijagnostiku i naravno tada adekvatnu antibiotsku terapiju. Preporuke u vezi primene antibiotika kod Covid-19 ističu racionalnu primenu antibiotika a u cilju sprečavanja rezistencije na antibiotike i drugih neželjenih posledica njihove primene. Antibiotike ne bi trebalo davati za sprečavanje, prevenciju ili lečenje Covid 19, osim ako postoji klinička sumnja ili potvrda bakterijske koinfekcije. U preporukama o terapiji u Covid-19, detaljno su data uputstva kada davati antibiotike, po kojim preporukama i smernicama ih davati, a kada antibiotike ne treba primenjivati.

Zaključak: Među pacijentima sa Covid-19, ukupan udeo bakterijske koinfekcije bio je nizak, ali je upotreba antibiotika bila velika. Zbog široke, nepotrebne, prekomerne neracionalne upotrebe antibiotika postoji opasnost od antimikrobne rezistencije koja predstavlja globalan zdravstveni problem i ozbiljnu pretnju uspešnom lečenju mnogih bakterijskih infekcija.

PP23 PRIKAZ SLUČAJA – ULCEROZNI ILI KRON KOLITIS?

M. Branković, O. Mandić, T. Radonjić, M. Dukić, I. Jovanović

KBC „Bežanijska kosa“, Beograd

Uvod: Inflamatorne bolesti creva (IBC) obuhvataju ulcerozni kolitis (UK), Kronovu bolest (KB) i nedeterminišući kolitis. Uzroci nastajanja IBC su multifaktorijalni i uključuju genetske faktore, samog domaćina i faktore životne sredine. Presentacije ovih bolesti su vrlo slične, mada je veća verovatnoća da se UK prezentuje prolivastim stolicama sa primesama krvi, dok će se KB češće prezentovati vode-nastim stolicama uz simptome poput bola u trbuhu, gubitka u telesnoj težini i malaksalosti. Zlatni standard u postavljanju dijagnoze je kolonoskopija sa terminalnom ileoskopijom.

Prikaz slučaja: Muškarcu starom 55 godina dijagnostikovano je UK 2009. godine. Prva dijagnoza postavljena je endoskopski, a nakon toga je i patohistološki potvrđena u nadležnoj opštoj bolnici. Inicijalno, u terapiju su uvedeni mesalazini, a nakon toga je sprovedeno nekoliko kura kortikosteroidima. S obzirom da ovom terapijom nije postignuta remisija, uvedena je i imunosupresivna terapija azatioprinom u maksimalnoj dozi za njegovu telesnu težinu. Uprkos dobrom kliničkom odgovoru na imunosupresivnu terapiju, primena leka je obustavljena zbog neželjenog dejstva odnosno leukopenije teškog stepena. Nakon toga, dolazi do pogoršanja osnovne bolesti, te je pacijent upućen u našu ustanovu kako bi bila uvedena biološka terapija. Nakon tri indukcione doze biosimilarom infliksimaba, učinjena je kontrolna kolonoskopija kojom je verifikovana stenoza u nivou sigmoidnog kolona uz aftozne ulceracije tipične za KB. Uzeta je biopsija, a patohistološki nalaz je ukazao na hroničnu inflamaciju nedovoljno specifičnu za postavljanje dijagnoze. Zaključeno je da pacijent ipak boluje od Kron kolitisa. Ono što je važno napomenuti, prethodno propisana terapija nije bila pogrešna, niti je ikako mogla da ugrozi pacijenta. Pacijent je bio upućen na pregled hirurгу koji je indikovao operativno lečenje stenozе u nivou sigmoidnog kolona, ali je operacija odložena zbog novonastale duboke venske tromboze.

Zaključak: Dijagnozu IBC treba postaviti na osnovu anamneze, objektivnog nalaza, laboratorijskih analiza i kolonoskopije sa terminalnom ileoskopijom uz biopsije. Cilj lečenja ovih bolesti je postići remisiju, kako bi pacijent imao bolji kvalitet života i kako bi se sprečila progresija i/ili komplikacije ovih bolesti. Svakako je jako važno pažljivo postaviti dijagnozu kako bi pacijent bio efikasno lečen i adekvatno praćen jer je to jedini način za postizanje najboljeg mogućeg ishoda lečenja.

PP24 PRIKAZ SLUČAJA – MIKROSKOPSKI KOLITIS

M. Branković, O. Mandić, M. Dukić, T. Radonjić, I. Jovanović

KBC „Bežanijska kosa“, Beograd

Uvod: Mikroskopski kolitis predstavlja hroničnu inflamatornu bolest creva koju odlikuje normalan ili gotovo normalan, nespecifičan, makroskopski nalaz na donjoj endoskopiji. Dominantne simptome predstavljaju učestale, vodenaste stolice bez krvi, urgentna pražnjenja i bol u trbuhu. Dijagnoza se postavlja patohistološki nakon ileokolonoskopije sa biopsijama iz barem levog i desnog kolona, a u zavisnosti od histoloških karakteristika razlikujemo kolageni, limfocitni i nekompletni mikroskopski kolitis.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja starosti 58 godina upućena je na pregled zbog tegoba u vidu učestalih, prolivastih stolica (do 10 dnevno) i gubitka u telesnoj težini od oko 20kg za tri meseca koliko navodi da tegobe traju. U ličnoj anamnezi navedena hiperlipidemija za koju pacijentkinja uzima simvastatin. Fizikalni pregled je bio uredan, kao i kompletna krvna slika i biohemijske analize. Test na okultno krvarenje, fekalna elastaza u stolici i markeri celijakije su negativni. Koprokulturom, analizom stolice na *C. difficile*, helminte i protozoe isključeno je postojanje infekcije. EHO abdomena je bio urednog nalaza, a nalaz ileokolonoskopije ukazao je na izdužen kolon, erodiran unutrašnji hemoroidalni venac i manju hipertrofičnu papilu. Uzete su multiple biopsije kolona, a do pristizanja patohistološkog nalaza savetovana je terapija probiotikom, butiratima i metronidazolom. Patohistološki nalaz ukazao je da se radi o mikroskopskom limfocitnom kolitisu sa retkim fokusima superficijalne lake aktivnosti, što je po aktuelnim vodičima zahtevalo savet za terapiju budesonidom, te je isti propisan u dozi od 9mg po deeskalacionoj šemi osam nedelja. S obzirom da postoje dokazi da simvastatin može imati ulogu u nastanku mikroskopskog kolitisa, pacijentkinja je upućena nadležnom kardiologu radi odluke o neophodnosti njegove dalje upotrebe.

Zaključak: Mikroskopski kolitis je nedovoljno poznat entitet čija se dijagnoza postavlja sa značajnim odlaganjem u odnosu na vreme početka simptoma. Neophodno je podizanje svesti lekara, pre svega gastroenterologa i patologa, kako bi se skratilo vreme do postavljanja dijagnoze i povećao broj novootkrivenih slučajeva, a pacijenti ranije dobili adekvatnu terapiju koja bi poboljšala njihov kvalitet života i smanjila rizik od nastanka komplikacija.

PP25 SARS-COV- 2 INFЕКCIJA BOLESNICE SA FOLIKULARNIM LIMFOMOM I SJÖGRENOM SINDROMOM

– PRIKAZ SLUČAJA

O. Simonović, G. Marjanović, M. Vučić

Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju UKC Niš

Infekcija SARS- CoV-2 virusom predstavlja triger imunog odgovora. Kod bolesnika sa karcinomom infekcija SARS –CoV-2 virusom može uzrokovati protumorski ali i manje proučen antitumorski imuni odgovor na koji upućuju nedavna istraživanja bolesnika sa folikularnim i hoćkinovim limfomom kod kojih su opisane remisije bolesti.. Utvrđeno je da COVID- 19 pokazuje sličnosti sa autoimunim bolestima u pogledu kliničkih karakteristika, imunog odgovora i patogeneze. Primarni Sjogrenov sindrom (Pss) organ specifično ali i sistemsko autoimuno oboljenje ne predstavlja faktor rizika za teže forme bolesti, za razliku od hematoloških maligniteta (HM) i limfoma kao najčešćih. Oboleli od SS imaju najveći rizik pojave limfoproliferativnih oboljenja u odnosu na ostale bolesnike sa reumatološkim bolestima. Infekcija bolesnika sa SARS- CoV-2 virusom obolelih od folikularnog nehoćkin limfoma (FL) i SS predstavlja primer interakcije infekcije, inflamacije i tumora.

Prikaz slučaja bolesnice sa istovremenim prisustvom folikularnog limfoma i SS. Pacijentkinja stara 69 godina upućena je hematologu radi dijagnostike limfadenomegalije 2019. godine. Prethodno sagledavana od strane reumatologa zbog SS i lečena T Chloroquinom 10 godina. Pri prijemu negira tegobe. Objektivno limfadenomegalija vrata obostrano do 2cm, takođe axilarno do 2 cm i ingvinalno obostrano do 3 cm limfne žlezde. Laboratorija KKS: Pre citostatske terapije 2019. godine Le $5,5 \times 10^9/L$, Ne $3,88 \times 10^9/L$, Ly $1,50 \times 10^9/L$, Er $3,97 \times 10^{12}/L$, Hgb 117g/L, Hct 0,35L/L, Tro $190 \times 10^9/L$. LDH 274 U/l, CRP 1,8mg/L, Feritin 40,9 ug/L. Imunološki nalazi 2018. godine IK > 138, anti SS-A (Ro) > 200 (+++), SE 57 RF 17 anti CCP neg, anti ds DNA neg, vit D 22,5. Imunološki nalazi 2019. godine pre terapije: IgG 14,80g/L, IgA 4,31g/L, IgM 0,81 g/L, B2M 5,41 mg/l. Elektroforeza proteina seruma: Povećana alfa 1, alfa 2 beta 2 izmenjena i povećana gama frakcija. Anti SS- B (La) > 200. Ph nalaz limfnog nodusa ingvinuma: Lymphoma folliculare high grade (FL 3). Urađenim analizama konstatovan CSIII bolesti i FLIPI 1 skor 4 (grupa visokog rizika), GELF skor > 1 (više od 3 limfnih nodusa većih od 3cm) pa je lečenje sprovedeno protokol RCHOP Primila 6 ciklusa terapije, apotom je nastavljena terapija održavanja Rituksimabom koja je prekinuta nakon Ag pozitivnosti na SARS- CoV-2 marta meseca 2021. godine. Bolest je karakterisala febrilnost do 39° u trajanju od 16 dana, bez radiološke pneumonije sa limfopenijom ly $0,7 \times 10^9/L$, CRP 8 mg/L, LDH 387 U/L, ferritin 244,6 µg/l. Lečena je antibiotskom i vitaminskom terapijom, postignuta je serokonverzija aprila SARS- COV-2 IgG n 0.09 AU/ml I SARS COV2 IgG S 255.9 AU/ ml a nivo IgG bio je 5.46 g/L a terapija održavanja nastavljena je nakon serokonverzije. Ponovna Ag pozitivnost na Omicron varijantu konstatovana je januara 2022. godine i bila je praćena subfebrilnošću. Lečenje sprovedeno T Molnupiravira uz antiagregacionu terapiju.

Zaključak: Prediktor pojave folikularnog nehoćkin limfoma (FL) u bolesnice sa SS bio je održavanje pozitivnosti antitela. Imajući u vidu centralnu ulogu B limfocita u patogenezi ovog oboljenja primena monoklonskog antitela Rituksimaba -u lečenju SS kao i FL omogućava B ćelijsku depleciju a time i kontrolu obe bolesti. Infekcija SARS CoV-2 virusom tokom terapije održavanja bila je manifestovana blažom formom bolesti bez pneumonije. Konstatovan je pad IgG u odnosu na inicijalne vrednosti.

Ključne reči: Primarni Sjogrenov sindrom (pSS), folikularni limfom

PP26 HOMOCISTEIN BIOMARKER PLUĆNE TROMBOEMBOLIJE – PRIKAZ SLUČAJA

O. Simonović¹, M. Vučić, V. Atanasković²

¹Klinika za hematologiju i kliničku imunologiju

²Klinika za kardiovaskularne bolesti UKC Niš

Homocistein (HCy) je aminokiselina koja nastaje u metaboličkom putu esencijalne aminokiseline metionina. Nivo plazma HCy determinisan je genetskim mutacijama i /ili stečenim poremećajima metabolizma homocisteina. Najčešći genetski uzrok je polimorfizam MTHFR C677T a stečeni deficit folne kiseline, vitamin B12 i / ili B6, primena antagonist folata, antagonist B6, premećaj bubrežne funkcije i hipotireoidizam. Čak i blago povišene vrednosti Hcy predstavljaju faktor rizika za pojavu brojnih pre svega kardiovaskularnih oboljenja ateroskleroze i aterotromboze, komplikacija trudnoće, neuroloških poput Alchajmerove demencije, vaskularne demencije i Parkinsonove bolesti, pojedinih bubrežnih oboljenja, osteoporozе, insulinske rezistencije, karcinoma, gastrointestinalnih i endokrinih bolesti. Hiperhomocisteinemija predstavlja rizik pojave arterijskih ali i venskih tromboza. Hiperhomocisteinemija predstavlja faktor rizika pojave PTE dok je značaj polimorfizma PAI -1 (inhibitora plazminogen aktivatora-1) diskutabilan. Nivo homocisteina može biti snižen primenom folata i vitamina B grupe pa homocistein kao target znači i smanjanje kardiovaskularnog rizika.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 47 godina upućena je hematologu 2017. godine zbog anemije. Prethodno sagledavana od strane kardiologa zbog bola u leđima sa desne strane. Navodila je produženu i obilnu ginekološku krvarenja, zbog čega je urađena eksplorativna kiretaža a potom primenjen laserski tretman u lečenju kao i T Primolut Nor. Negirala je ranije tromboze. U porodičnoj anamnezi otac imao CVI. Objektivno bez limfadenomegalije i organomegalije. Komorbiditeti: Miom uterusa. Laboratorijski nalazi uredni sem povišenog LDH 470 U/l, CRP 44,3mg/L. KKS: Le 11,4 x 10⁹/L, Er 3,06x10¹²/L, Hgb 73g/L, hct 0,239L/L, Tro 490x10⁹/L. Testovi trombofilije: Protein S 84,1%, Protein C 93%, APCR 2,95, AT III 95,6%, LAC negativan, ACA 1,6 negativan kao i anti B2GPI 2,3. PCR testovi negativni za Faktor V Leiden mutaciju i prothrombin a prisutna mutacije za MTHFR heterozigot i PAI-1 heterozigot 4G/5G. Nalaz D Dimera inicijalno 2826 feb 2017 Homocistein novembar 2017. 15,27 μmol/L, potom januar 2018. god 7,25 μmol/L, a oktobra 2018. 6,94 μmol/L poslednji nalaz oktobar 2019. 5,76 μmol/L. EKG: Sin ritam, SF 80/min, levogram PLHB bez ST promena. Ultrazvučni pregled srca EF 69% SPDK 38 mmHg MSCT plućnih arterija inicijalni nalaz Fokalna konsolidacija desno bazalno. Manja pleuralna efuzija desno potom nalaz sa obostranom plućnom tromboembolijom i svežim trombotičnim masama prisutne od nivoa lobarne grane plućne arterije za donji lobus levo sa diseminacijom ka segmentnim i subsegmentnim granama nema infiltracije pluća. CDS Nema znakova tromboze dubokih vena. Urađenom dijagnostikom utvrđena je PTE. Geneva scor 3 (nizak rizik).

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

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

Ključne reči: Hiperhomocisteinemija, PTE, antiagregaciona terapija

PP27 SERUMSKI CISTATIN C KAO POUZDAN RANI MARKER KONTRASTOM INDUKOVANOG AKUTNOG BUBREŽNOG OŠTEĆENJA PRILIKOM KORONARNE ANGIOGRAFIJE KOD PACIJENATA SA HRONIČNOM BUBREŽNOM INSUFICIJENCIJOM

D. Pilčević¹, V. Rabrenović¹, M. Petrović¹, M. Petrović¹, N. Vavić¹, D. Marinković², M. Pantović³, P. Bogdanović*, B. Džudović*, N. Đenić*

¹Klinika za nefrologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Klinika za endokrinologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

³Klinika za hematologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

*Klinika za kardiologiju i urgentnu internu medicinu, Vojnomedicinska akademija, Beograd

Uvod: Kontrastom-indukovano akutno bubrežno oštećenje (KI-ABO) predstavlja čestu komplikaciju perkutanih koronarografskih kontrastnih procedura koja je udružena sa prolongiranom hospitalizacijom, povećanim troškovima lečenja te značajnim intrahospitalnim te dugoročnim morbiditetom i mortalitetom. Epidemiološki, nalazi se na 3. mestu uzročnika intrahospitalne akutne bubrežne slabosti (11.3%). Rana dijagnoza ove komplikacije, pogotovo u populaciji pacijenata sa visokim rizikom za razvoj iste, kao što su oni sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom (HBI) je od neprocenjivog kliničkog značaja.

Ciljevi: uporediti promene u nivou serumskog kreatinina (sKre) i cistatina C (sCiC) 24 sata nakon učinjene koronarne angiografije kao ranih indikatora KI-ABO.

Materijal i metode: prospektivno praćenje 45 pacijenata sa HBI 1.-3. stadijuma kojima je planirana koronarna angiografija u Vojnomedicinskoj akademiji. Serumski kreatinin i sCiC su mereni na sam dan preproceduralno kao i 24 sata posle koronarne angiografije. Kontrastom indukovano akutno bubrežno oštećenje definisano je kao povećanje od 25% nivoa sKre, odnosno povećanje od 10% nivoa sCiC u odnosu na bazalni nivo u roku od 24 sata nakon izlaganja kontrastnom sredstvu, a u odsustvu drugih alternativnih uzroka.

Rezultati: srednje vrednosti serumskih koncentracija kreatinina i CiC iznosile su $86,4 \pm 22,6$ $\mu\text{mol/l}$ i $1,18 \pm 0,52$ mg/dl pre kontrastne procedure, odnosno $90,6 \pm 24,1$ $\mu\text{mol/l}$ i $1,24 \pm 0,65$ mg/dl 24 sata nakon izlaganja kontrastnim sredstvima. KI-ABO nastalo nakon primene kontrastnog sredstva evidentirano je kod 4 pacijenta (8,89%) na bazi sKre, odnosno kod 19 pacijenata (42,22%) na bazi sCiC ($p < 0,001$).

Zaključak: sCiC je osetljiviji indikator KI-ABO dijagnostikovano 24 sata nakon izlaganja kontrastnim sredstvima u odnosu na kreatinin, u populaciji pacijenata sa HBI. Navedeni marker se preporučuje u dijagnostici KI ABO kod pacijenata sa povećanim rizikom za nastanak iste, pre svaga sa HBI, a posebno onih čiji se otpust planira narednog dana nakon koronarografskog ispitivanja. Ukoliko ne postoji mogućnost primene ovog markera, odnosno ako se kontorla JGF bazira na vrednostima s-kreatinina, preporučuje se dodatna hospitalizacija ovih pacijenata najmanje 48-72h nakon koronarne angiografije a u cilju blagovremene detekcije KI-ABO.

Ključne reči: kreatinin; cistatin C; kontrastom indukovano akutno bubrežno oštećenje; koronarna angiografija

PP28 BK VIRUSNA NEFROPATIJA – ZNAČAJAN UZROK GUBITKA TRANSPLANTIRANOG BUBREGA

D. Pilčević¹, V. Rabrenović¹, M. Petrović¹, M. Petrović¹, N. Vavić¹, D. Marinković², M. Pantović³, P. Bogdanović*, B. Džudović*, N. Đenić*

¹Klinika za nefrologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Klinika za endokrinologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

³Klinika za hematologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

*Klinika za kardiologiju i urgentnu internu medicine, Vojnomedicinska akademija, Beograd

Uvod i cilj: Imunosupresivno (IS) lečenje predstavlja rizik za oportunističke infekcije u bolesnika s transplantiranim bubregom. Poliomavirusna nefropatija uzrokovana BK virusom - BK virusna nefropatija (BKVAN) kao infektivna komplikacija jedan je od značajnijih uzroka gubitka presađenog bubrega.

Metode: BKV pripada familiji Polyomaviridae. Primarna infekcija je najčešća u detinjstvu i to kao asimptomatska, dok je seroprevalenca u odrasloj populaciji oko 80%. Putevi infekcije su različiti-respiratorni trakt, feko-oralni, putem krvi, seksualnim putem i putem transplantacije. Nakon primoinfekcije virus uspostavlja latenciju u uroepitelu i bubrežnim tubularnim ćelijama. U slučaju imunosupresije virus se reaktivira i nakon replikacije izaziva lizu tubularnih ćelija praćena virurijom. Umnožavanjem dospeva iz intersticijuma u peritubularne kapilare dovodeći do viremije i invazije alografta a ishod zavisi od stepena oštećenja. Klinički se manifestuje hemoragičnim cistitisom, tubulointersticijskim nefritisom, ureteralnom stenozom ili BKV nefropatijom koja dovodi do disfunkcije grafta. Faktori rizika za nastanak nefropatije mogu biti vezani za donora, recipijenta ili za transplantaciju. Dijagnoza je zasnovana na *screening* metodama -citološki pregled urina (tzv. ćelije mamci), PCR detekcija BKV viremije kao i biopsija bubrega- potvrda nefropatije udružene sa BKV. Kao marker BKVN koristi se BKV kapsidni protein 1 mRNA.

Rezultati: Osnova lečenja infekcije ovim virusom je smanjenje imunosupresivne terapije. Ukidanje antimetabolita je najčešći pristup ali nedavne studije sugerišu da i takrolimus i ciklosporin u in vitro uslovima mogu da inhibiraju anti-BKT ćelijski odgovor. Alternativna terapija uključuje upotrebu leflunomida, cidofovira, rapamicin ili imunoglobuline. Poseban izazov predstavlja lečenje akutnog ćelijskog odbacivanja uz pozitivnu BKVAN, jer primena pulseva steroida može pogoršati istu. Ranije široko preporučivana primena fluorohinolona u prevenciji BK viremije ostaje diskutabilna. Novija istraživanja su usmerena na korišćenju adoptivne terapije specifičnim citotoksičnim limfocitima ili upotrebom dendritičnih ćelija pulsiranih antigenima *ex vivo*, dok je pronalaženje imunodominantnih peptida značajna karika u procesu iznalaženja specifičnih vakcina.

Zaključak: BKVAN je važna infektivna komplikacija transplantacije bubrega, koja uz odgovarajući postupak u velikom procentu pacijenata ne mora dovesti do gubitka bubrežnog grafta. PCR na BKV DNA u plazmi te citologija urina predstavljaju važne skrining testove bolesnika s rizikom za BKVAN, čime se ova komplikacija može blagovremeno detektovati, te prevenirati i lečiti.

Ključne reči: BK virus nefropatija, transplantacija bubrega, imunosupresija, PCR

PP29 IZAZOV U PRIMENI DVOJNE ANTITROMBOCITNE TERAPIJE KOD PACIJENTA SA IMUNOLOŠKOM TROMBOCITOPENIJOM I NOVONASTALNIM AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA – PRIKAZ SLUČAJA

A. Divac¹, M. Zdravković^{1,2}, Z. Cvetković^{2,3}, N. Stanisavljević^{1,2}, R. Živković¹,
O. Marković^{1,2}

¹KBC Bežanijska kosa

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

³KBC Zemun

Uvod: Imunološka trombocitopenija (ITP) kod pacijenata sa ugrađenim koronarnim stenovima je povezana sa ozbiljnim rizicima od krvarenja sa primenom dvojne antiagregacione terapije (DAT) s jedne strane i trombozom stenta u slučaju prekida s druge strane.

Prikaz slučaja: Kod muškarca, starog 43 godine, nakon postavljanja dijagnoze akutnog infarkta miokarda, urađena je primarna koronarna intervencija i plasirana su 2 stenta u levu descendntnu koronarnu arteriju februara 2016. Nakon intervencije dolazi do razvoja masivnog hematoma na mestu punkcije radijalne arterije i u nalazu krvne slike je registrovana trombocitopenija ($21 \times 10^9/l$). Nakon kompletne hematološke obrade postavljena je dijagnoza ITP. Uvedena je DAT (acetil-salicilna kiselina i klopido-rel) uz kortikosteroidnu terapiju i dolazi do delimičnog oporavka vrednosti trombocita ($70 \times 10^9/l$). Tri nedelje nakon AIM pacijent je hospitalizovan zbog pojave petehija po koži i pada vrednosti trombocita ($21 \times 10^9/l$), DAT je obustavljena, a uveden je azatioprin uz povećanje doze kortikosteroidne terapije. Trombocitokinetika je pokazala skraćen vek trombocita (24h), kao i da predominantna sekvestracija trombocita je u slezini, te je pacijent pripremljen za splenektomiju sa intravenskim imunoglobulinima. Nakon splenektomije, postignuta je stabilna parcijalna remisija bolesti (trombociti $40-50 \times 10^9/l$) i DAT je bezbedno vraćena.

Zaključak: Lečenje ovih pacijenata predstavlja izazov, te treba da bude individualizovano sa glavnim ciljem korekcije trombocitopenije i kontinuirane upotrebe DAT.

PP30 TIREOTOKSIKOZA INDUKOVANA AMIODARONOM

S. Petrović, M. Basta

Medigroup Kalenić, Medigroup Dorcol

Uvod i cilj: amiodaron je antiaritmik koji se često primenjuje u terapiji aritmija. Zbog velikog sadržaja J u molekuli, veoma često se kod ovih pacijenata javlja i problem sa stitastom zlezdom. Terapija poremećaja tiroidne funkcije u ovim stanjima, određena je poznavanjem patofiziološkog procesa koji uzrokuje Amiodarona, a koji je bitno poznavati.

Metod: prikaz slučaja uvidom u medicinsku dokumentaciju

Rezultati: pacijent 65 godina, automehaničar, dolazi na pregled sa nalazima tiroidnih hormona koji pokazuju tireotoksikozu (TSH 0.005 mIU/ml, FT3 14.4 pmol/l, FT4 89,54 pmol/L), a nakon antiaritmijske terapije Amiodaronom u prethodnih 1,5 godina. Subjektivno postoje simptomi i znaci tiro-toksikoze. Nakon fizikalnog pregleda, urađene su dodatne analize koje su potvrdile autoimunu bolest tiroideje (TSH-Rat < 0.8 U/L, TGat 651.1 U/L, TPOat 255.8 U/ml) i ultrazvučni pregled koji je pokazao heteroehogenu zlezdu sa sniznim CD signalom što bi odgovaralo tiroiditisu. Odlučeno je da se prekine sa terapijom Amiodaronom, započne tireosupresivna terapija i beta blokatori.

Nakon tri meseca, pacijent je eutiroidan, a nakon 9 meseci isključena je tireosupresivna terapija uz dalje praćenje tiroidnog statusa.

Zaključak: amiodaron je antiaritmik koji je široko korišten u kliničkoj praksi pa moguće nezeleno dejstvo na funkciju stitaste zlezde nije retko. Terapijski odgovor određen je stepenom poremećaja tiroidne funkcije, prethodnim stanjem stitaste zlezde i patofiziološkim mehanizmom oštećenja stitnjace.

PP31 PERIKARDNI IZLIV I PRIMARNA HIPOTIREOZA

S. Petrović, M. Sretić

Medgroup Kalenić

Uvod i cilj: etiologija perikardnog izliva je različita, a primarna hipotireoza je jedan od mogućih. Cilj rada je prikaz perikardnog izliva usled primarne hipotireoze uz sagledavanje pacijenta u celini kako bi ukupnost kliničkog nalaza i laboratorijskih analiza vodila ka dijagnozi.

Rezultati: pacijentkinja 68g., javila se kardiologu zbog bržeg zamaranja unazad godinu dana, pospanosti, tromosti, podbulog izgleda, dobijanja u težini. Pri fizikalnom pregledu, zabeležen viti-ligo, generalizovana alopecija, edem kapaka i lica, suva i pastozna koža uz potmule tonove na srcu, TA 130/75mmHg EKG sr 63/min sa niskom voltazom QRS difuzno u svim odvodima i uz nespecifične promene u T talasima. Pri urađenom UZ srca zabeležen izliv oko celog srca, EF 45% i dijasolnom disfunkcijom leve komore gr I. U nalazima zabeležena jasna primarna hipotireoza TSH>100uIU/ml, T3 <0.3nmol/l, T4<5.4nmol/l, FT3 <0.6pmol/l, FT40.55pmol/l, TPOat >600IU/ml i TGat 310IU/ml. Uz kardiološku terapiju, odmah uvedena supstituciona terapija pa je već na prvoj kontroli nakon mesec dana došlo do značajne regresije kliničkih tegoba uz gubitak 5kg u težini.

Zaključak: pristup pacijentu trebalo bi da bude uvek integralan, od anamnestičkih podataka, detaljnog fizikalnog nalaza do laboratorijskih nalaza i različitih vizualizacionih metoda.

PP32 PROTEIN C KAO INDIKATOR TEŽINE AKUTNOG PANKREATITISA

S. Tešić-Rajković, B. Radovanović-Dinić

Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju, UKC Niš

Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu

Uvod: Inflamatorni odgovor u akutnom pankreatitisu (AP) rezultat je uzajamnog dejstva proinflammatoryh i antiinflammatoryh medijatora. Proces inflamacije u AP je uzajamno povezan sa sistemom hemostaze. Jedan od faktora u sistemu hemostaze koji može da utiče na proces inflamacije u AP je protein C. Aktivirani protein C smanjuje stvaranje trombina i tako limitira proinflammatory delovanje trombina. Studije o kliničkom značaju parametara sistema hemostaze u predviđanju pankreatitisom izazvanih komplikacija su za sada još uvek retke.

Cilj: Utvrditi značaj ranog određivanja vrednosti proteina C u proceni težine akutnog pankreatitisa, odnosno, mogućnost prognoziranja toka i ishoda bolesti na osnovu ovog parametra.

Materijal i metode: Prospektivnim istraživanjem je obuhvaćeno 92 bolesnika sa dijagnozom AP. Bolesnici su podeljeni u 3 grupe na osnovu kriterijuma revidirane klasifikacije iz Atlante. Prva grupa (blagi AP, n=52), druga grupa (umereni AP, n=22) i treća grupa bolesnika (teski AP, n=18). Sve ispitanike smo grupisali u grupu A (blagi AP, n=52) i grupu B (umereno teški i teški AP, n=40). Ispitanicima su urađeni biohemijski markeri, inflamatorni biomarkeri i protein C.

Rezultati: Nije nađena povezanost pola i težine bolesti ($\chi^2=0,364$ sig=0,546). Postoje značajne razlike u zastupljenosti AP različitih etiologija unutar grupa ($\chi^2=6.348$, $p=0.042$). Urađena je korelacija biohemijskih markera, inflamatornih biomarkera i proteina C između grupe A i grupe B AP. Mann-Whitney test za nezavisne uzorke je pokazao da statistički značajna razlika između grupa postoji za CRP i protein C ($p<0.05$). Korelacijom proteina C sa biohemijskim markerima i inflamatornim biomarkerima verifikovana je statistički značajna korelacija proteina C sa lipazom (Spearman R 0,467: $p=0,000$) i CRP-om (Spearman R 0,463: $p=0,000$). Tačnost CRP u prognozi teskog AP na osnovu binarne logisticke regresije je 83%. Prikazana je prognostička vrednost proteina C u razlikovanju blagog od umereno teskog i teskog AP za cut off vrednost 39%. Senzitivnost je 100% i specifičnost 100%.

Zaključak: Protein C kao pojedinačni parametar, može biti rani indikator težine AP što je od značaja za dobar dijagnostički i terapijski plan.

PP33 ANALIZA SUPSTITUCIONO ZAVISNIH ANEMIJA U DOBA COVID 19 PANDEMIJE – ISKUSTVO JEDNOG CENTRA

S. Sretenović^{1,2}, T. Anđelković¹

¹Klinika za Hematologiju, UKC Kragujevac, Kragujevac

²Fakultet medicinskih nauka univerziteta u Kragujevcu, Kragujevac

Uvod: Anemija prema kriterijumu SZO se definiše kao koncentracija hemoglobina (Hb) niža od 130 g/L ili hematokrit (Hkt) niži od 39% kod odraslih muškaraca, odnosno Hb niži od 120 g/L ili Hkt niži od 37% kod odraslih žena.

Metodologija: Retrospektivno je analizirano 94 bolesnika koji su supstituisani deplazmatisanim eritrocitima u Dnevnoj bolnici Klinike za Hematologiju od 01.12.2021.g. do 01.03.2022.godine u uslovima ograničenih kapaciteta. Uključujući faktor Hb < 80 g/l, a isključujući graviditet. Krvna slika je analizirana na aparatu Becman Caunter Analyzer. Krvne grupe (ABO i RhD) određene su metodom u epruveti (temperatura ambijenta, 370 C, dvostepenom enzimskom tehnikom) i metodom u gelu na Bio Rad ID karticama. Statistička obrada podataka učinjena IBM SPSS 21, značajnost, $p < 0,05$.

Ciljevi: Analiza bolesnika po polu, starosti, prosečnom broju jedinica primenjene krvi, težini anemije i uzrocima njenog nastanka. Utvrditi učestalost krvnih grupa po (ABO i Rh sistemu) u supstituisanih bolesnika. Uporedna analiza broja supstituisanih, jedinica krvi kao uzroka malokrvnosti tokom četiri meseca 2021/22.godine na kraju pandemije..

Rezultati: Tokom 4 meseca supstituisano je 94 bolesnika, prosečne starosti 68,73 godina (od 27 do 88). Ispitivanu grupu činilo je 43,6% (41) muškaraca prosečne starosti 67,85 godina i 56,4% (53) žena prosečne starosti 69,42 godine. Prosečna vrednost Hb je bila 67,43g/l (od 42 g/l - 78g/l), muškarci vs žene (67,51g/l vs 66,73g/l), bez razlike (Hi 2 test, $p = 0,5$). Tešku anemiju Hb < 70g/l imalo je 55,3% bolesnika. U grupi muškaraca 24 (58,5%) a u grupi žena 28 (52,8%).

Primenjeno je 205 jedinica krvi, prosečno 2,18 (od 1 do 3 doze), muškarci vs žene (2,07 vs 2,26), bez razlike (Hi 2 test, $p = 0,41$). Analiza krvnih grupa pokazuje najveću učestalost A Rh + i O Rh + (38,3% vs 29,8%). Uzrok anemije je utvrđen kod 66% bolesnika, dok se 34% bolesnika nije utvrđen uzrok anemije. Razlozi anemije GIT (35,1%), hematološke bolesti 25,5%), UGT (4,3%) druge maligne bolesti (5,3%).

Zaključak: Dostupnost lekara loša tokom Covid 19 pandemije, obraćanje kasno kada je anemija već teškog stepena i zahteva supstituciju. Nedostupnost dijagnostike uslovlila da u trećine bolesnika nije utvrđen uzrok anemije.

Ključne reči: anemija, transfuzija, Covid 19 pandemija

PP34 KADA TEST NA TROMBOFILIJU ZAKASNI...?

S. Sretenović^{1,2}

¹Klinika za Hematologiju, Univerzitetski Klinički Centar Kragujevac, Kragujevac

²Fakultet Medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu, Kragujevac

Uvod: Trombofilija je nasledna ili stečeno stanje koje povećava rizik za trombozu vensku ili arterijsku. Kako je etiologija tromboze multifaktorijska, postojanje trombofilije je samo jedan od mnogih elemenata koji određuje rizik.

Case report: Pacijentica starosti 53 godine dolazi hematologu, posle laser operacije vena, a zbog povišenog D dimera. Povišen D dimer u Covid 19 infekciji 2021.g. održavao se eleviran 11 meseci. Iz lične anamneze: imala dve trudnoće, porođaji vaginalni poslednji 1998.godine. Porođajna težina (I beba - 3450g, II - 3600g). 2015.g. u 46 -toj godini mikroembolizacija pluća 2015.g. 6 meseci bila na OAK (Farin). 2017.godine podkolena tromboza leve noge lečena sa LWMH, potom OAK u trajanju od 3 meseca. 2019.godine tromboza leve noge natkoleno, lečena sa LWMH potom OAK tokom 6 meseci. U menopauzi je godinu dana. Negira alergiju na Penicilin i druge lekove. Ne konzumira cigarete ni alkohol. Iz porodične anamneze, otac imao trombu u dva navrata, majka je dijabetičar, ima proširene vene, operisala je Ca debelog creva.

U momentu pregleda fizikalni nalaz kompletno uredan, osim punktiformnih promena na koži duž leve noge sa lako induriranim subkutisom / put laser intervencije vaskularnog hirurga/. BMI -24,14kg/m².

Detaljnim ispitivanjem, isključeno infektivno dešavanje i paraneoplastični proces. Nalaz D dimer -2825ng/ml (n.v <250). Test na trombofiliju: heterozigot mutacije za : F V Leiden, F II 20210A, MTHFR-677CT, MTHFR A1298C uz deficit APCRV i povišen Homocystein. Snižen nivo folne kiseline -3,0/ n.v. od 9-45.1/.

Diskusija: Mutacije F V Leiden heterozigotna podiže rizik za trombozu 5-10 puta. Rizik se povećava sa godinama. Heterozigot mutacija za F II 20210A 2 do 5 puta povećava rizik za trombozu kao i rezistencija na APC protein. Hyperhomocysteinemia je faktor predispozicije za trombozu. Heterozigot mutacije za MTHFR677CT i MTHFR A1298C u populaciji ispitivanih ima 23%, zajedno podižu nivo homocysteina u plazmi. Mutacija PAI14G/4G smanjuje fibrinolizu povećavajući rizik za trombozu.

Zaključak : Rekurentna tromboza, pozitivna porodična anamneza i neobična lokalizacija tromboze, su indikacija za testiranje. Da li je bilo neophodno 7 godina i mnogo sreće, da pandemija Covid 19 usmeri pacijenticu hematologu?

Ključne reči: anamneza, tromboza, trombofilija

PP35 UDRUŽENOST INFEKCIJE COVID-19 SA INVAZIVNOM PLUĆNOM ASPERGILOZOM KOD PACIJENATA SA AKUTNIM LEUKEMIJAMA: STUDIJA JEDNOG CENTRA

J. Rajić¹, I. Gmizić⁴, T. Gunjak¹, V. Milošević¹, N. Pantić¹, N. Sabljčić¹, M. Mitrović^{1,2}, S. Jovanović³, I. Milošević^{4,2}, D. Antić^{1,2}, A. Vidović^{1,2}

¹Klinika za hematologiju, Univerziteti klinički centar Srbije, Beograd

²Fakultet medicine, Univerzitet u Beogradu

³Služba za mikrobiologiju, Univerziteti klinički centar Srbije, Beograd

⁴Klinika za infektivne i tropske bolesti, Univerziteti klinički centar Srbije, Beograd

Uvod: Pacijenti sa korona virusnom infekcijom (COVID-19) imaju povećanu osetljivost na sekundarne respiratorne infekcije uključujući invazivnu plućnu aspergilozu (IPA). Plućnu aspergilozu (CAPA) povezanu sa COVID-19 teško je dijagnostikovati i ona može biti povezana sa povećanim mortalitetom, posebno kod teških imunodeficijencija kao što su hematološki maligniteti.

Cilj rada: Naša studija procenjuje IPA kod pacijenata sa COVID-19 definisanim kao COVID-19-CAPPA među pacijentima sa akutnom leukemijom (AL).

Metode: Retrospektivnom jednocentričnom studijom analizirano je 46 pacijenata sa COVID-19 infekcijom i akutnom leukemijom, primljenih na Kliniku za hematologiju Univerzitetskog kliničkog centra Srbije, Beograd u periodu od 2. aprila 2020. do 15. maja 2021. godine. Tokom hospitalizacije, svim učesnicima je dijagnostikovana verovatna IPA uz prethodne konsenzusne definicije. Kao mikrobiološki kriterijumi korišćeni su pozitivni serološki testovi i detekcione vrednosti galaktomanana (GM) u bronhoalveolarnom ispiranju (BAL) i serumu.

Rezultati: Verovatna IPA povezana sa COVID-19 pronađena je kod 22% (9/41) testiranih pacijenata, gde su serumska GM i IgM anti-Aspergillus antitela bila pozitivna kod 12% (5/41) i 10% (4/41) je imalo pozitivnu serologiju na aspergilozu. Jedan pacijent je preminuo, dok se osam oporavilo tokom praćenja.

Zaključak: Naša studija je pokazala da bi COVID-19 mogao biti faktor rizika za razvoj IPA kod pacijenata sa AL. Potrebna je rana dijagnoza i hitno lečenje jer su prijavljene stope smrtnosti visoke.

Ključne reči: Asepergiloza; COVID-19; akutna leukemija

PP36 ZNAČAJ PAŽLJIVE PREOPERATIVNE PRIPREME BOLESNIKA NA DVOJNOJ ANTITROMBOCITNOJ TERAPIJI NAKON AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA

A. Ušćumlić^{1,2}, N. Antonijević^{1,2}

¹Univerzitetski Klinički Centar Srbije, Klinika za kardiologiju,
Odeljenje Urgentne kardiologije,

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Prema podacima velikih registara, 5% do 25% pacijenata koji su prethodno lečeni perkutanom koronarnom intervencijom (PCI) sa implantacijom intrakoronarnih stentova unutar 5 godina bivaju podvrgnuti nekardiološkoj hirurškoj intervenciji. Prognoza akutnog koronarnog sindroma nastalog nakon tromboze stenta lošija je nego u slučajevima *de novo* okluzije koronarne arterije. Glavni prediktor tromboze je rani prekid dvojne antitrombotične terapije.

Prikaz slučaja: Muškarac star 61 godinu hospitalizovan je hemodinamski nestabilan sa znacima infarkta miokarda sa ST elevacijom nastalog nekoliko sati nakon završene operacije invazivnog karcinoma rektuma. Bolesnik je dva meseca pre navedene intervencije preboleo akutni infarkt miokarda donjeg zida kada mu je urađena primarna perkutana koronarna intervencija (PCI) sa implantacijom jednog stenta obloženog lekom (DES). Opušten je sa dvojom antitrombotičnom terapijom (DAPT) aspirinom i tikagrelorom i preporukom da istu nastavi narednih godinu dana. U preoperativnoj pripremi, bolesniku je dato uputstvo da 3-5 dana pre prijema u bolnicu prestane da primenjuje tikagrelor a da nastavi sa primenom aspirina. Šestog dana po prijemu u bolnicu, u uslovima opšte anestezije, urađena je transekcija mezorektuma uz kolo-rekto T-T anastomozu i formiranje bipolarne ileostome. Po uočenoj hipotenziji nastaloj 1 h posle operacije, elektrokardiografski se registruje STEMI. Bolesnik je odmah poslat na novu PCI, koja je urađena nakon primene udarnih doza DAPT. Angiografski je registrovana tromboza prethodno implantiranog i urađena je balon dilatacija trombotične okluzije, uz rezidualno prisustvo manje trombotične mase u proksimalnom delu stenta zbog čega je ordinirana infuzija tirofiban. U daljem toku hemodinamsko stanje bolesnika je stabilizovano, dok su prisutne hemoragijske komplikacije adekvatno zbrinjavane bez prekida antitrombotične terapije.

Zaključak: Navedenim prikazom bolesnika skrećemo pažnju na striktnu primenu preporuka za perioperativnu pripremu i pridržavanje termina predviđenog za primenu određenog P2Y12 inhibitora, uz zadržavanje Aspirina kod bolesnika visokog ishemijskog rizika. Prema najnovijim preporukama ESC P2Y12 inhibitor trebalo bi obustaviti 3-7 dana pre operacije, dok se preporučuje zadržavanje aspirina. U slučaju potrebe razmatra se terapija „premošćenja“ uvođenjem intravenskih GPIIb/IIIa inhibitora, (tirofiban i eptifibatid) uz napomenu da se isti ukidaju 4-6 h pre početka operacije, a mogu biti vraćeni u terapiju već posle 2 h posle operacije, uz optimalizaciju prema stepenu konkretnog hemoragijskog rizika.

PP37 ANALIZA UTICAJA PANDEMIJE COVID 19 NA ANEMIJE U ODNOSU NA 2009/10 I 2017/18 ISKUSTVO JEDNOG CENTRA

S. Sretenović^{1,2}, T. Anđelković¹

¹Klinika za Hematologiju, UKC Kragujevac, Kragujevac

²Fakultet Medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu, Kragujevac

Uvod: Anemija se definiše kao apsolutno smanjenje ukupne mase eritrocita, nastaje sekundarno uslijed krvarenja, hemolize ili smanjenja proizvodnje crvenih krvnih ćelija i najčešće je znak neke druge osnovne bolesti. U praksi, anemijom se smatra smanjenje koncentracije hemoglobina u krvi.

Metodologija: Retrospektivno je učinjena analiza 94 bolesnika 01.12.2021.g. do 01.03.2022.godine i upoređeno sa bolesnicima koji su supstituisani deplazmatiziranim eritrocitima u Dnevnoj bolnici Klinike za Hematologiju tokom 6 meseci 2009/10 i šest meseci 2017/18. Uključujući faktor je Hb < 75g/l, a isključujući graviditet. Krvna slika je analizirana na aparatu Becman Coulter Analyzer. Krvne grupe (ABO i RhD) određene su metodom u epruveti (temperatura ambijenta, 370 C, dvostepenom enzimskom tehnikom) i metodom u gelu na Bio Rad ID karticama. Statistička obrada podataka učinjena IBM SPSS.21.

Ciljevi: Analizirati lečene bolesnike po polu, starosti, prosečnom broju jedinica primenjene krvi, težini anemije i uzrocima njenog nastanka. Utvrditi učestalost krvnih grupa (ABO i Rh sistema) u supstituisanih bolesnika.

Rezultati: Tokom 4 meseca na kraju pandemije Covid 19 supstituisano je 94 bolesnika prosečne starosti 68,73g. (M-43,6% i Ž- 56,4%). Prosečna vrednost Hgb 67,3g/l. Hgb <70g/l imalo je 55,3% bolesnika. Primenjeno je 205 jedinica krvi, prosečno mesečno 51,25. Tokom 6 meseci 2017/18 supstituisano je 83 bolesnika, prosečne starosti 71,12godina (M- 33,7% i Ž-66,3%). Prosečna vrednost Hb je bila 69,26g/l. Tešku anemiju Hb < 70g/l imalo je 61,45% bolesnika. Primenjeno je 219 jedinica krvi, prosečno 36,5 jedinica krvi. Tokom 6 meseci 2009/10.g. supstituisano je 66 bolesnika sa 166 jedinica krvi, prosečno 27,6 jedinica mesečno. Analiza uzroka anemije (2009/10.g. vs 2017/18.g vs 2021/22) : hematološke bolesti : 20,5% vs 26,9% vs 25,5% GIT: 24,1% vs 34,4% vs 35,1% UGT :14,5 vs 19,3% vs 4,3%. Hronične bolesti 19,4%vs 41%. U 34% nije dijagnostikovao uzrok anemije 2021/22.

Zaključak: U poslednja 4 meseca pandemije COVID 19 broj supstituisanih bolesnika na mesečnom nivou je porastao 58,9% u odnosu na 2009 g. odnosno 46,8 % u odnosu na 2018.g. uz porast i broja jedinica krvi koje su primenjene. U trećine bolesnika nije dijagnostikovao uzrok anemije.

Ključne reči: anemija, transfuzija, Covid 19 pandemija

PP38 ARTERIJSKE TROMBOZE KOD PACIJENATA SA AKUTNOM MIJELOIDNOM LEUKEMIJOM

N. Pantić¹, M. Virijević^{1,2}, Z. Pravdić^{1,2}, N. Sabljic^{1,2}, Z. Bukumirić², M. Cvetković², J. Rajić¹, A. Vidović^{1,2}, M. Todorović-Balint^{1,2}, N. Suvajdzic-Vuković^{1,2}, D. Antić^{1,2}, M. Mitrović^{1,2}

¹Klinika za hematologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

Uvod i cilj: Arterijske tromboze (AT) predstavljaju važan uzrok mortaliteta kod pacijenata sa malignitetom. Smatra se da je učestalost AT kod ovih pacijenata 2-5%. Međutim, pouzdanih podataka o učestalosti AT kod pacijenata sa akutnom mijeloidnom leukemijom (AML) nema. Cilj rada je utvrđivanje učestalosti AT kod pacijenata sa AML, kao i procena potencijalnih faktora rizika za razvoj AT.

Metode: Retrospektivna, kohortna studija sprovedena je u Univerzitetskom kliničkom centru Srbije. Uključeni su punoletni pacijenti, kod kojih je postavljena dijagnoza AML u periodu od januara 2009. do decembra 2021. Pacijenti oboleli od promijelocitne leukemije, kao i pacijenti sa venskim tromboembolizmom, koji je dijagnostikovao u toku lečenja AML, nisu uključeni u studiju. Kod svih pacijenata AT (infarkt miokarda, ishemijski šlog, kritična ishemija ekstremiteta) je potvrđena tokom aktivnog lečenja maligniteta (do tri meseca nakon poslednje hemioterapije). Prikupljani su demografski podaci, pušački status, indeks telesne mase, podaci o prethodnim trombozama, laboratorijski podaci, podaci o leukemiji (citogenetika, imunofenotipske karakteristike), Korana skor, performans status, komorbiditeti. Metode deskriptivne i analitičke statistike su korišćene za obradu i prikaz podataka.

Rezultati: U studiju je uključeno 545 pacijenata (293 muškog pola (53,8%)). Medijana starosti u uključenoj populaciji bila je 58 (opseg: 18-81) godina. AT su registrovane kod 18/545 (3,3%) pacijenata, sa sledećom distribucijom: ishemijski šlog 12/18 (66,7%), infarkt miokarda 5/18 (27,8%) i akutna arterijska tromboza donjih ekstremiteta 1/18 (5,5%). AT je najčešće dijagnostikovana tokom indukcije (8 (44,4%) pacijenata), reindukcije (3 (16,7%) pacijenata) i konsolidacije (4 (22,2%) pacijenata). Međutim, kod pojedinačnih pacijenata su AT registrovane na dijagnozi (1 (5,6%) pacijent), nakon transplantacije (1 (5,6%) pacijent), pri dijagnozi relapsa AML (1 (5,6%) pacijent).

AT su statistički značajno češće kod pacijenata sa prethodnim tromboznim događajima ($p = 0,016$), kao i kod pacijenata sa citogenetskim markerima lošije prognoze ($p < 0.001$).

Zaključak: Učestalost AT u našoj grupi je 3,3% što je u saglasnosti sa prethodno objavljenim rezultatima. Kako su brojni do sada poznati faktori rizika za nastanak AT promenljivi (npr. pušenje, ishrana, fizička aktivnost, konzumacija alkohola...) važno je aktivno edukovati pacijente da rade na redukciji ovih faktora, posebno imajući u vidu da je profilaktička i terapijska primena antitrombotične terapije kod bolesnika sa AML otežana zbog trombocitopenije.

PP39 TAKOTSUBO SINDROM (KARDIOMIOPATIJA): KOMPARATIVNA ANALIZA RAZLIČIH DIJAGNOSTIČKIH KRITERIJUMA

Č. Ušević¹, I. Tomić², Ž. Leković³, Lj. Birovljev³, B. Damjanović⁴, A. Ušćumlić^{3,5},
M. Mihailović³, N. Antonijević^{3,5}

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

Uvod: Takotsubo sindrom (TS), odnosno stresna kardiomiopatija, je stanje koje se karakteriše akutnom tranzitornom sistolnom disfunkcijom leve srčane komore. Diferencijalna dijagnoza TS i akutnog koronarnog sindroma predstavlja poseban klinički izazov.

Klinička praksa je relativno brzo ukazala na insuficijenciju prvih definisanih kriterijuma od strane *Mayo klinike* 2004, Japanskog udruženja za cirkulaciju, Getenburg i *Johns Hopkins* kriterijuma.

U literaturi se najčešće koriste revidirani *Mayo* klinički kriterijumi iz 2008. godine koji podrazumevaju: 1. tranzitornu akineziju ili diskineziju apikalnog dela leve komore ili medijalnog ventrikularnog segmenta sa regionalnim poremećajima kinetike koji prevazilaze distribuciju revaskularizacije područja jedne koronarne arterije; 2. odsustvo opstruktivne koronarne bolesti ili angiografski potvrđene ruptуре aterosklerotskog plaka; 3. nove ekg abnormalnosti (ST elevacija i/ili inverzija T talasa), ili umećeni porast troponina; 4. odsustvo feohromocitoma ili miokarditisa. Međutim autori navode da postoje izuzeci kao što su oni sa regionalnim abnormalnostima poremećaja segmentne kinetike koji su limitirani na teritoriju jedne koronarne arterije. Za razliku od obaveznih kriterijuma *Mayo klinike* *Johns Hopkins* kriterijumi za dijagnozu TS navode mandatorne kriterijume (odsustvo koronarne tromboze ili akutne ruptуре plaka, regionalne ventrikularne abnormalnosti segmentne kinetike koji zahvataju područje izvan jedne koronarne distribucije, kao i kompletan oporavak segmentne kinetike). U ne-mandatorne kriterijume spadaju: postojanje okidača (emocionalni ili fizički stres), karakteristične ekg promene kao ST elevacija bez reciproćne ST depresije, difuzni duboki T talasi, produženje QT intervala, blago povišeni nivoi troponina, često disproporcionalno niski u odnosu na uočene abnormalnosti kinetike. U Getenburškim kriterijima se navodi da okidač ne mora uvek biti fizički ili emotivni stres, ali naglašava odsustvo drugih patoloških stanja kao miokarditis, ishemija, toksično oštećenje miokarda i tahikardija i postojanje normalnog ili približno normalnog pritiska punjenja. Za razliku od drugih InterTak kriterijumi navode da aterosklerotske lezije koronarnih arterija mogu koegzistirati, ističu važnost odsustva depresije ST segmenta, prisustvo neuropsihijatrijskih bolesti, i daju mogućnost dijagnostike na osnovu bodovnog sistema. Napominjemo važnost analize novih kriterijuma predloženih od strane *Heart Failure Association* iz 2019. godine

Zaključak: Postojanje posebnosti i usvajanje novina u terapiji TS ukazuju na potrebu za adekvatnom dijagnozom TS koji se u značajnom procentu može komplikovati nastankom srčane insuficijencije, aritmijama, tromboembolizmom i drugim životno opasnim komplikacijama.

PP40 ZNAČAJ PREPOZNAVANJA EMOCIONALNIH I FIZIČKIH OKIDAČA ZA NASTANAK TAKOTSUBO KARDIOMIOPATIJ

Č. Uštević¹, I. Tomić², Ž. Leković³, Lj. Birovljev³, B. Damjanović⁴, A. Ušćumlić^{3,5}, M. Mihailović³, N. Antonijević^{3,5}

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

Uvod: Takotsubo kardiomiopatija (TK) poznata kao „Sindrom slomljenog srca“, ili „stres kardiomiopatija“ je oboljenje koje može dovesti do životno ugrožavajućih posledica. Definisanje faktora rizika i okidača za nastanak TK može doprineti uspostavljanju egzaktno dijagnoze.

Rizičnu populaciju čine osobe ženskog pola (oko 90% objavljenih slučajeva), starije od 50 godina (oko 80% slučajeva) koje su u perimenopauzalnom i postmenopauzalnom periodu. Međutim skrećemo pažnju i na činjenicu da je opisan slučaj TK i kod prevremeno rođenog neonatusa.

Glavni okidači su fizički i emotivni stresori. Među fizičkim stresorima prepoznati su: CVI, TIA, epilepsija, migrene, ruptura aneurizme, HOBP, bronhijalna astma, pneumonija, plućna embolija, gastrointestinalna krvarenja, Kronova bolest, inkarceracija creva, feohromocitom, urosepsa, urolitijaza, porođaj, vaginalna krvarenja, dijagnoza maligne bolesti, primena hemioterapije, infekcije kao što su grip, infekcija rane, sepsa, prelomi, operacije, anestezija, primena kateholamina. Emotivni stresori su: depresija, bolest ili smrt bliske osobe, pokušaj samoubistva, razvod, posttraumatski stres, pljačka, strah od javnog nastupa, hospitalizacija, selidba, nov posao, gubitak posla, penzionisanje, nasilje na poslu, mobing, dugovanje, veliki gubitak novca, eutanazija kućnog ljubimca, svađa, poplava, zemljotres, oluja, jaka buka, saobraćajni akcident. Pored svih nabrojanih negativnih stresora TK se može javiti i kod „pozitivnih stresora“, kao npr: dobitak na lutriji, rođendanska proslava, rođenje unuka, venčanje, pobeda voljenog kluba, kada ga nazivamo „sindromom srećnog srca“. Naglašavamo da kod pojedinih bolesnika okidač može biti kombinovani fizički i emotivni, npr panični atak tokom medicinske procedure. Međutim da stres nije obavezni kriterijum za dijagnozu TK govori podatak da čak i jedna trećina bolesnika nema identifikovan prethodni stresni faktor. Kod muškaraca TK nastaje češće posle fizičkih stresora, dok su kod žena češće prisutni emotivni okidači.

U hospitalizovanih bolesnika na bilo kojim odeljenjima nastanak tahikardije, hipotenzije, srčane insuficijencije, registrovani porast troponina i abnormalnosti u elektrokardiogramu mogu ukazati na razvoj TK. Registrovano da osobe muškog pola tokom intrahospitalno registrovane TK imaju veći mortalitet u odnosu na one koji TK razvijaju van bolnice.

Zaključak: Upoznavanje sa mogućim okidačima TK i principima dijagnostike može doprineti pravovremenoj terapiji ovog oboljenja koje u praksi često dovodi do ozbiljnih komplikacija.

PP41 TAKOTSUBO SINDROM: TIPOVI I DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE POTREBNE ZA POTVRDU DIJAGNOZE

Ž. Leković¹, Č. Ušević², G. Milić^{3,5}, Lj. Birovljev^{1,5}, B. Damjanović⁴, A. Uščumlić^{1,5},
M. Mihailović¹, N. Antonijević^{1,5}

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

Uvod: Takotsubo sindrom (TS) se pored tipične prezentacije sa apikalnim baloniranjem leve komore može prezentovati i atipičnim formama.

Postoje 4 podtipa Takatsubo sindroma definisana distribucijom abnormalnosti u pokretima zida leve komore. Prema InterTak registru daleko najčešći je apikalni tip TS, mada su opisani oblici TS sa ispadima u kontraktilnosti u srednjem delu komore (14,6%), bazalnom delu leve komore (2,2%) i fokalna akinezija ili hipokinezija leve komore (1,5%), uz napomenu da poremećaj može biti i biventrikularan.

Kao pomoć u dijagnostici i diferencijaciji TS i AKS koristimo InterTak dijagnostički skor koji je visoko senzitivna u dijagnostici TS i visoko specifičan u odbacivanju dijagnoze TS.

Dijagnozu postavljamo na osnovu EKG-a, laboratorijskih analiza (Troponin T, CK, BNP i NT-pro BNP), nalaza koronarografije, ehokardiografije, CT koronarografije, magnetne rezonance srca.

EKG promene kod pacijenata sa TS su: ST elevacija prisutna kod (80%) pacijenata i/ili T inverzija. Ostali notirani znaci miokardne ishemije su: tranzitorna pojava Q talasa ili nastanak aplatiranih T talasa. Većina pacijenata ima produžen QT interval koji se obično normalizuje unutar 48h. EKG kriterijumi koji razlikuju TS od akutnog infarkta miokarda su odsustvo abnormalnog i perzistentnog Q zupca, odsustvo recipročnih promena, odsustvo ST elevacije u odvodu V1 i prisutna elevacija u aVR odvodu.

Registruje se i neproporcionalan porast biohemijskih markera miokardne nekroze troponina, CK, kao i BNP i NT-pro BNP. Pacijenti sa TS obično imaju angiografski normalne koronarne arterije ili nalaze hemodinamski neznčajnih stenoza, odnosno stenoza koji su u neskladu sa stepenom prikazanih segmentnih abnormalnosti kontraktilnosti miokarda. Transtorakalna ehokardiografija tipično pokazuje apikalne i medijalne abnormalne pokrete zida leve komore koji se prikazuju kao akinezija ili diskinezija u poređenju sa bazalnim segmentima dajući izgled "apikalnog baloniranja". Moguće je registrovati parijetalni tromb u levoj komori zbog apikalne disfunkcije, mitralnu regurgitaciju, opstrukciju izlaznog trakta leve komore i u retkim slučajevima rupturu miokarda. U akutnoj fazi TS na MRI srca se vidi miokardna inflamacija i edem. U TS miokardni edem je transmuralni i povlači se za 6 meseci. Radi diferencijalne dijagnoze zahteva se i isključenje feohromocitoma i miokarditisa.

Zaključak: Primena adekvatnog dijagnostičkog armamentarijuma doprinosi pravovremenoj dijagozi tipičnih i atipičnih obika TS.

PP42 POSEBNOSTI I NOVINE U TERAPIJI TAKOTSUBO SINDROMA

Ž. Leković¹, Č. Ušević², G. Milić^{3,5}, Lj. Birovljev^{1,5}, B. Damjanović⁴, A. Ušćumlić^{1,5}, M. Mihailović¹, N. Antonijević^{1,5}

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

Uvod: Takotsubo sindrom (TS) ili "Broken heart syndrome" je stresom indukovana kardiomiopatija koja se klinički prezentuje kao akutna tranzitorna disfunkcija leve komore sa tipičnim ili atipičnim poremećajima kinetike miokarda. Patogeneza TS je delimično nerazjašnjena, mada postoje hipoteze koje ističu ulogu kateholaminskog ekscesa, preteranu aktivaciju simpatičkog nervnog sistema, promenu u G-proteinima, sistemsku inflamaciju, endotelnu disfunkciju i koronarni vazospazam. Kateholaminski ekscs može dovesti i do direktnog oštećenja kardiomiocita.

Posebno mestu u lečenju TS pripada beta blokatorima i ACE inhibitorima, antikoagulantnoj i dvojnjoj antitrombotičnoj terapiji. Kod TS komplikovanog srčanom insuficijencijom preporučuje se primena diuretika, ACE inhibitora ili ARB blokatora, kao i beta blokatora u kompenzovanoj fazi. Prema podacima Mayo klinike oko 11% pacijenata razvije kardiogeni šok u prvih 72h, a 20%-25% razvije opstrukciju izlaznog trakta leve komore. Znajući patogenezu TS, ističemo da simpatikomimetici (posebno norepinefrin i efedrin) mogu pogoršati stanje pacijenta, pa se umesto njih preporučuje primena dobutamina, eventualno dopamina. U kardiogenom šoku sa TS indikovano je levosimendan (ne-kateholaminski inotrop), koji ne povećava potražnju miokarda za kiseonikom, a povećava perfuziju važnih organa u šoku i vrši sistemsku vazodilataciju.

Kada se dijagnostikuje značajna opstrukcija izlaznog trakta leve komore (LVOTO) prekida se inotropna terapija, a savetuje se primena dodatne nadoknade tečnosti i primena beta blokatora u slučaju da nema plućne kongestije. Kod teške hipotenzije u kardiogenom šoku kada se konzervativna terapija pokazala kao neefikasna, indikovana je mehanička cirkulatorna potpora. Zbog česte pojave ozbiljnih aritmija (VT, Torsades de Pointes i VF), neophodno je često praćenje dužine QT intervala. Ukoliko je QT interval veći od 500 ms preporučuje se isključenje beta blokatora a važno je u terapiju dodati kalijum i magnezijum. U slučaju Torsades de Pointes, intravenski magnezijum je prvi terapijski izbor. Napominjeno da i primena amiodarona kao najčešćeg antiaritmika u nekim slučajevima može izazvati torsades de pointes. Takođe je poznato da primena određenih antiaritmika kao što su flekainid, sotalol, amiodaron, lidokain mogu biti faktori rizika za nastanak TS. Sinhrona kardioverzija se preferira kod hemodinamski nestabilnih pacijenata.

Zaključak: Implementacija novina u terapiji TS može značajno uticati na ishod lečenja ovog ozbiljnog oboljenja.

PP43 POSTROMBEMBOLIJSKA HRONIČNA PLUĆNA HIPERTENZIJA: ČESTO ZANEMARENI FENOMEN

Ž. Leković¹, Č. Ušević², G. Milić^{3,5}, Lj. Birovljev^{1,5}, B. Damjanović⁴, A. Uščumlić^{1,5},
M. Mihailović¹, N. Antonijević^{1,5}, V. Kanjuh⁶

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

⁶Odbor za kardiovaskularnu patologiju, SANU

Uvod: Potpuna rezolucija tromba u arterijama plućnog arterijskog korita se javlja obično tokom 4-8 sedmica posle dijagnoze plućne tromboembolije (PE), uz napomenu da se potpuna rezolucija tromba registruje u samo 50%-80% slučajeva. Plućna hipertenzija može nastati usled obliteracije arterija plućnog vaskularnog korita usled organizacije trombnih masa, rekurentnih plućnih embolija, kao i vazospazma.

Incidenca hronične plućne postromboembolijske hipertenzije (CTEPH) varira u literaturi od 0.5-3.8%, ali se u pojedinim serijama navodi incidencija od 9.0%-14.4%. Napominjeno da se CTEPH u 80% razvija tokom prve godine nakon akutne PE. Vodeći simptom CTEPH je dispneja, uz napomenu da bolesnici mogu biti asimptomatični čak i u težim formama plućne hipertenzije.

Pri postavljanju dijagnoze CTEPH potrebno je isključiti bolesnike sa HOBP, difuznom intersticijalnom bolesti pluća, opstruktivnom apnejom u spavanju, srčanom insuficijencijom, stečenim i kongenitalnim valvularnim manama, sistemskim bolestima vezivnog tkiva, vaskulitisima i nekim drugim ređim bolestima kao što je neurfibromatoza, histiocitoza, limfangiolejomatoza.

Stanja registrovana tokom akutne PE koja predisponiraju nastanak CTEPH su: prethodne epizode venskog tromboembolizma VTE, bilo PE ili tromboza dubokih vena, ehokardiografski znaci PE i disfunkcije desne komore, CT nalaz sugestibilan za tromboembolijsku bolest. Konkomitantni nalazi koji predisponiraju nastanak CTEPH su: prisustvo ne-O krvne grupe, hipotiroidizam koji je lečen tiroidnim hormonima, anamneza maligniteta, mijeloproliferativne bolesti, inflamatorne bolesti creva, hronični osteomijelitis, ventrikuloatrijalni šantovi, inficirane centralne venske linije i pejsmejkeri, splenektomija i trombofilije, naročito prisustvo antifosfolipidnog sindroma (lupus antikoagulans i antikardiolipiska antitela u 10%-24%) i visok nivo FVIII. U CTEPH se takođe otkrivaju i druge trombofilije, FV Leiden mutacija u 4%-6.5%, dok se deficit proteina C, proteina S i antitrombina nalazi u manje od 0.5%.

Zaključak: Zbog loše prognoze CTEPH potrebno je tokom regularnog kontrolnog pregleda bolesnika sa venskim tromboembolizmom pravovremeno utvrditi postojanje bolesti i primeniti adekvatne terapijske mere.

PP44 TRUDNOĆA IZ UGLA GASTROENTEROLOGA

M. Radisavljević, M. Stefanović

Univerziteti klinički centar Niš

Uticaj trudnoće na gastrointestinalni trakt i jetru potiče od efekata hormona u trudnoći (estrogen, progesteron, oksitocin, horionski gonadotropin), efekata rasta gravidnog uterusa i cirkulatornih efekata. Neke smetnje u trudnoći su posledica fizioloških promena i nisu znak bolesti. Fokus gastroenterologa u sagledavanju tegoba trudnice je usmeren u prvom redu na pozicioniranje tegoba trudnice u odnosu na životnu anamnezu i postojanje potencijalne pređašnje bolesti. Prema ovom pristupu, prvo pitanje na koje se mora odgovoriti je da li su tegobe trudnice posledica pogoršanja pređašnje bolesti digestivnog trakta ili jetre ili se radi o oboljenju specifičnom za trudnoću. Pored ove dve grupe oboljenja, u trudnoći se mogu javiti i koincidentalna oboljenja. Prema prognozi oboljenja i potencijalnom ishodu, digestivna oboljenja i bolesti jetre u trudnoći mogu se podeliti u tri grupe: 1. stanja koja su česta i prolaze sa trudnoćom bez ikakvih posledica, kao što su gastroezofagealni refluks i obstipacija. 2. stanja koja zahtevaju bolnički nadzor trudnice ali ne ugrožavaju njen život, kao što je Hyperemesis gravidarum. 3. stanja koja su opasna po život i pripadaju grupi najurgentnijih stanja. U ovu grupu spadaju: akutno popuštanje jetre u trudnoći,olestaza u trudnoći i HELLP sindrom (haemolysis, elevated liver enzymes, low platelets).

PP45 KARDIJALNA CEFALGIJA KAO JEDINI SIMPTOM AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA SA ST ELEVACIJOM

Ž. Leković¹, Č. Ušević², G. Milić^{3,5}, Lj. Birovljev^{1,5}, B. Damjanović⁴, A. Ušćumlić^{1,5}, M. Mihailović¹, N. Antonijević^{1,5}

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu

Uvod: Glavobolja se kao jedini simptom prezentacije akutnog koronarnog sindroma (AKS) sreće dosta retko, češće je udružena sa drugim tipičnim anginoznim simptomima. Prema ICHD-2 (*International Classification of Headache Disorders*) kardijalne cefalgije spadaju u sekundarne forme glavobolja. U 27% kardijalnih cefalgija opisanih u literaturi cefalgija je bila jedina manifestacija koronarne ishemijske bolesti.

Dijagnostički kriterijumi za kardijalnu cefalgiju prema ICHD II su: A) glavobolja, koja se pogoršava pri naporu; B) glavobolje praćene prisustvom ekg promena (elevacija ili depresija ST segmenta, inverzija T talasa) pri stres ehokardiografiji ili detekcija povišenih markera miokardne nekroze; C) glavobolja koja se razvija konkomitantno sa znacima akutne ishemije miokarda; D): glavobolja koja se nestaje nakon adekvatne terapije miokardne ishemije ili revaskularizacije miokarda.

U slučaju nastanka *de novo* glavobolje kod osoba starih preko 50 godina sa definisanim kardiovaskularnim rizikom, treba misliti na kardijalnu cefalgiju i uraditi EKG, određene laboratorijske analize i druge testove za determinaciju miokardne ishemije.

Prikazujemo bolesnika starosti 62 godine, sa anamnezom višegodišnje hipertenzije, bivšeg pušača sa prethodno dokazanim aterosklerotskim promenama na krvnim sudovima, koji je na dan hospitalizacije u jutarnjim satima, odmah po buđenju osetio obostranu slepoočnu glavobolju. Pri pregledu u regionalnoj ustanovi bolesnik se žali samo na glavobolju. Izmerena arterijska tenzija je 130/100 mmHg. Pri rutinskoj kontroli EKG-a uočena je ST elevacija u D1 i aVL odvodima i ST depresija u inferiornim odvodima. Odmah po dijagnozi STEMI urađena je hitna primarna perkutana koronarna intervencija Cx arterije. U intrahospitalnom toku registruju se znaci Killip II levostrane srčane insuficijencije. Ehokardiografski su detektovani segmentni poremećaji kinetike, redukovana ukupna EF na 40%. Uz primenu adekvatne terapije bolesnik je u dobrom opštem stanju otpušten na kućno lečenje.

Zaključak: Prepoznavanje kardijalne cefalgije kao jedine manifestacije STEMI omogućuje pravovremenu primenu revaskularizacionih procedura i drugih potrebnih terapijskih mera.

PP46 SOLITARNI EKSTRAMEDULARNI PLAZMOCITOM MEDIJASTINUMA: DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOV

Z. Cvetković^{1,2}, T. Bibić¹

¹Služba hematologije, Kliničko bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Uvod: Solitarni ekstramedularni plazmocitom (SEP) je veoma retka maligna bolest sa godišnjom incidencijom 0,09/100 000 stanovnika i čini svega 3% plazmaćelijskih neoplazmi. SEP karakteriše izrazita prevalencija u osoba muškog pola (m:ž=2:1), kao i predominantna (> 80%) lokalizacija u regiji glave i vrata. Dijagnoza se postavlja biopsijom tumorskog tkiva, a osnovni terapijski modaliteti su lokalna radioterapija (RT) uz eventualnu hiruršku resekciju. SEP medijastinuma je izuzetno retka lokalizacija sa svega nekoliko slučajeva opisanih u dostupnoj literaturi.

Prikaz bolesnice: Bolesnici starosti 77 godina, sa ličnom anamnezom dugogodišnje hronične opstruktivne bolesti pluća i dobro kontrolisane arterijske hipertenzije, je zbog višemesečnih tegoba u vidu otežanog disanja, zamaranja i kašlja sa iskašljavanjem urađen MDCT grudnog koša kojim je vizuelizovana velika tumorska masa u zadnjem medijastinumu desno (77x100x132mm) koja je u bloku sa patološkom limfadenopatijom medijastinuma (28x35mm). Učinjena je iglena biopsija tumorskog tkiva, a patohistološki nalaz ukazao je na plazmocitom sa jasnom pozitivnošću tumorskih ćelija na CD138, CD38, MUM1, i dokazanu monoklonalnost (kappa+, lambda-, visoko IgA pozitivni). Sprovedena je dodatna hematološka dijagnostika - u laboratorijskim nalazima izdvojila se anemija hronične bolesti umerenog stepena (Hb 95g/l, Er 3,04, MCV 91, Hct 0,28, Tr 272, Le 5,6, Neu 56,4%; feritin 5259µg/l) hiperporiteinemija sa albuminsko-globulinskom inferzijom (uk.proteini 89g/l, albumin 27g/l), snižen IgG (4,2g/l) i veoma povišen IgA (35,5g/L), kao i deficit vitamina B12 (81pmol/l). Imunoelektroforezom i elektroforezom proteina seruma detektovan je monoklonski IgA kappa (kappa/lambda 13.6, FLC 2.66, slobodni laki lanci kappa 16mg/l, slobodni laki lanci lambda 6mg/l, beta-2 mikroglobulin 2.85g/l). Ostale laboratorijske analize, uključujući i parametre bubrežne funkcije, serumski kalcijum, kao i nalaz urina su u referentnim granicama. Histološke analize bioptata koštane srži iz desne i iz leve cristae illiacae nisu pokazale infiltraciju monoklonskim plazmocitima (poliklonski plazmociti oko 5%). Molekularno-genetska analiza tumorskog tkiva pokazala je hiperdiploidni kariotip uz deleciju 13q14 regiona. Radiografskim kao i MR pregledima nisu opisane osteolitične lezije. Na osnovu navedneog, isključena je sistemska bolest (multipli mijelom) i postavljena je dijagnoza SEP prezentovanog postojanjem „bulky” medijastinalne tumorske mase, koja je i izvor paraproteina. Kako RT i/ili hirurška resekcija nisu bili mogući usled lokalizacije i veličine tumorske mase kao i komorbiditeta, kao jedina terapijska opcija započeta je trojna sistemska hemioterapija na bazi inhibitora proteazoma.

Zaključak: Prikazali smo izuzetno redak slučaj SEP sa lokalizacijom u mekim tkivima medijastinuma, jedinstven po veličini tumorske mase na prezentaciji koja je predstavljala veliki dijagnostički, ali pre svega terapijski izazov.

Ključne reči: Solitarni ekstramedularni plazmocitom, medijastinum, terapija

PP47 VAŽNOST PRAVOVREMENOG PREPOZNAVANJA KLINIČKIH MANIFESTACIJA UNUTRAŠNJEG KRVARENJA

M. Kamberović¹, N. Antonijević^{2,3}

¹Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

³Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu

Uvod: Posledice na vreme neprepoznatog unutrašnjeg krvarenja mogu dovesti do životno opasnih i potencijalno fatalnih posledica.

Cilj je da se dijagnoza unutrašnjeg krvarenja postavi što pre, dok je ono još uvek u početnoj fazi. U praksi je česta situacija da je do trenutka otkrivanja gubitak krvi veliki a kaskada hemoragijskog šoka je već pokrenuta. Postojanje krvarenja je relativno lako prepoznatljivo u situacijama u kojima imamo neke od znakova spoljašnjeg krvarenja kao što su melena, hematohezijska, hematemeza, hematurija ili značajnije vaginalno krvarenje. Dijagnostika je posebno zahtevna u situacijama kada gubitak krvi prolazi asimptomatski (naročito kod osoba čiji organizam dobro kompenzuje gubitke), a simptomi i znaci koje pacijent prijavljuje su krajnje nespecifični. Posebno napominjemo nespecifičnu simptomatologiju nastanka retroperitonealnog hematoma, dok se kao poseban problem razmatraju krvarenja u perikard, pleuru, krvarenja u dva vremena kod rupture slezine, kao i krvarenja inkapsuliranih organa kao što su jetra i bubreg, kompartment sindromi zbog krvarenja u mišićima, zatim intrakranijalna, intraspinalna, intraartikularna i intraokularna krvarenja.

Sumnju na unutrašnje krvarenje treba da pobude sledeći simptomi: umor, malaksalost, glavobolja, bleđa koža lica, mravinjanje šaka i stopala, ošamućenost, pospanost, abdominani grčevi i bolovi, bolovi u mišićima i zglobovima, kratak dah, kašalj, mučnina, povraćanje, nešto niži krvni pritisak nego inače, čak i samo tranzitorno registrovana hipotenzija, iznenadno profuzno znojenje, tahikardija. Na površini tela se mogu pojaviti znaci koji su povezani ali nisu usko specifični za unutrašnje krvarenje ali svakako daju dobru orijentaciju o postojanju i eventualnoj lokalizaciji intraabdominalnog krvarenja: Grej-Tarnerov, Foksov, Kulenov, Brajantov i Stablerov znak. Neinvazivne dijagnostičke mere u koje spadaju praćenje vitalnih parametara, krvna slika, biohemija, ultrazvučna dijagnostika, rentgen mogu ukazati na dijagnozu krvarenja i ubrzati pružanje potrebne pomoći pre početka hemodinamske dekompenzacije. Definitivna dijagnoza unutrašnjeg krvarenja se postavlja MSCT i CT angiografijom.

U terapijske procedure pored promptne nadoknade volumena, transfuzija, supstitucione terapije spadaju radiološke invazivne embolizacione procedure i hirurške metode.

Zaključak: Prepoznavanje kliničkih znakova unutrašnjeg krvarenja, naročito u ranoj fazi značajno doprinosi pozitivnom ishodu lečenja.

PP48 ZNAČAJ PREPOZNAVANJA KOŽNIH MANIFESTACIJA U RANOJ DIJAGNOSTICI UNUTRAŠNJEG KRVARENJA

M. Kamberović¹, Lj. Stanojković², O. Raković², I. Tomić², N. Antonijević^{3,4}

¹Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd

³Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁴Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu

Uvod: Prepoznavanje indirektnih kožnih znakova može u značajnoj meri ukazati na postojanje unutrašnjeg krvarenja koje još nije uzrokovalo nastanak hemodinamskih kliničkih fenomena.

Kožni znaci koji mogu ukazati na unutrašnje krvarenje nisu strogo specifični za nastanak hemoragija, već mogu ukazivati i na nastanak nekih drugih oboljenja.

Kulenov znak (*Cullen sign*) označava pojavu ekhimoza i hematoma u periumbilikalnoj regiji. Ovaj znak se najčešće primećuje kod akutnog pankreatitisa, ređe kod rupture ektopične trudnoće, rupture slezine ili rupture ulkusa duodenuma, kao i kod nekih maligniteta dečjeg doba.

Na Grej-Tarnerov znak (*Grey-Turner sign*) ukazuje pojava hematoma na koži bokova i u slabinskoj regiji. Najčešće se javlja u slučajevima akutnog pankreatitisa, ali se viđa u bolesnika sa retroperitonealnom hemoragijom.

Foksov znak (*Fox sign*) je pojava hematoma na koži butina specifičnih karakteristika, koji ukazuje na retroperitonealno krvarenje, a u literaturi je najčešće opisan kod rupture aneurizme abdominalne aorte.

Brajantov znak (*Brayant sign*) podrazumeva pojavu subkutanog hematoma na koži testisa ili vulve, poznat je i kao znak plavog skrotuma kod rupture abdominalne aneurizme, a najčešće se sreće kod krvarenja u adrenalnim žlezdama kod neonatusa.

Stablerov znak (*Stabler sign*) se opisuje kao pojava hematoma na koži ingvinalno-pubičnog regiona. Veoma je redak u praksi, a znak je retroperitonealnog krvarenja. Prvobitno je opisan kod rupture ektopične trudnoće.

Smatra se da se ovi znaci javljaju zbog prolaska intraabdominalne krvi tokom unutrašnjeg krvarenja kroz sitne defekte fascija trbušnog zida i posledično se pojavljuju u potkožnom tkivu.

Zaključak: Pregled kože celog bolesnika uključujući i ingvinalne i genitalne predele može ukazati na razvoj životno opasnih hemoragijskih komplikacija koje u tom trenutku nemaju drugih jasnih kliničkih manifestacija.

PP49 ULOGA KOMPJUTERIZOVANE TOMOGRAFIJE U DIJAGNOSTICI AKUTNE I HRONIČNE SRČANE INSUFICIJENCIJE

J. Vukmirović¹, J. Ilić¹, I. Ilić¹, D. Vasin^{1,2}, N. Antonijević^{2,3}

¹Centar za radiologiju i magnetnu rezonancu, Univerzitetski klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

³Klinika za kardiologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije

Uvod: Evropsko udruženje kardiologa preporučuje ehokardiografiju (EK) i magnetnu rezonancu (MR) kao modalitete izbora za dijagnostikovanje srčane insuficijendije (SI). Međutim, usavršavanjem tehnika pregleda u smernicama svoje mesto pronalazi i kompjuterizovana tomografija (KT).

U otkrivanju i praćenju SI može se koristiti nekoliko KT protokola: KT-aortografija u slučaju sumnje na akutnu SI uzrokovanu aortnom disekcijom i retrogradnom propagacijom iste, KT-pulmonografijska kao zlatni standard za dijagnostikovanje plućne tromboembolije, KT pregled u tri faze, kada na osnovu akumulacije jednog kontrastnog sredstva u ekstracelularnim prostorima ishemičnog tkiva u odloženoj postkontrastnoj fazi imamo precizan uvid u vijabilnost miokarda i veličinu infarktne zone.

Iako KT nije tehnika izbora za dijagnostikovanje funkcionalnih poremećaja srca, primenom multifazične EKG "gated" KT omogućena je biventrikularna volumetrija, kao i detektovanje fokalnih poremećaja kinetike, usled ishemije ili neishemične kardiomiopatije, uz visoku podudarnost rezultata (96%) sa ehokardiografijom.

Gorepomenuta KT-pulmoangiografija pruža uvid u indirektno znake akutnog popuštanja desne srčane komore (DK): refluks kontrastnog sredstva u VCI i/ili hepatske vene, devijacija interventrikularnog septuma put leve komore (LK), kao i odnos promera DK prema LK $> 1,2$ (mereno u aksijalnoj ravni). U zavisnosti od stepena progresije, refluks se može gradirati u 6 kategorija, koje koreliraju sa težinom kliničke slike i ishodom. Pojava periportnog edema, edema hepatogastričnog /hepatoduodenalnog ligamenta i ascitesa takođe govore u prilog SI.

Kongestivnu SI prati razvoj nalaza na plućima, inicijalno po tipu intersticijskog, a potom i alveolarnog edema uz pojavu perikardnog i pleuralnih izliva. Intersticijski edem se karakteriše zadebljanjem interlobularnih septi, edemom peribronhovaskularnog intersticijuma, kao i zadebljanjem interlobarnih fisura. Alveolarni edem se manifestuje "ground glass" opacifikacijom plućnog parenhima, dominantno peribronhovaskularne lokalizacije, kao i razvojem simetričnih, parahilarnih konsolidacija. Atipični i asimetrični nalazi se viđaju na terenu patološki izmenjenih pluća. Pored toga, medijastinalna limfadenopatija i edem medijastinalnog masnog tkiva mogu se vizualizovati u sklopu kongestivne SI.

Zaključak: KT je pouzdana, dostupna i sve superiornija radiološka metoda u proceni SI, uz evši u obzir i da se upotrebom EKG "gated" KT dobijaju pregledi više prostorne rezolucije u poređenju sa EK-om i MR-om, a trajanje snimanja je pogodno za urgentna stanja, pedijatrijsku populaciju i za pacijente kod kojih su drugi modaliteti kontraindikovani (klaustrofobija, prisustvo metalnih implanata, konstitucijski parametri).

PP50 ATIPIČNE I OLIGOSIMPTOMATSKE PREZENTACIJE AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

Ž. Leković¹, Č. Ušević², G. Milić^{3,5}, Lj. Birovljev^{1,5}, B. Damjanović⁴, I. Ranković^{1,6}, A. Uščumlić^{1,6}, M. Mihailović¹, N. Antonijević^{1,6}

¹Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za kardiologiju

²Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Termal“, Banja Vrdnik

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za Endokrinologiju

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni Centar, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za gastroenterohepatologiju

⁶Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod: Akutni infarkt miokarda (AIM) i kardiovaskularne bolesti predstavljaju najznačajni uzrok mortaliteta u savremenom svetu, pa je od posebne važnosti pravovremeno prepoznavanje atipičnih i oligosimptomatskih slučajeva.

Tipično se AIM prezentuje protrahiranim retrosternalnim bolom koji se može propagirati u levu ruku, vrat, vilicu, epigastrijum, uz prisustvo određenih vegetativnih tegoba. Opisani su AIM prezentovani samo bolom u stomaku, mučninom i povraćanjem kojima je tokom započinjanja digestivne dijagnostike i terapije nastupila ventrikularna fibrilacija i fatalni ishod.

Neke studije navode da oko 21% žena i 10% muškaraca nemaju tipičan bol u grudima.

Frapantan je podatak da u oko 25% slučajeva infarkt miokarda ostaje neprepoznat. Asimptomatski ili takozvani „nemi“ infarkt miokarda je češći kod starih osoba. Jedan od najčešćih uzroka oligo(a) asimptomatskog AIM je dijabetska polineuropatija. Pored toga rizičnu grupu za nastanak „nemog“ AIM čine bolesnici sa renalnom insuficijencijom, postoperativni bolesnici, oni pod dejstvom analgetika i anestetika, oni sa tahikardijom, srčanom insuficijencijom, ranijim cerebrovaskularnim insul-
tom, depresijom, Alchejmerovom ili drugom demencijom, hroničnom opstruktivnom bolesti pluća (HOBP). Smatra se da atipične simptome AIM ima čak 36% pacijenata sa HOBP. Bolesnici sa dispnejom i drugim atipičnim simptomima imaju lošiji ishod, jer se kasni sa pravovremenom dijagnozom i odgovarajućim tretmanom. Tip i težina simptoma koji se javljaju u infarktu miokarda zavise od tipa i broja nocioceptivnih aferentnih nerava i aferentnih impulsa preko kojih se stimuliše autonomni nervni sistem i uzrokuju simptomi.

AIM se može prezentovati dispnejom, kašljem, palpitacijama, hladnim prenožavanjem, slabošću, neuobičajenim umorom, osećajem diskomfora u gornjem delu trupa, sinkopom, glavoboljom, vrtoglavicom, utrnulošću ruku, problemima sa varenjem, povraćanjem, tenezmima, dijarejom, neobičnom lokalizacijom bola (samo desno rame, leđa, vrat, vilica, zglobovi ručja), agitacijom, osećajem straha, odnosno izmenom mentalnog statusa.

Zaključak: Prepoznavanje atipičnih i oligosimptomatskih oblika prezentacije AIM omogućuje pravovremenu dijagnozu, utiče na proznozu i sprječavanje nastanka životno uzročavajućih komplikacija.

PP51 NEPREPOZNATA TUBERKULOZA – PRIMERI IZ OBDUKCIONE SALE

I. Savić

Institut za patologiju Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Tuberkuloza je hronična granulomatozna infektivna bolest koja predstavlja jedan od važnih uzroka smrti u nerazvijenim, ali poslednjih godina i u razvijenim zemljama sveta. Milijarna tuberkuloza ima atipičnu kliničku sliku, te je vrlo često dijagnostikovana tek na obdukcijama.

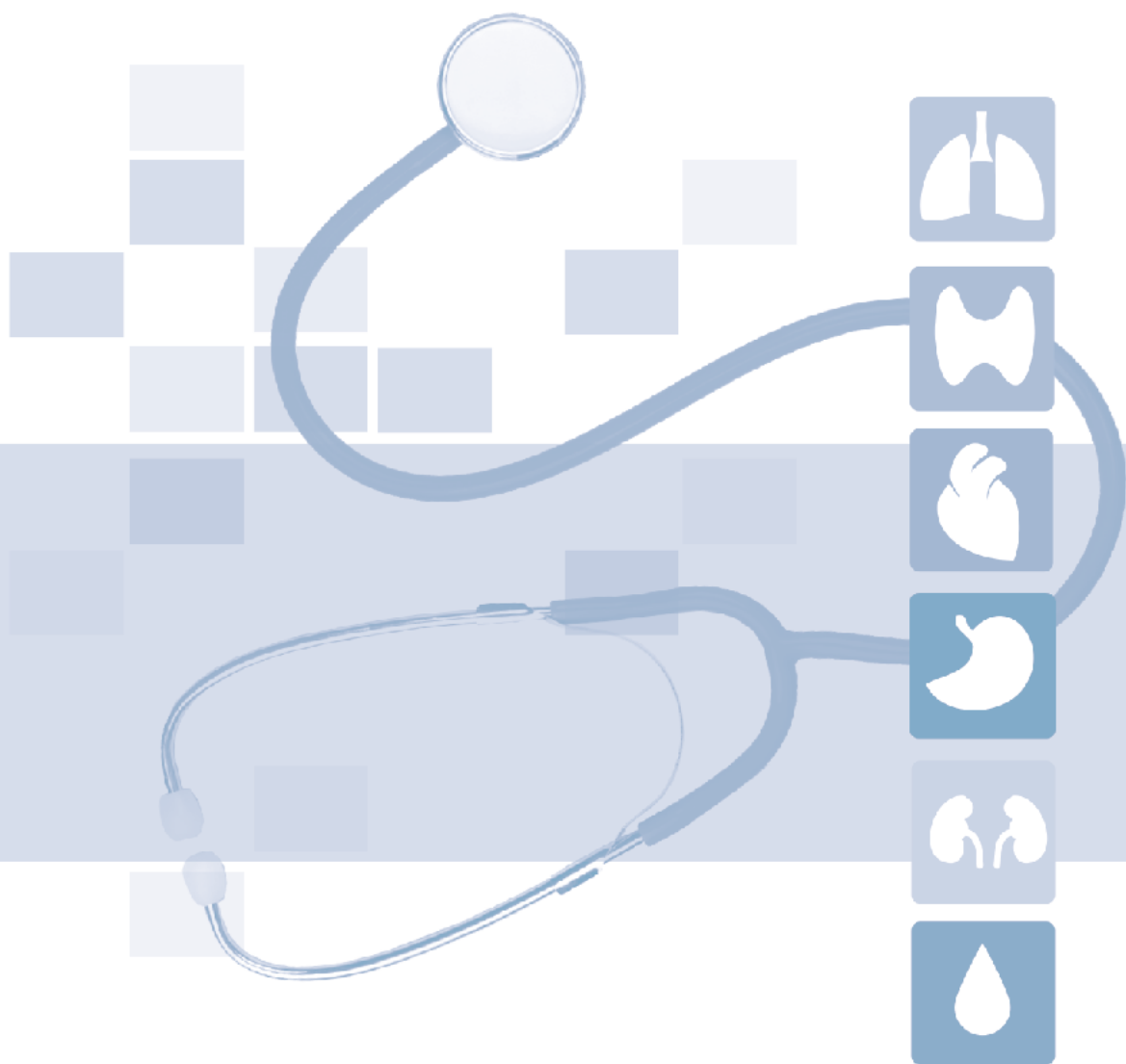
Cilj: Cilj ove studije bio je da se opiše učestalost milijarne tuberkuloze dijagnostikovane na obdukcijama kao i da se utvrde kliničke dijagnoze koje su najčešće maskirale milijarnu tuberkulozu, kao i uzroci smrti i prateći komorbiditeti koji su doprineli smrtnom ishodu.

Materijal i metod: Organizovana je retrospektivna studija u kojoj su analizirani obdukcioni protokoli u sedmogodišnjem periodu svih obdukcija urađenih na Institutu za patologiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. U studiju su uključeni obdukovani kod kojih milijarna tuberkuloza nije zaživotno prepoznata.

Rezultati: Ukupan broj odrađenih obdukcija u navedenom periodu bio je 6206. Neprepoznatu milijarnu tuberkulozu imalo je 35 obdukovanih (0,56%). Prosečna starost obdukovanih bila je 62,2 godine, a odnos muškaraca i žena bio je 2:3. Najčešće kliničke dijagnoze koje su maskirale milijarnu plućnu tuberkulozu bila je egzacerbacija hronične opstruktivne bolesti pluća (25%) i plućna tromboembolija (25%) sa najčešćom radiološkom prezentacijom u vidu difuznih plućnih infiltrata (56,3%). Najčešće kliničke dijagnoze kod obdukovanih sa generalizovanom milijarnom tuberkulozom bile su dijagnoze adultnog respiratornog distres sindroma, sepsa, gastrointestinalno krvarenje i meningoencefalitis. Generalizovana milijarna tuberkuloza bila je često povezana sa anemijom ili trombocitopenijom (15,8%) i nedavnom operacijom (15,8%). Najčešći prateći komorbiditeti bili su hronična bubrežna insuficijencija i maligne bolesti, dok je milijarna tuberkuloza bila najčešći uzrok smrti.

Zaključak: Milijarna tuberkuloza treba biti sastavni deo diferencijalnih dijagnoza kod pacijenata sa atipičnom kliničkom prezentacijom i difuznim plućnim infiltratima na radiografiji pluća, posebno kod onih koji imaju hroničnu bubrežnu insuficijenciju, hematološka oboljenja, maligne bolesti kao prateće bolesti, kao i podatak o nedavnoj operaciji.

INDEKS AUTORA



INDEKS AUTORA

A

Andonov, S. 78, 79
Anđelković, T. 100, 104
Anđić, M. 29, 82
Antić, D. 33, 37, 54, 102, 105
Antonijević, N. 31, 55, 65, 66, 82, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 116, 117
Arandelović, I. 52, 55
Atanasković, V. 93

B

Babović, B. 68, 69, 70
Bajdevska Spirkovska, M. 86
Basta, M. 97
Benedeteto Stojanov, D. 88
Bibić, T. 113
Birovljev, Lj. 65, 66, 82, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 117
Bjelaković, G. 38, 88
Bogdanović, P. 94, 95
Bontić, A. 52
Bošković, K. 57
Bošković, N. 66
Bošković, V. 68, 69, 70, 71
Božanić, B. 32
Brajković, M. 53
Branković, M. 53, 90, 91
Brzaković, I. 67
Bučić, A. 82
Bukumirić, Z. 105
Burazor, I. 59, 82

C

Cerović, S. 80
Cvetković, M. 105
Cvetković, Z. 30, 96

Č

Čelić, Dejan 44

Ć

Ćojbašić, I. 84, 85

D

Dakić, Sonja 32
Damnjanović, B. 65, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 117
Dimitrievska, D. 74
Dinić, Lj. 32
Dinić Radović, V. 88
Divac, A. 87, 96
Dokuzova, S. 86
Dopsaj, V. 87
Dubljanin, J. 82
Dukić, M. 90, 91

Dž

Džudović, B. 94, 95

Đ

Đenić, N. 94, 95
Đoković, A. 87
Đorđević, D. 58
Đorđević, I. 45
Đorđević-Radojković, D. 32
Đuranović, S. 48
Đurđević, P. 33
Đurić, M. 45, 89

G

Gmizić, I. 102
Golubović, I. 84
Golubović, M. 78, 79
Gunjak, T. 102

I

Ilić, I. 116
Ilić, J. 116
Ilić, Miroslav 37
Isailović-Keković, M. 72
Ivanov, I. 29

J

Jelić, Svetlana 50, 54
Jotić, A. 44
Jovanović, I. 90, 91
Jovanović, S. 102

K

Kamberović, M. 114, 115
Kamcheva Mihailova, G. 86
Kamenica, V. 73
Kanjuh, V. 65, 66, 110
Keković, P. 72
Klarić, M. 65
Knezević, V. 44
Kolarski Nenadić, Lj. 73
Koračević, G. 37, 38, 65, 66
Kostić, T. 35
Kovačević, A. 82
Krtinić, D. 35

L

Lalić, N.M. 50
Leković, Ž. 65, 66, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 117
Lesanovic, J. 59
Lojović, N. 65
Lović, D. 35, 37

M

Mandić, O. 90, 91
Marinković, D. 94, 95
Marisavljević, D. 87
Marjanović, G. 38, 92
Marković, O. 30, 87, 96
Matić, D. 65, 66
Mešter Kljajević, M. 68, 69, 70
Mihailović, M. 65, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 117
Mijač, D. 55, 58
Milenković, A. 52
Miličević, P. 75
Milić, G. 108, 109, 110, 112, 117
Milivojević, V. 48
Milosavljević, T. 48
Milošević, I. 102
Milošević, V. 102
Milovanović, T. 52
Miljković, D. 81
Mitrović, M. 33, 102, 105

N

Nastasijević Borovac, D. 45
Nedeljković, I. 53
Nenadić, N. 73
Nešković, A.N. 75

O

Obradović, S. 31, 66
Obrenčević, K. 83
Ostojić, P. 54, 57

P

Panić, M. 75
Pantić, N. 102, 105
Pantović, M. 94, 95
Pavlović-Marković, A. 48
Pejčić, T. 38, 45
Perić, J. 67
Perić Popodić, A. 55
Petronijević, M. 42
Petronijević, N. 42
Petrović, G. 88
Petrović, M. 35, 80, 94, 95
Petrović, M.D. 80, 83
Petrović, M.V. 83
Petrović, S. 97, 98
Pilčević, D. 80, 83, 94, 95
Popević, S. 55
Pravdić, Z. 105

R

Rabrenović, M. 83
Rabrenović, V. 80, 83, 94, 95
Radisavljević, M. 35, 111
Radisavljević-Pavlović, S. 67
Radonjić, T. 90, 91
Radovanović-Dinić, B. 99
Radović, M. 44
Radunović, G. 58
Rajić, D. 65, 66
Rajić, J. 102, 105
Raković, O. 115
Rančić, A. 88
Ranković, I. 65, 117

INDEKS AUTORA

Ristić, A. 44
Ristić, L. 45
Ristić, P. 80

S

Sabljić, N. 102, 105
Sakač, D. 37, 38, 53
Savić, I. 52, 118
Simić-Ogrizović, S. 44, 50
Simonović, O. 92, 93
Smiljić, S. 29
Sokić-Milutinović, A. 48
Spiroski, D. 29, 82
Sretenović, S. 100, 101, 104
Sretić, M. 98
Stamenković, B. 57
Stanisavljević, N. 87, 96
Stanković, I. 30, 35, 75
Stanković-Popović, V. 57
Stanojković, Lj. 115
Stefanović, M. 111
Stjepanović, M. 52, 53
Stoičkov, I. 78, 79
Stoičkov, V. 78, 79
Sušić, M. 82
Suvajdžić-Vuković, N. 105

Š

Šarenac, D. 59
Škodrić-Trifunović, V. 67

T

Tančić Gajić, M. 35
Tasić, I. 78, 79
Tešić-Rajković, S. 99
Todevski, D. 74
Todorović-Balint, M. 105
Todorović, S. 81
Tofilovska Josifovska, S. 86
Tomić, I. 106, 107, 115
Tomić-Spirić, V. 55
Travica, L. 65, 66

U

Urošević, M. 67
Uščumlić, A. 65, 103, 106, 107, 108, 109, 110,
112, 117
Uštević, Č. 65, 66, 106, 107, 108, 109, 110, 112,
117

V

Vasin, D. 116
Vavić, N. 80, 83, 94, 95
Veličković, R. 38
Veljić, Ivana 32
Veselinović, M. 42
Vidaković, R. 53
Vidović, A. 102, 105
Virijević, M. 105
Vlaović Bošković, J. 68, 69, 70, 71
Vranić, I. 75
Vučić, M. 92, 93
Vukčević, M. 31, 35, 66
Vukčević, V. 50
Vukmirović, J. 116

Z

Zdraveska, M. 74
Zdravković, M. 37, 53, 96

Ž

Živković, I. 59
Živković, R. 87, 96

Б

Бајдевска-Спирковска, М. 76, 77

Д

Докузова, С. 76, 77

SPONZORI

GENERALNI SPONZOR



PLATINASTI SPONZOR



ZLATNI SPONZORI

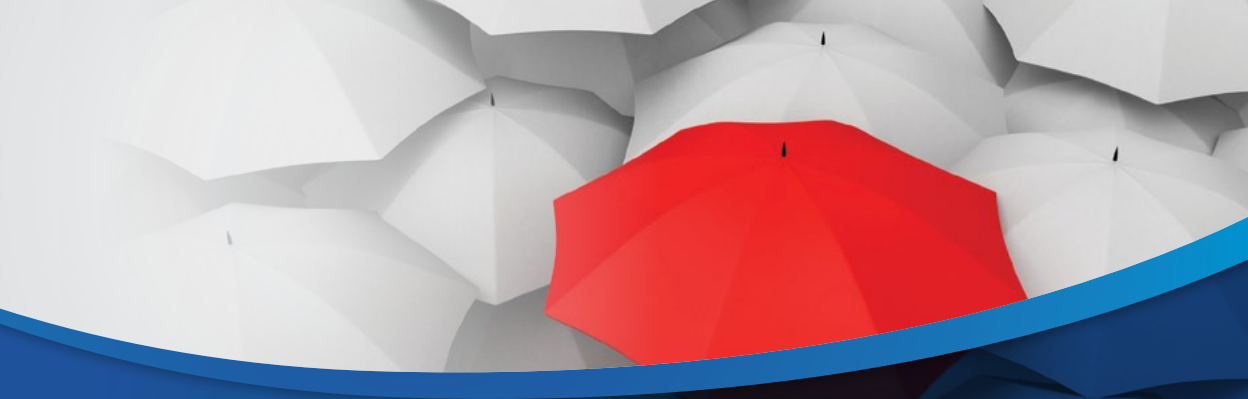


SREBRNI SPONZORI



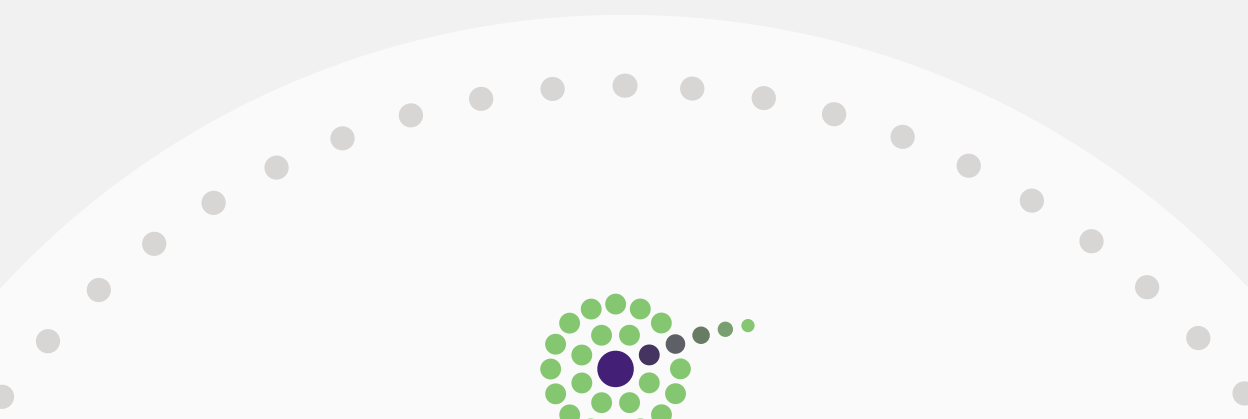
SPONZORI





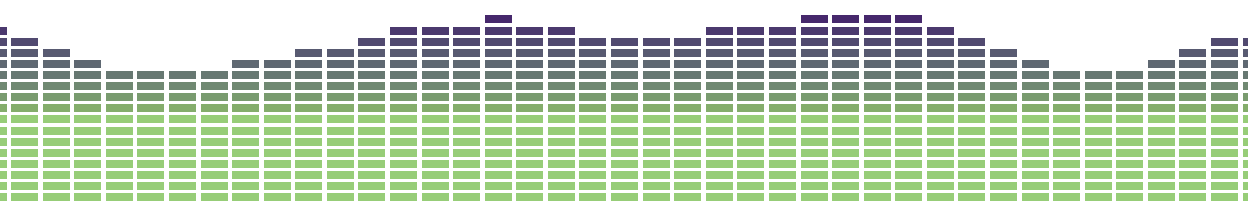
® TRITACE

Ramipril



Toujeo[®]

insulin glargin 300U/mL



sanofi

AMICUS 
a Swiix BioPharma company

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST.

Flazak®

deflazakort



**Jedini oralni preparat gvožđa dokazan u
više od 90 kliničkih i pretkliničkih ispitivanja:**

Visok stepen resorpcije i bioraspoloživosti

Klinički dokazana efikasnost

Odlična gastrointestinalna podnošljivost

Bez pro-oksidativnih efekata, visoka komplijansa

Pogodan i za bolesnike sa celijakijom

AMICUS 
a Swiss BioPharma company



**ZDRAVA CREVA,
ZDRAVO TELO!**



Entresto®
valsartan/sakubitritil

Poštovane kolege i kolegice,
imamo zadovoljstvo da vas obavestimo da je
lek Entresto na A listi RFZO-a i da je dostupan
za vaše pacijente od 31.05.2022.

https://www.rfzo.rs/download/pravilnici/lekovi/A%20Lista_primena%20od%2031.05.2022..pdf

Lista A [Službeni glasnik RS, broj 40/22]



Predstavništvo Novartis Pharma Services Inc.
Omladinskih brigada 90a, 11070 Novi Beograd
tel. +381 11 2014000, fax +381 11 3112602

Samo za stručnu javnost
ENT AD No1 05.22. RS
SM2205267639

Holteri – Meditech

ABPM05



- holter za praćenje vrednosti krvnog pritiska
- jednostavan za upotrebu
- prikaz izmerenih vrednosti na ekranu
- rad na dve baterije
- program na srpskom jeziku

CardioMera



- 5 kanalni EKG holter
- snimanje kontinualnog EKG do 96h
- automatizovana interaktivna analiza

CardioXplore



- kombinovani holter TA i EKG
- startovanje TA po unapred programiranim intervalima i vanredno u zavisnosti od HR
- evidentiranje fizičke aktivnosti pacijenata za realniju analizu snimka

EKG aparati – Zonecare

iMAC300



- simultani 12 kanalni EKG
- 3 kanalna štampa, 80mm

iMAC120



- 12 kanalni EKG
- 210mm 12 kanalna štampa



ABNORMALNO KRVARENJE?
NE ODLAZITE AKCIJI!
UPUTITE HEMATOLOGU!



PREPOZNAJETE LI ZNAKE?

Neobične modrice (hematomi) kod Vašeg pacijenta **moгу** biti znak potencijalno životno ugrožavajućeg krvarenja^{1,2,3}



Da li su hematomi:²



Veliki?



Opipljivi?



Spontani?



Ovakve modrice (hematomi) mogu biti znak **stečene hemofilije A, retkog** ali potencijalno životno ugrožavajućeg stanja.³⁻⁵

Obratite pažnju na starije pacijente i pacijentkinje posle porođaja jer su oni pod povećanim rizikom⁶⁻⁹

Uputite pacijenta hematologu ukoliko primetite neke od ovih **znakova...**

...i možete spasiti život^{2,4,5,10,11}

Stečena hemofilija A je **retko** ali potencijalno životno ugrožavajuće stanje uzrokovano auto-antitelima na Faktor koagulacije VIII^{12,13,14}



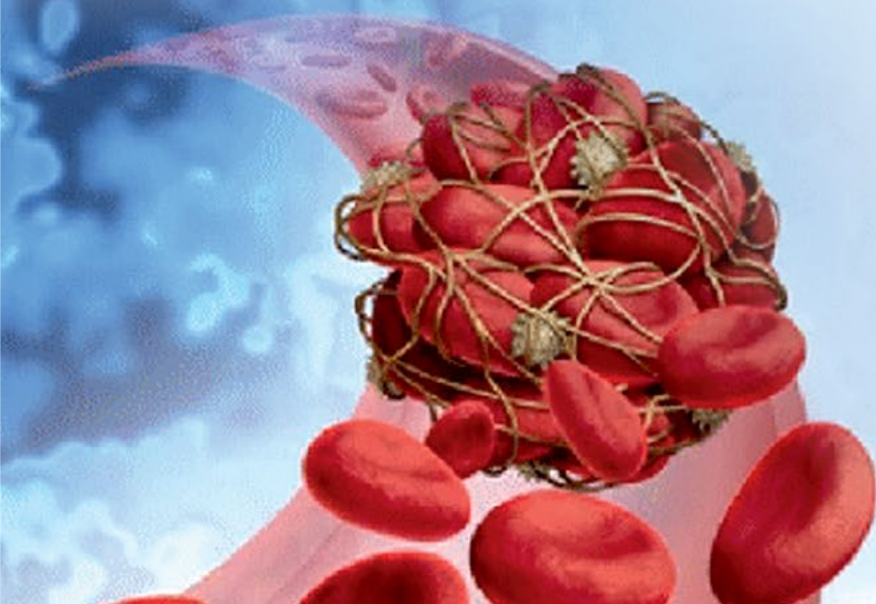
1. Neutze D, Roque J. *Am Fam Physician*. 2016;15:93(4):279–286; 2. Escobar MA, Dyer CB. *J Gerontol Geriatr*. 2019;67:141–153; 3. Collins PW, et al. *Blood*. 2007;109(5):1870–1877; 4. Collins P, et al. *BMC Res Notes*. 2010;3:161; 5. Kessler CM, Knöbl P. *Eur J Haematol*. 2015;95(Suppl 81):36–44; 6. Giangrande P. *Acquired Hemophilia*. Revised Edition. Montréal, Québec, Canada: World Federation of Hemophilia; 2012. Treatment of Hemophilia No. 38. Available at <http://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1186.pdf>. Accessed January 2022; 7. Knöbl P, et al. *Drugs*. 2018;78(18):1861–1872; 8. Knöbl P, et al. *J Thromb Haemost*. 2012;10(4):622–631; 9. Windyga J, et al. *Ginekol Pol*. 2019;90:353–364; 10. Baudo F, et al. *Blood*. 2012;120(1): 39–46; 11. Coppola A, et al. *Semin Thromb Hemost*. 2012;38:433–446; 12. Collins PW, et al. *Blood*. 2007;109(5):1870–1877; 13. Collins P, et al. *BMC Res Notes*. 2010;3:161; 14. Kessler CM, Knöbl P. *Eur J Haematol*. 2015;95(Suppl 81):36–44;



Rivarox[®]
rivaroksaban

film tablete 10x10 mg, JKL 1068053
film tablete 28x15 mg, JKL 1068054
film tablete 28x20 mg, JKL 1068055

Budi mUDAR
u izboru



Eplestar[®]

EPLERENON



Oslonac
za srce,
nada za
život!

Actavis | **teva**

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

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST
EPL-RS-00002



OFEV[®]
nintedanib

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

3 indikacije 1 terapija

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

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

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

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

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

Broj i datum obnove dozvole: OFEV[®], kapsule, meke, 100mg: 515-01-02916-20-001 od 05.08.2021.

OFEV[®], kapsule, meke, 150mg: 515-01-02917-20-001 od 05.08.2021.

Datum revizije teksta: Avgust, 2021.

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

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST



**Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim Serbia d.o.o. Beograd
Milentija Popovića 5a, 11070 Beograd
tel: 011 / 311 5960 • fax: 011 / 311 5961

EM-RS-101660
Datum izrade materijala: Februar, 2022.

Jardiance®
(empagliflozin)



NOVA SNAGA ZA SRCE



Ukoliko Vam je potrebna medicinska informacija o leku kompanije Boehringer Ingelheim molimo Vas pozovite kontakt telefon 011 / 3115960 ili pošaljite e-mail na adresu medinfo@boehringer-ingelheim.com.
Kompletan sažetak karakteristika leka dostupan na zahtev.
Datum rešenja: 13.05.2020.

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

Datum pripreme materijala: Mart 2022. | PC-RS-100347



Boehringer
Ingelheim

Boehringer Ingelheim Serbia d.o.o. Beograd
Milentija Popovića 5a, 11070 Beograd
info.bel@boehringer-ingelheim.com

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST

PERIGARD®

PERINDOPRIL



Više od terapije hipertenzije

Sažetak karakteristika leka Perigard®, decembar 2017.

Sažetak karakteristika leka Perigard® Plus, mart 2018.

Samo za stručnu javnost. Lek se izdaje uz lekarski recept.

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

Broj i datum dozvole za stavljanje leka u promet:

Perigard®, tablete, 30 x 4 mg: 515-01-01658-17-001 od

Perigard®, tablete, 30 x 8 mg: 515-01-01657-17-001 od

Perigard® Plus, tablete, 30 x (4 mg + 1,25 mg): 515-01-01656-17-001 od

11.12.2017.

11.12.2017.

01.03.2018.

JKL

1103856

1103857

1401190

 PHARMASWISS



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



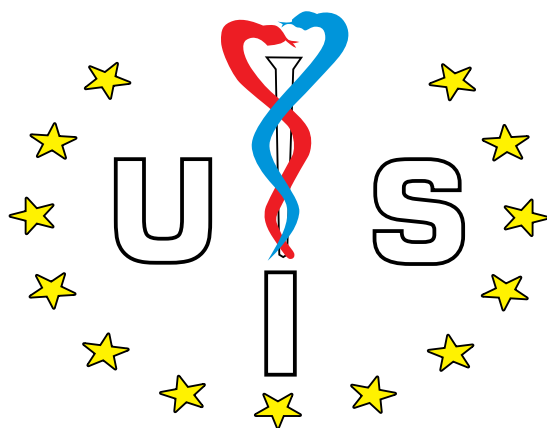
JA KUCAM

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.



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