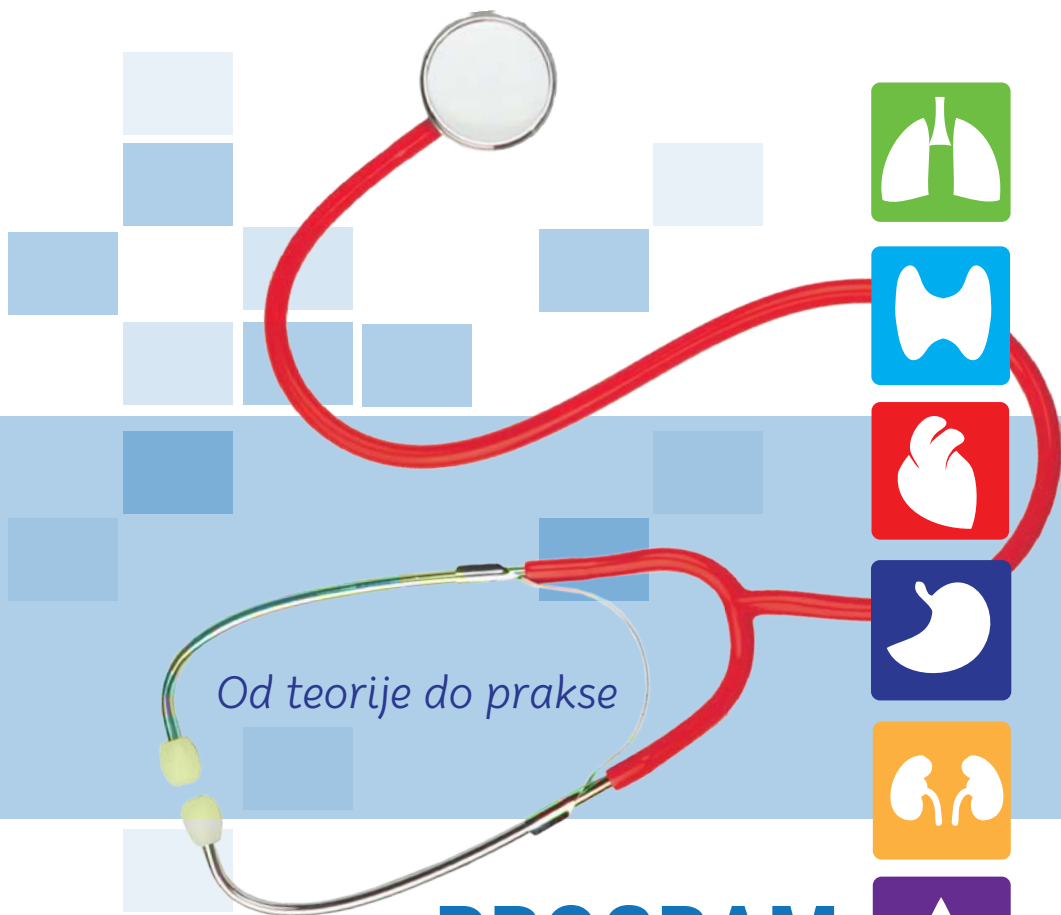




XXIV KONGRES UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE XXIV UIS 2025



Od teorije do prakse

PROGRAM

GENERALNI SPONZOR



5–8. jun 2025. godine
Vrnjačka Banja

BelKombo 

ramipril/bisoprolol

KADA SRCE TRAŽI **BIS**

Dva leka koja se najčešće koriste za lečenje
kardiovaskularnih bolesti - **u jednoj kapsuli¹**

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST

Lek se izdaje uz lekarski recept.

Detaljne informacije o leku možete naći u Sažetku karakteristika leka:
BELKOMBO®, 2,5mg/1,25mg, datum poslednje revizije februar 2024;
BELKOMBO®, 2,5mg/2,5 mg, 5mg/2,5mg, 5mg/5mg, 10mg/5mg,
datum poslednje revizije februar 2024.

Broj i datum izdavanja dozvole za stavljanje leka u promet:

BELKOMBO®, kapsule, tvrde, 30 x (2,5 mg/1,25 mg): 000461944 2023 od 26.02.2024.
BELKOMBO®, kapsule, tvrde, 30 x (2,5 mg/2,5 mg): 000461945 2023 od 26.02.2024.
BELKOMBO®, kapsule, tvrde, 30 x (5 mg/2,5 mg): 000461946 2023 od 26.02.2024.
BELKOMBO®, kapsule, tvrde, 30 x (5 mg/5 mg): 000461280 2023 od 26.02.2024.
BELKOMBO®, kapsule, tvrde, 30 x (10 mg/5 mg): 000461281 2023 od 26.02.2024.

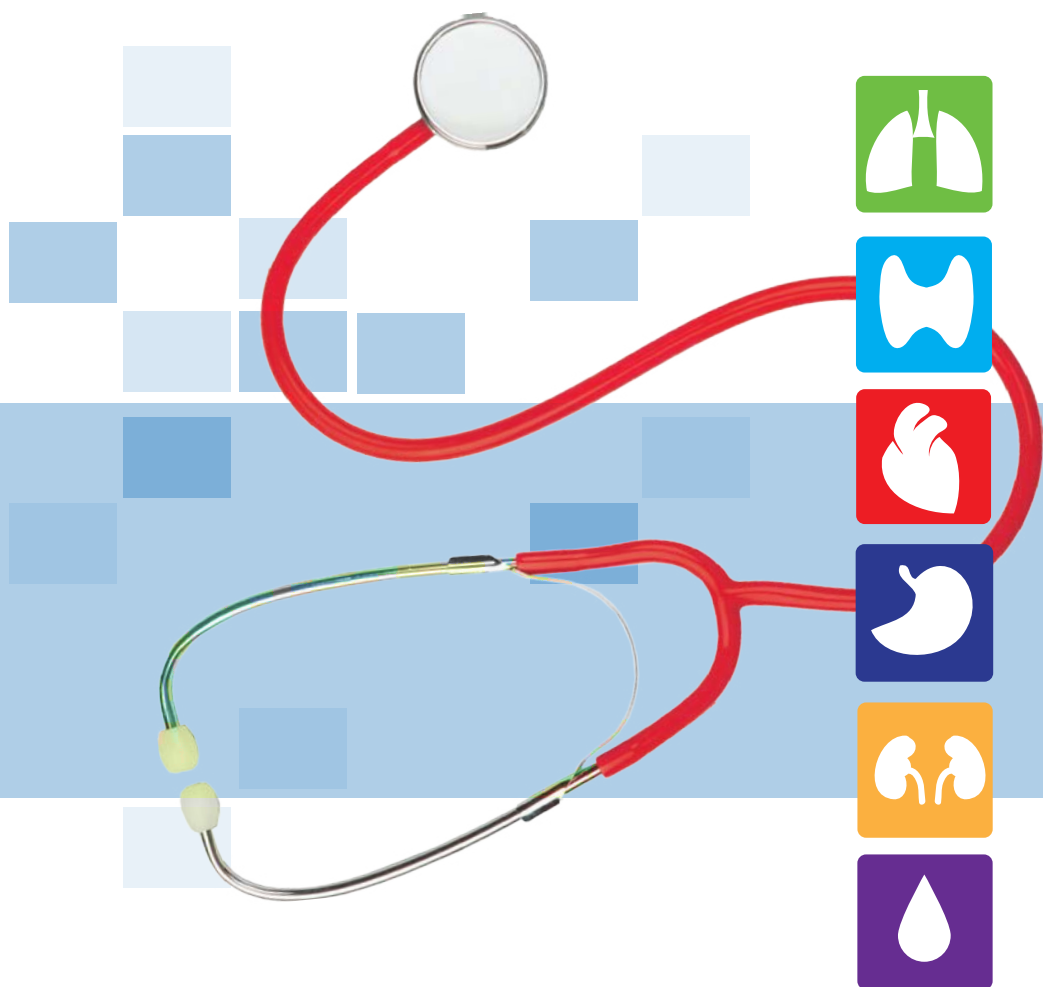
Nosilac dozvole za stavljanje leka u promet:

PHARMA^{SWISS} D.O.O., Batajnički drum 5 A, Beograd
ALIMS broj rešenja: xxx

Reference:

1. Iqvia Sell out data, MAT Jun 2024, preuzeto 9.7.2024.

XXIV KONGRES UDRUŽENJA INTERNISTA SRBIJE XXIV UIS 2025



Poštovane kolegkinice i kolege,

U ime Naučnog i Organizacionog odbora zahvaljujemo Vam što ste prihvatili naš poziv da prisustvujete i uzimate učešće u radu XXIV Kongresa internista Srbije, koji će se održati u kongresnom centru hotela Fontana u Vrnjačkoj Banji od 5. do 8. juna 2025. 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 najeminentniji 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 najeminentniji 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 XXIV Kongres internista Srbije.



Prof. dr Dragan Lović
Predsednik
Udruženja internista Srbije



Prof. dr Miodrag Krstić
Predsednik
Naučnog odbora kongresa

ORGANIZATOR

Udruženje internista Srbije

SUORGANIZATORI

Medicinska akademija SLD

Internistička sekcija SLD

Udruženje za dijabetes Srbije

Udruženje gastroenterologa 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

Milan Nedeljković

Vladimir Kanjuh

Miodrag Ostojić

Dragan Micić

Ricardo Gómez Huelgas – EFIM President

George Dalekos – EFIM President Elect

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

Branka Bonači-Nikolić

Zorica Cvetković

Dragomir Damjanov

Predrag Đurđević

Tijana Ičin

Svetlana Jelić

Violeta Knežević

Goran Koraćević

Nebojša M. Lalić

Dragan Lović

Jovan Matijašević

Tamara Milovanović

Aleksandar Nagorni

Predrag Ostojić

Milan Petronijević

Milan Radović

Goran Radunović

Dejan Sakač

Željka Savić

Sanja Simić-Ogrizović

Vesna Škodrić

Vesna Spirić-Tomić

Bojana Stamenković

Ivana Stanković

Petar Svorcan

Bojan Zarić

Marija Zdravković

PREDAVAČI

Nebojša Antonijević
Snežana Arandžević
Slobodan Belić
Goran Bjelaković
Dragana Bošnjaković
Milica Brajković
Marija Branković
Vojislav Cupurdija
Zorica Cvetković
Vladimir Čarapić
Dejan Čelić
Tatjana Dragišić
Dragan Đorđević
Igor Đorić
Aleksandar Đukić
Nataša Đurđević
Vesna Garović (USA)
Vojislav Giga
Biljana Glišić
Suzanne Hayman (USA)
Tijana Ičin
Miroslav Ilić
Zorka Inić
Branko Jakovljević
Svetlana Jelić
Aleksandra Jotić
Dragana Jovanović
Svetlana Kašiković Lečić
Goran Koraćević
Snezana Kovačević
Miodrag Krstić
Nebojša M. Lalić
Katarina Lalić
Danijela Leković
Dragan Lović
Srđan Marković
Olivera Marković
Dragana Mijač

Ivan Milinković
Tamara Milovanović
Dragana Miljić
Vladimir Mitov
Ljudmila Nagorni-Obradović
Biljana Olujić
Predrag Ostojić
Tatjana Pejčić
Stojan Perić
Aleksandra Perić-Popadić
Stanko Petrović
Lada Petrović
Nataša Pevac
Milan Radović
Lidija Ristić
Vladimir Sakač
Dejan Sakač
Željka Savić
Sanja Simić Ogrizović
Sonja Smiljić
Bojana Stamenković
Nataša Stanisavljević
Ivana Stanković
Mihailo Stjepanović
Marina Subotić
Petar Svorcan
Dragana Šarenac
Vesna Škodrić Trifunović
Mirjana Šumarac Dumanović
Milina Tančić Gajić
Ratko Tomašević
Vesna Tomić Spirić
Mirjana Veselinović
Vladimir Vukčević
Marija Vukoja
Nina Vyazovvtskaya
Dušan Zarić
Marija Zdravković

Sadržaj

PREGLED PROGRAMA	11
PROGRAM	17
OPŠTE INFORMACIJE	47
ZBORNIK SAŽETAKA	51
Predavanja	53
Usmena saopštenja	61
Poster prezentacije	81
INDEKS AUTORA	113



PREGLED PROGRAMA



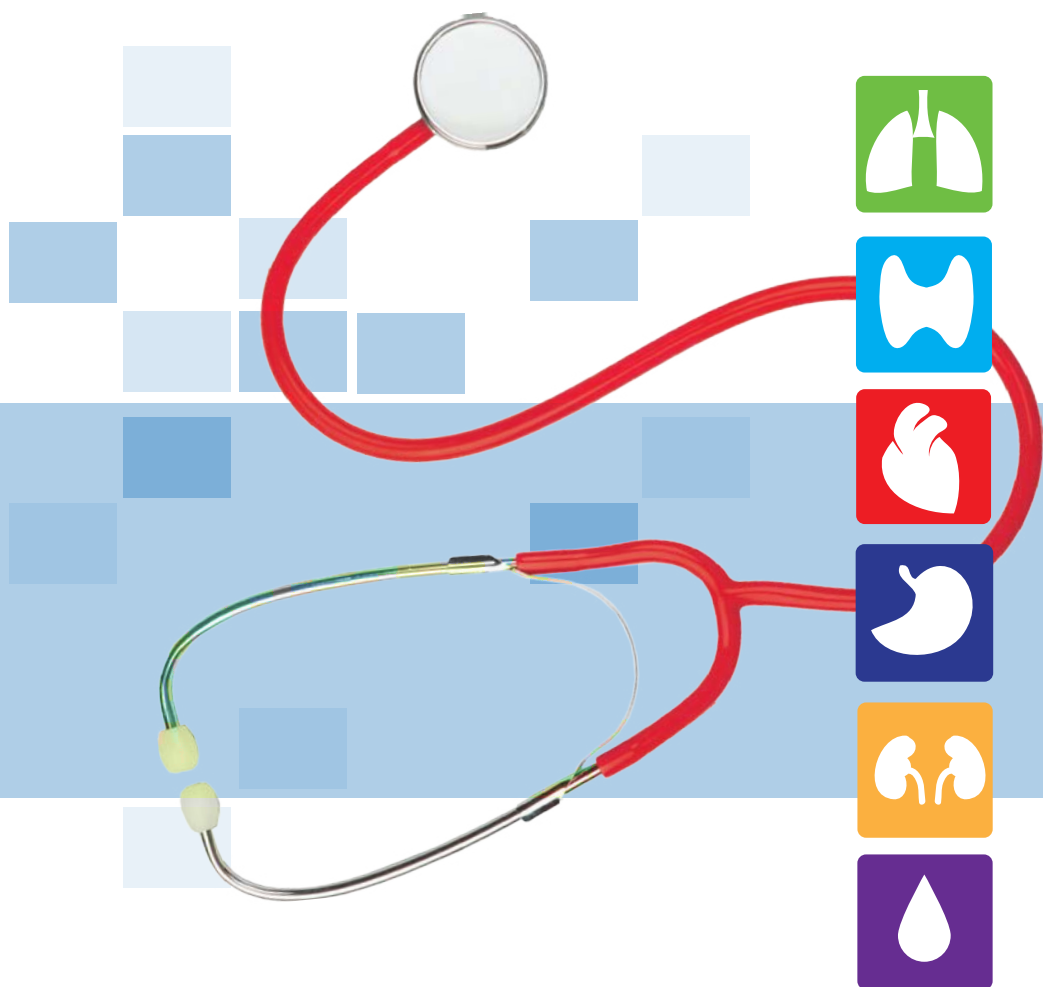
SALA 1	
12.00-19.30	REGISTRACIJA
14.45-16.10	SESIJA 1 ŠTA INTERNISTA TREBA DA ZNA O OBOLJENJIMA MIŠIĆA <i>Moderator: Predrag Ostojić</i>
16.10-16.30	SIMPOZIJUM AstraZeneca
16.30-18.00	SESIJA 2 SEKUNDARNA HIPERTENZIJA <i>Moderator: Tijana Ičin</i>
18.00-19.00	SESIJA 3 Novine u tretmanu dijabetesa 2025 <i>Moderatori: Nebojša M. Lalić, Katarina Lalić</i>
19.00-20.10	PLENARNA SESIJA <i>Moderatori: Dragan Lović, Miodrag Krstić</i>
20.10-20.30	SVEČANO OTVARANJE KONGRESA <i>Dragan Lović, Miodrag Krstić, Darko Antić, Marija Zdravković, Dejan Sakač, Goran Koraćević, Aleksandar Nagorni</i>

SALA 1	
08.20-09.20	SESIJA 4 PROGRESIVNE PLUĆNE FIBROZE <i>Moderator: Miroslav Ilić</i>
09.20-09.45	SIMPOZIJUM Dragis Pharm
09.45-10.15	SIMPOZIJUM Eli Lilly
10.15-10.45	SIMPOZIJUM ACTAVIS
10.45-11.15	SIMPOZIJUM Novo Nordisk
11.15-12.00	SIMPOZIJUM KRKA Pharma
12.00-13.00	SIMPOZIJUM PharmaSwiss
13.00-13.30	SIMPOZIJUM Pfizer
13.30-14.00	SIMPOZIJUM Zentiva
14.00-15.00	<i>Pauza</i>
15.00-16.15	SESIJA 5 TRUDNICA U AMBULANTI INTERNISTE <i>Organizator: Tamara Milovanović</i> <i>Moderator: Miodrag Krstić</i>
16.15-16.45	SIMPOZIJUM Save Health Pharmacy
16.45-18.00	SESIJA 6 ANAFILAKSA: ŠTA TREBA DA ZNA SVAKI LEKAR <i>Moderatori: Vesna Tomić Spirić, Ivana Stanković, Snežana Kovačević</i>
18.00-19.00	SESIJA 7 KAŠALJ – KOJI JE UZROK? <i>Moderatori: Ljudmila Nagorni-Obradović, Aleksandra Perić, Ivana Stanković</i>
19.00-19.15	SIMPOZIJUM AstraZeneca
19.15-20.15	SESIJA 8 IZAŽOVI U LEČENJU TEŠKE ASTME <i>Moderator: Mihailo Stjepanović</i>
SALA 2	
16.00-18.00	USMENA SAOPŠTENJA <i>Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević</i>

SALA 1	
08.30-09.50	SESIJA 9 POREMAČAJI NATRIJUMA I KALIJUMA – MEĐUGRA ENDOKRINOLOGA I NEFROLOGA SA PRIKAZOM SLUČAJEVA <i>Moderatori: Sanja Simić-Ogrizović, Svetlana Jelić</i>
09.50-10.20	SIMPOZIJUM Servier
10.20-11.00	SIMPOZIJUM ADOC
11.00-11.30	SIMPOZIJUM AstraZeneca
11.30-12.00	SIMPOZIJUM PharmaSwiss
12.00-13.00	SIMPOZIJUM Boehringer Ingelheim
13.00-13.30	SIMPOZIJUM Amicus
13.30-14.00	SIMPOZIJUM Novo Nordisk
14.00-15.00	<i>Pauza</i>
15.00-16.00	PANEL DISKUSIJA KROZ PRIKAZE SLUČAJEVA TROMBOCITI I SLEZINA <i>Moderatori: Zorica Cvetković, Olivera Marković, Željka Savić</i> <i>Članovi panela: Svetlana Jelić, endokrinolog; Ratko Tomašević, gastroenterology; Olivera Marković, hematolog; Zorica Cvetković, hematolog</i>
16.00-17.30	SESIJA 10 NEABDOMINALNI UZROCI ABDOMINALNOG BOLA <i>Moderatori: Željka Savić, Dragana Mijač, Dragomir Damjanov</i>
17.30-18.45	SESIJA 11 DOSTA JE LIČILO ISKUSNOM INTERNISTI, ALI SE ISPOSTAVILO... <i>Predsedavajući: Goran Koraćević</i>
18.45-20.00	SESIJA 12 ODABRANE TEME IZ KARDIOLOGIJE <i>Predsedavajući: Dragan Lović, Ivana Burazor, Dejan Spiroski</i>
SALA 2	
15.00-17.00	POSTER PREZENTACIJE <i>Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević</i>

SALA 1	
08.30-09.30	SESIJA 13 TUBERKULOZA I KOMORBIDITETI <i>Moderatori: Milan Radović, Miroslav Ilić</i>
09.30-11.00	SESIJA 14 ŠTA BRINE PULMOLOGA KADA PACIJENT IMA VISOK D DIMER? <i>Moderator: Vesna Škodrić Trifunović</i>
11.00-12.00	SESIJA 15 BOL U TRBUHU <i>Moderatori: Srđan Marković, Petar Sforcan</i>
12.00-12.30	ZATVARANJE KONGRESA

PROGRAM



14.45-16.10**SESIJA 1****ŠTA INTERNISTA TREBA DA ZNA O
OBOLJENJIMA MIŠIĆA***Moderator: Predrag Ostojić***Klasifikacija miopatija**

Predrag Ostojić

Nasledne miopatije u adultnom dobu

Stojan Perić

Inflamatorne miopatije

Bojana Stamenković

Endokrine i metaboličke miopatije

Dragana Miljić

Mijalgije – kad mišići bole

Mirjana Veselinović

Diskusija**16.10-16.30****SIMPOZIJUM AstraZeneca****Značaj interferona tip 1 u SLE – Saphnelo kao
terapijska mogućnost**

Aleksandra Perić Popadić

16.30-18.00**SESIJA 2****SEKUNDARNA HIPERTENZIJA***Moderator: Tijana Ičin***Sekundarna hipertenzija iz ugla nefrologa**

Lada Petrović

Poremećaj disanja u snu i arterijska hipertenzija

Marija Vukoja

Endokrinološki uzroci hipertenzije

Nataša Pevac

Hiperaldosteronizam

Biljana Olujić

Niste izgubili vreme ako proveravate uzrok hipertenzije

Dejan Sakač

18.00-19.00**SESIJA 3****NOVINE U TRETMANU DIJABETESA 2025***Moderatori: Nebojša M. Lalić, Katrina Lalić***Kontinuirana evolucija preporuka za tretman dijabetesa: kako ih primeniti**

Nebojša M. Lalić

Diabetes mellitus tip 2 kod mladih: epidemiološki i klinički izazovi

Aleksandar Đukić

Kontinuirani monitoring glukoze: primena u tipu 2 dijabetesa

Aleksandra Jotić

19.00-20.10 PLENARNA SESIJA*Moderatori: Dragan Lović, Miodrag Krstić***Dislipidemije – Šta je novo?**

Katarina Lalić (Serbia)

Hipertenzija u trudnoći

Vesna Garovic (USA)

**Multiple myeloma:
diagnosis and treatment for general internists**

Suzanne Hayman (USA)

20.10-20.30 SVEČANO OTVARANJE KONGRESA

*Dragan Lović, Miodrag Krstić , Darko Antić,
Marija Zdravković, Dejan Sakač, Goran Koraćević,
Aleksandar Nagorni*

08.20-09.20**SESIJA 4
PROGRESIVNE PLUĆNE FIBROZE***Moderator: Miroslav Ilić***Idiopatska plućna fibroza**

Tatjana Pejčić

**Hipersenzitivni pneumonitis
– aktuelne preporuke**

Miroslav Ilić

Sistemske bolesti vezivnog tkiva

Predrag Ostojić

Nacionalni algoritam lečenja**Sistemske skleroze sa plućnim manifestacijama**

Svetlana Kašiković Lečić

09.20-09.45 SIMPOZIJUM Dragis Pharm

Inovativna rešenja za funkcionalne poremećaje GIT-a

Miodrag Krstić

**09.45-10.15 SIMPOZIJUM Eli Lilly
PROMENA PARADIGME U LEČENJU GOJAZNOSTI
– KOJE SU NAM NOVE MOGUĆNOSTI?**

Da li razumemo gojaznost na pravi način?

Mirjana Šumarac Dumanović, UKCS

Mounjaro (tirzepatid) – prvi dualni GIP/GLP-1 receptor agonista u lečenju gojaznosti

Snežana Polovina, UKCS

10.15-10.45 SIMPOZIJUM ACTAVIS

Terapijski pristup Hroničnoj Opstruktivnoj Bolesti Pluća – jedna bolest ili multimorbiditet?

Saša Jovanović

10.45-11.15 SIMPOZIJUM Novo Nordisk

Semahlutif 2.4 mg u kardiologiji:

Vise od kontrole telesne mase

Vladimir Miloradović, Milena Pandrc

11.15-12.00 SIMPOZIJUM KRKA Pharma

**Muškarci su sa Marsa, žene su sa Venere.
Da li se to odnosi i na kardiovaskularne bolesti?**

Marija Zdravković, Vladimir Miloradović

12.00-13.00 SIMPOZIJUM PharmaSwiss

**Kako lečiti pacijente sa atrijskom fibrilacijom i
srčanom insuficijencijom?**

Dejan Milašinović, Milan Marinković

13.00-13.30 SIMPOZIJUM Pfizer

**Transtiretinska amiloidoza sa kardiomiopatijom
(ATTR-CM): Izazov savremene kardiologije**

Ivan Tasić

**Od sumnje do terapije: Iskustva na području
ATTR-CM u kliničkoj praksi**

Svetlana Apostolović

13.30-14.00 SIMPOZIJUM Zentiva

**Od atrijskog remodelovanja do ishemije
– izazovi u kliničkoj praksi**

Svetlana Apostolović, Vladimir Miloradović

14.00-15.00 Pauza

15.00-16.15**SESIJA 5****TRUDNICA U AMBULANTI INTERNISTE***Organizator: Tamara Milovanović**Moderator: Miodrag Krstić***Digestivne tegobe u trudnoći****– ispitivanje i lečenje**

Marija Branković

Bolesti jetre zbog trudnoće i u trudnoći

Tamara Milovanović

Srčana insuficijencija u trudnoći

Marija Zdravković

Najčešći hematološki poremećaji kod trudnica

Danijela Leković

**Dijabetes i drugi endokrinološki poremećaji
u trudnoći**

Nina Vyazovetskaya

**16.15-16.45 SIMPOZIJUM Save Health Pharmacy
Modulacija mikrobiote u zdravlju i bolesti**

Antibiotski kolitis & IBS – može li se sprečiti?

Miodrag Krstić

**Interakcije između mikrobiote i imunskog
sistema domaćina**

Tomica Milosavljević

16.45-18.00**SESIJA 6****ANAFILAKSA:****ŠTA TREBA DA ZNA SVAKI LEKAR**

*Moderatori: Vesna Tomić Spirić, Ivana Stanković,
Snežana Kovačević*

Uvod: Osnovni principi anafilakse

Snežana Arandjelović

PRIKAZI SLUČAJEVA**Perioperativna anafilaksa iz ugla anesteziologa**

Vladimir Vukičević

Kada lek postane opasnost:**Anafilaksa na antibiotike**

Marina Subotić

Venom insekata i anafilaksa:**Izazovi u kliničkoj praksi**

Dragana Jovanović

Kontrastna sredstva:**Ključ za dijagnostiku, rizik za anafilaksu**

Igor Đorić

18.00-19.00**SESIJA 7
KAŠALJ – KOJI JE UZROK?***Moderatori: Ljudmila Nagorni-Obradović,
Aleksandra Perić, Ivana Stanković***Dijagnostički algoritam i terapija
hroničnog kašlja****Ivana Stanković****Hronični kašalj u atopijskim bolestima****Aleksandra Perić****Mogući uzroci kašlja kod kardioloških bolesnika****Dragana Šarenac****Kašalj – problem gastroenterologa****Dragana Bošnjaković****Vanplućni uzroci kašlja****Ljudmila Nagorni-Obradović****19.00-19.15****SIMPOZIJUM Astra Zeneca****Triexo Aerosphere – Kardiopulmonalna alijansa
za redukciju mortaliteta HOBP pacijenata****Miroslav Ilić**

19.15-20.15**SESIJA 8
IZAZOVI U LEČENJU TEŠKE ASTME***Moderator: Mihailo Stjepanović***Iskustva Klinike za pulmologiju, UKCS u lečenju obolelih od teške astme**

Mihailo Stjepanović

Kako prepoznati bolesnika sa teškom astmom iz ugla interniste

Nataša Đurđević

Terapija obolelih od teške astme

Slobodan Belić

**Iskustva u lečenju obolelih od teške astme
KBC Bezanijska kosa**

Milica Brajković

Endokrini efekti kortikosteroidne terapije u lečenju astme

Milina Tančić Gajić

Prikazi slučaja: Šta internista treba da zna?

Vojislav Ćupurdija

16.00-18.00 USMENA SAOPŠTENJA*Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević***Ulcerozni kolitis – Prikaz Slučaja**

Vladimir Novaković

Intersticijska bolest pluća kod pacijenta sa reumatoidnim artritismom

Marija Mandić

Gastric outlet obstruction

Emilija Todorovska

Metastatic malignant melanoma of the stomach

Emilija Todorovska

Teška srčana insuficijencije tokom nedijagnostifikovanog panhipopituitarizma – prikaz slučaja

Tanja Šuljak

Epidemiološke karakteristike pacijenata lečenih od akutnih intoksikacija u Urgentnom centru u toku 2024. godine

Aleksandra Šljivar Vranješ

Dijagnostički izazov u endokrinologiji: udruženi PHP, papilarni karcinom štitaste žlezde i bilateralni adrenalni adenomi

Tijana Petrović Nikolić

16.00-18.00 USMENA SAOPŠTENJA*Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević***Kliničke karakteristike obolelih od Hoćkinovog limfoma u praksi**

Snežana Sretenović

Tretman i porođaj žene sa idiopatskom trombocitopenijom (ITP) – od teorije do prakse

Snežana Sretenović

Primarni medijastinalni B limfom terapijske dileme, opcija izlečenja – od teorije do prakse

Snežana Sretenović

Uticaj sepse na nastanak srčane insuficijencije

Jovana Antonijević

Poremećaji hemostaze kod primene mehaničkih pumpi za pomoć levoj srčanoj komori

Vanja Obradović

Uticaj terapije eritropoetinom na nastanak tromboembolijskih komplikacija

Zorana Janković

Mere sigurnosti pri primeni intravenskih preparata gvožđa

Marija Đukić

08.30-09.50**SESIJA 9****POREMEĆAJI NATRIJUMA I KALIJUMA
– MEĐUGRA ENDOKRINOLOGA I NEFROLOGA
SA PRIKAZOM SLUČAJEVA***Moderatori: Sanja Simić-Ogrizović, Svetlana Jelić***Zašto je važno da se u svakodnevnoj
interenističkoj praksi ne zaboravi na Na i K ?**

Sanja Simić-Ogrizović

**Hiper i hipokorticismam,
komentari na prikaz slučajeva**

Svetlana Jelić

**SIADH vs Diabetes insipidus,
komentari na prikaz slučajeva**

Mirjana Šumarac Dumanović

**Poremećaji koncentracije kalijuma od
1-10 mmol/l, uz prikaz slučajeva**

Dejan Ćelić, Sanja Simić-Ogrizović

Prikaz slučajeva iz svakodnevne kliničke prakse

Nina Vyazovetskaya

09.50-10.20 SIMPOZIJUM Servier

**Poboljšajmo adherencu i kontrolu bolesti za
bolju brigu o pacijentu**

Aleksandra Đoković, Ivan Tasić

10.20-11.00 SIMPOZIJUM ADOC

**Feroglobin iskustva i preporuke iz prakse:
pogled iz tri ugla**

Tamara Milovanović, Danijela Leković,
Emilija Nestorović

11.00-11.30 SIMPOZIJUM AstraZeneca

**Kardioresnalna protekcija – imperativ u lečenju
dijabetesa I hronične bolesti bubrega**

Aleksadar Đukić, Voin Brković

11.30-12.00 SIMPOZIJUM PharmaSwiss

**Bezbednost statina i niskih doza acetilsalicilne
kiselineiz perspektive gastroenterologa**

Tamara Milovanović

12.00-13.00 SIMPOZIJUM Boehringer Ingelheim

**Intersticijska bolest pluća
– skriveni znaci teške bolesti**

Tatjana Pejčić

**KRM harmonija kao imperativ u današnjim
standardima lečenja**

Teodora Beljić Živković, Saša Radenković,
Aleksandra Kezić

13.00-13.30 SIMPOZIJUM Amicus

**Venom specifična imunoterapija:
put ka personalizovanom pristupu lečenja
alergija na ubode insekata;
Jext u terapiji anafilakse**

Vesna Tomić Spirić

13.30-14.00 SIMPOZIJUM Novo Nordisk

**Semaglutid 2.4 mg u kardiologiji:
više od kontrole telesne mase**

Đorđe Popović, Miljanka Vuksanović,
Danijela Radojković, Marina Anđelić Jelić

14.00-15.00 Pauza

15.00-16.00**PANEL DISKUSIJA KROZ PRIKAZE SLUČAJEVA
Trombociti i slezina***Moderatori: Zorica Cvetković, Olivera Marković,
Željka Savić***Članovi panela:**

Svetlana Jelić, endokrinolog

Ratko Tomašević, gastroenterolog

Olivera Marković, hematolog

Zorica Cvetković, hematolog

16.00-17.30**SESIJA 10
NEABDOMINALNI UZROCI
ABDOMINALNOG BOLA***Moderatori: Željka Savić, Dragana Mijač,
Dragomir Damjanov***Da li znamo sve o abdominalnom bolu**

Dragana Mijač

Kardiološki uzroci abdominalnog bola

Vojislav Giga

Pulmološki uzroci abdominalnog bola

Vladimir Čarapić

Porfirije kao uzrok abdominalnog bola

Željka Savić

17.30-18.45**SESIJA 11****DOSTA JE LIČILO ISKUSNOM INTERNISTI,
ALI SE ISPOSTAVILO...***Predsedavajući: Goran Koraćević***Veliki imitator u kardiologiji****– akutni aortni sindrom**

Goran Koraćević

Veliki imitator u internoj – SLE

Vladimir Sakač

Veliki imitator u internoj**– antifosfolipidni sindrom**

Nataša Stanisavljević

Veliki imitator u gastroenterologiji – holecistitis

Goran Bjelaković

Veliki imitator u pulmologiji – sarkoidoza

Tatjana Pejčić

18.45-20.00**SESIJA 12****ODABRANE TEME IZ KARDIOLOGIJE**

*Predsedavajući: Dragan Lović, Ivana Burazor,
Dejan Spiroski*

Gojaznost, da li je nasledna bolest?

Branko Jakovljević

**Senolitici kao terapijska mogućnost usporavanja
vaskularnog starenja**

Sonja Smiljić

**Koronarna bolest – kalcijumski skor i analiza
aterosklerotskog plaka**

Dragan Đorđević

**Bol u grudima i PreTest Verovatnoća za
postojanje koronarne bolesti
(ESC preporuke 2024.)**

Vladimir Mitov

**Klinički prediktori u izboru peroralnog
antikoagulatnog leka:
tradicionalni vitamin K antagonisti vs novi ili
direktni oralni antikoagulantni lekovi**

Nebojša Antonijević

15.00-17.00 POSTER PREZENTACIJE

Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević

Prikaz slučaja pacijenta sa mioperikarditisom

Mirjana Isailović-Keković

GLP-1 agonisti u terapiji dijabetesa tip 2**– prikaz slučaja**

Sonja Ilić

Condylomata acuminata – prikaz slučaja

Dejan Zahorjanski

Korozivno oštećenje sluzokože želuca**– prikaz slučaja**

Dejan Zahorjanski

Srbija u crvenom

Zorica Nikolić

Vitalni u osamdesetim

Zorica Nikolić

Combined statin therapy in peripheral artery disease at female patient – a case report

Stojka Dokuzova

Newly diagnosed hypothyroidism associated with peripheral arterial disease¹ – case report

Stojka Dokuzova

15.00-17.00 POSTER PREZENTACIJE

Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević

Morfološki i patohistološki nalaz lezija debelog creva kod bolesnika sa i bez pozitivne porodične anamneze na kolorektalni karcinom

Tijana Gmizić

Prikaz slučaja – Kronova bolest i eozinofilni duodenitis

Marija Dukić

Važnost Registra obolelih od retkih bolesti Srbije iz ugla interniste

Goran Maksić

Heparinom indukovana trombocitopenija tip 2-HIT2 – prikaz bolesnice

Jelena Ljubičić

Višestruke frakture kao prva manifestacija primarnog hiperparatireoidizma

Tamara Baltić

Policitemija vera kao uzrok portne hipertenzije

Milica Dragović

Kako prepoznati bolesnika sa teškom astmom iz ugla interniste

Nataša Đurđević

15.00-17.00 POSTER PREZENTACIJE

Moderatori: Dragan Đorđević, Nebojša Antonijević

Terapija obolelih od teške astme

Sloboda Belić

**Kako bez biopsije jetre do dijagnoze
nealkoholnog steatohepatitisa**

Gordana Petrović

**Tracheitis prolongata, etiologija, lečenje i
prevencija, i greške u dijagnostici, terapiji i
prevenciji**

Isma Gašanin

Kallmann-ov sindrom – prikaz slučaja

Željko Ivošević

**Viplova bolest – od gastrointestinalne infekcije
do endokarditisa sa fatalnim ishodom:
prikaz dva slučaja**

Jelena Spirić Milovančević

**Hemostatski poremećaji kod bolesnika sa
traumom mozga**

Ana Tasić

**Važnost prepoznavanja deficita gvožđa u
srčanoj insuficijenciji**

Stevan Trifković

08.30-09.30**SESIJA 13****TUBERKULOZA I KOMORBIDITETI***Moderatori: Milan Radović, Miroslav Ilić***Plućna tuberkuloza i aktuelni problemi**

Milan Radović

Problem lečenja TB sa komorbiditetima

Miroslav Ilić

Latentna TB infekcija**(aktuelne smernice za lečenje/praćenje)**

Svetlana Kašiković Lečić

Prevenција i ranio otkrivanje TB kod visoko rizične populacije

Mihailo Stjepanović

09.30-11.00**SESIJA 14****ŠTA BRINE PULMOLOGA KADA PACIJENT IMA VISOK D DIMER?***Moderator: Vesna Škodrić Trifunović***Tuberkuloza i visok D dimer
– da li sumnjamo na jos neki razlog?***Vesna Škodrić Trifunović, Ivan Milinković***Povišene vrednosti D dimera
– kliničke dileme?***Lidija Ristić***Laboratorijske i tehnicke greske prilikom
određivanja D dimera u krvi***Biljana Glišić***Kada pulmolog otkriva hematolosko oboljenje!***Tanja Dragišić, Ivana Glišić*

**11.00-12.00 SESIJA 15
BOL U TRBUHU**

Moderatori: Srđan Marković, Petar Sforcan

**Bol u trbuhu – koliko i kada imamo vremena
za dijagnostiku?**

Stanko Petrović

**Sindrom nervoznog creva
– kliničke karakteristike**

Srđan Marković

Bol u trbuhu kod onkoloških pacijenata

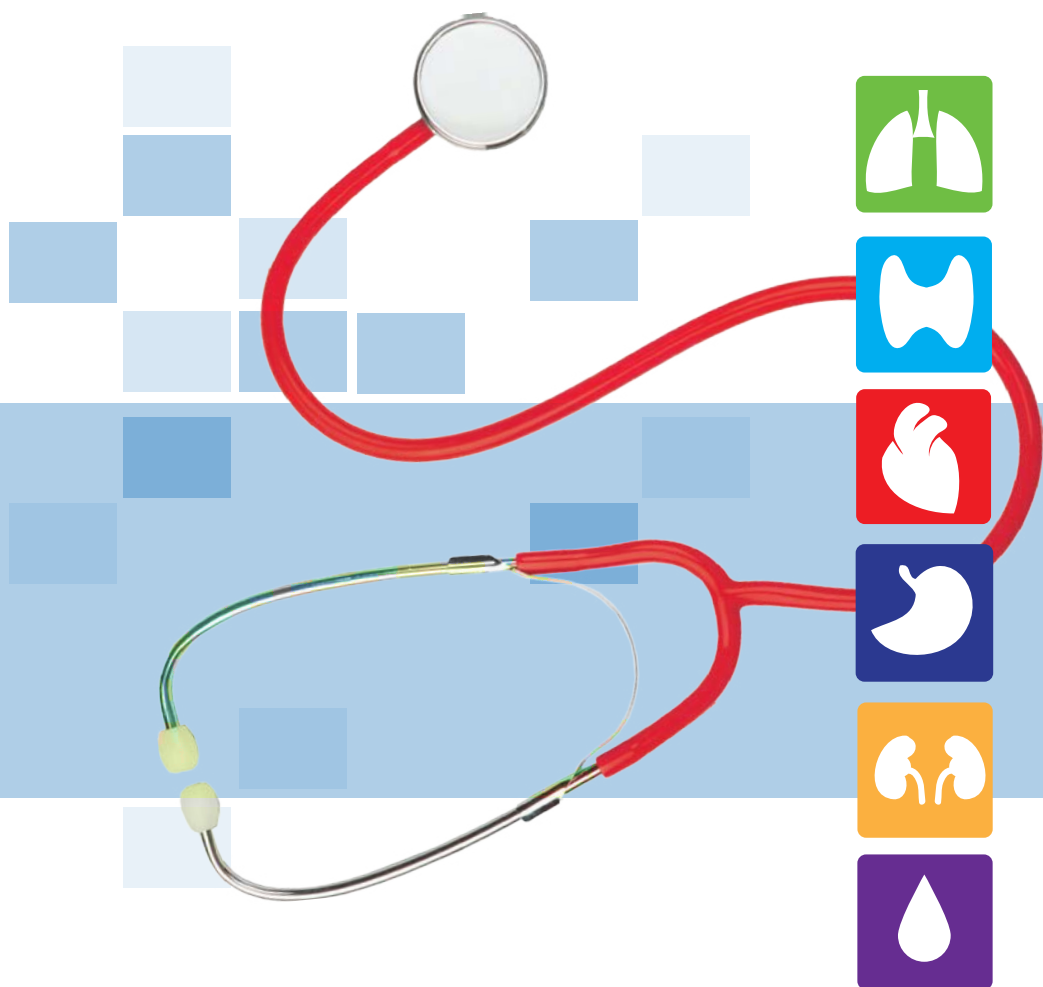
Zorka Inić

Bol u trbuhu u bolestima pankreasa i jetre

Petar Svorcan, Dušan Zarić

12.00-12.30 ZATVARANJE KONGRESA

OPŠTE INFORMACIJE



OPŠTE INFORMACIJE

MESTO ODRŽAVANJA KONGRESA

Hotel FONTANA

Cara Dušana 2

36210 Vrnjačka Banja

www.fontanavrnjackabanja.com

REGISTRACIJA

Radno vreme:

Četvrtak, 5. jun 12.00-19.30

Petak, 6. jun 07.30-19.15

Subota, 7. jun 08.00-20.00

Nedelja, 8. jun 08.00-12.30

KOTIZACIJA

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

KME BODOVI

Program XXIV Kongresa UIS je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije sa:

12 bodova za predavače

9 bodova za usmenu prezentaciju

7 bodova za poster prezentaciju

6 bodova za pasivno učešće

Odluka 153-02-00243/2025-1 od 29.04.2025. Evidencioni broj A-1-747/25

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

UPUTSTVA 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 USMENA SAOPŠTENJA I POSTER PREZENTACIJE

Termini za usmena saopštenja:

PETAK, 6. jun, od 16.00 do 18.00 u SALI 2
prema rasporedu iz PROGRAMA

Termin za poster prezentacije:

SUBOTA, 7. jun do 15.00 do 17.00 u SALI 2
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:

udruzenje.internista.srbije@gmail.com

www.uis.org.rs

Izvršni organizator

SMART TRAVEL PCO

11000 Beograd, Njegoševa 72 a

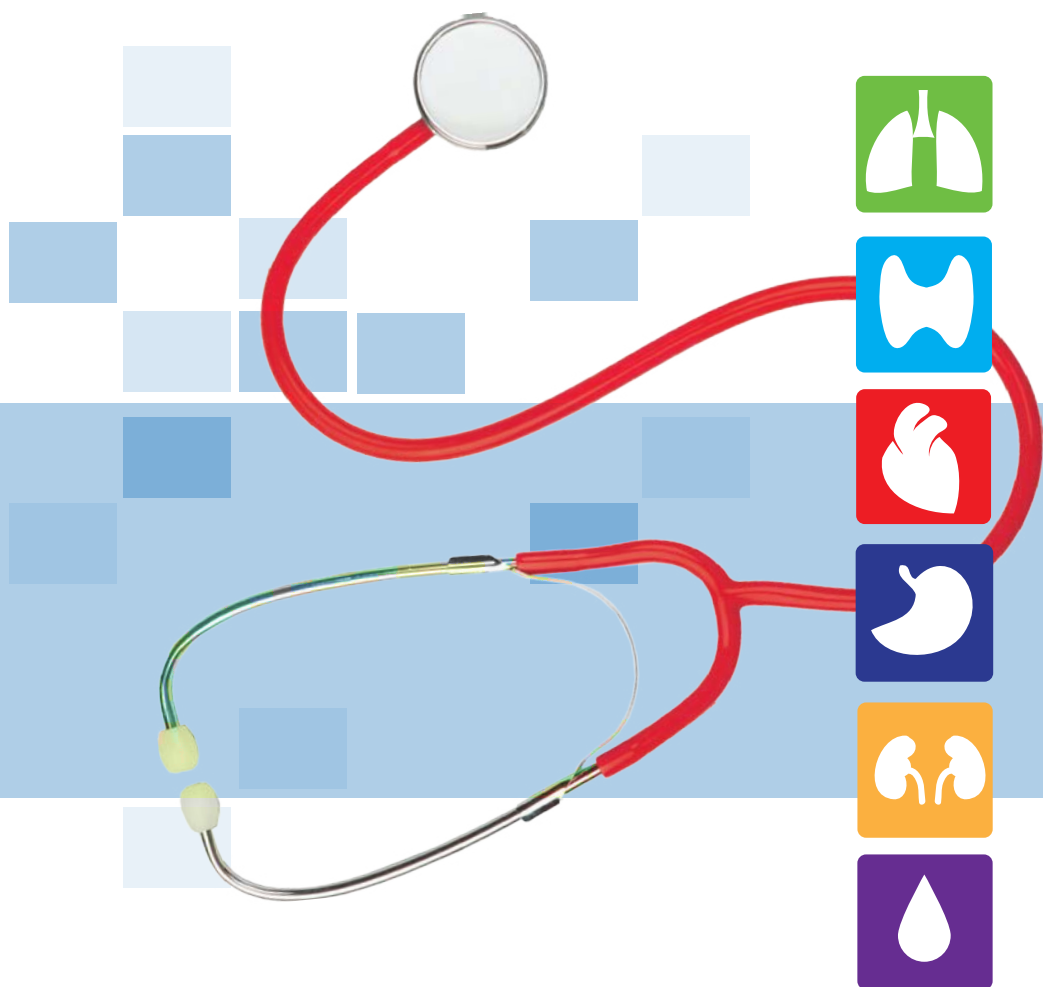
Telefon: +381 11 770 21 84, 770 25 22

e-mail:

smarttravelpco4@smarttravelpco4.rs

www.smarttravelpco4.rs

ZBORNIK SAŽETAKA



Predavanja



PR01 KLINIČKI PREDIKTORI U IZBORU PERORALNOG ANTIKOAGULATNOG LEKA: TRADICIONALNI VITAMIN K ANTAGONISTI VS NOVI ILI DIREKTNI ORALNI ANTIKOAGULANTNI LEKOVI

N. Antonijević^{1,2}, A. Tasić¹, S. Trifković³, Z. Janković¹, V. Obradović¹, M. Đukić¹, Lj. Birovljev¹, Ž. Leković¹, A. Ušćumlić¹, L. Savić^{1,2}, J. Krunić⁴, J. Antonijević⁴, D. Matić^{1,2}, V. Kanjuh⁵

¹Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

³Bolnica 'Sveti Vračevi', Bijeljina

⁴Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁵Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska Akademija Nauka i umetnosti

Uvod. Pred kliničarima se nalazi sve veći izbor antikoagulatnih lekova neophodnih za profilaksu i terapiju tromboembolijskih komplikacija. Postojanje određenih stanja i brojnih komorbiditeta upućuje kliničara na odabir odgovarajućeg antikoagulantnog leka.

Rezultati. Pri izboru antikoagulatnog leka vodimo računa o posebnim populacijama kao što su bolesnici sa renalnom ili hepatičkom insuficijencijom, gojazne ili osobe niske telesne mase, te o trudnicama ili ženama u fazi laktacije. Prisustvo arteficialnih mehaničkih valvula, umerene i teške mitralne stenoze, kao i antifosfolipidnog sindroma indikuju primenu lekova iz klase antagonista vitamina K (VKA). Lekarima se skreće pažnja na prepoznavanje kliničkih znakova antifosfolipidnog sindroma i adekvatnu laboratorijsku dijagnostiku preporučenu u najnovijim ACR/EULAR klasifikacionim kriterijumima. Uočavanje znakova kalcifilakse kada je to moguće daje prednost primeni direktnih oralnih antikoagulantnih lekova (DOAK) u odnosu na VKA.

Dinamička procena renalne funkcije na osnovu klirensa kreatinina i hepatičke funkcije na osnovu Child-Pugh bodovnog sistema predstavljaju početni korak ka izboru adekvatnog antikoagulantnog leka. Dobro su poznata ograničenja primene lekova iz grupe VKA, posebno u toku prvog trimestra trudnoće kada su kontraindikovani zbog teratogenih efekata. Varfarin se manje izlučuje mlekom nego acenokumarol pa se smatra antikoagulantnim lekom izbora u dojilja i pored činjenice da se acenokumarol izlučuje u mleku u maloj količini. I pored činjenice da se dabigatran i rivaroksaban izlučuju u malim količinama u mleku, njihova upotreba u laktaciji se i dalje smatra kontraindikovanom. Odluka o vrsti antikoagulantnog leka u bolesnika sa atrijskom fibrilacijom ili drugom indikacijom za antikoagulatnu terapiju kod bolesnika kojima je neophodna antitrombotična terapija posle urađene perkutane intervencije predstavlja dodatnu terapijsku dilemu.

Zaključak. Adekvatan uvid u klinički status, komorbiditete, procenu ishemijsko-hemoragijskog rizika, uz odgovarajući laboratorijski monitoring omogućuje optimalizaciju pri izboru antikoagulantnog leka.

PR02 ISKUSTVA U LEČENJU OBOLELIH OD TEŠKE ASTME KBC BEŽANIJSKA KOSA

M. Brajković^{1,2}

¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

²KBC Bežanijska kosa

Uvod. Teška astma je heterogena bolest koja zahteva kompleksan dijagnostičko-terapijski pristup. U ovom radu predstavljena su iskustva bolnice KBC Bežanijska kosa u lečenju pacijenata sa teškom astmom u periodu od dve godine.

Materijal i metode. Prikazani su podaci ukupno 9 pacijenata sa teškom astmom lečenih u našoj ustanovi u periodu između 2023. i 2025. godine. Dijagnostika je uključivala spirometriju, FeNO merenje, test bronhodilatacije, alergološke PRICK testove, test difuzije i analize eozinofila u krvi. Terapijski pristup uključivao je visoke doze inhalacionih kortikosteroida, LABA, LAMA, antileukotriene, sistemske kortikosteroide i biološku terapiju (benralizumab).

Rezultati. Biološka terapija (benralizumab) primenjena je kod 9 pacijenata sa izraženim eozinofilnim fenotipom i dovela je do kliničkog poboljšanja u 85% slučajeva. Poboljšanje je podrazumevalo značajnu redukciju simptoma, isključivanje sistemskih kortikosteroida iz terapije, smanjenje doze inhalacionih kortikosteroida.

Zaključak. Iskustva mnogih zdravstvenih centara potvrđuju da biološka terapija predstavlja značajan iskorak u lečenju teške astme, omogućavajući bolju kontrolu bolesti i značajno poboljšanje kvaliteta života pacijenata. Potrebno je kontinuirano unapređenje i edukacije zdravstvenih radnika kako bi se ovi rezultati održali i unapredili.

PR03 PREVENCIJA I RANO OTKRIVANJE TB KOD VISOKO RIZIČNE POPULACIJE

M. Stjepanović^{1,2}, S. Belić^{1,2}, N. Đurđević^{1,2}

¹Klinika za pulmologiju, Univerziteti Klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Tuberkuloza (TB) je globalno jedan od najvećih javnozdravstvenih problema kojim se može upravljati brzom dijagnozom i započinjanjem lečenja. Procenjuje se da je samo tokom 2021 godine 10,6 miliona ljudi obolelo, a 1,6 miliona ljudi umrlo od tuberkuloze. Uprkos međunarodnim naporima, teret bolesti ostaje nekontrolisan pogotovu u siromašnim zemljama. Kako zajednice pogođene siromaštvom imaju velike poteškoće u pristupu kvalitetnoj medicinskoj nezi, skrining na TB u ovim populacijama ne može se oslanjati samo na dijagnozu usmerenu na zdravstvenu zaštitu. S obzirom da obaveštavanje o bolesti rutinskim dijagnostičkim aktivnostima nesavršeno odražava teret bolesti u takvim populacijama, potrebni su alternativni pristupi otkrivanju slučajeva.

Rana dijagnoza i početak lečenja tuberkuloze (TB) ne samo da poboljšavaju individualne ishode pacijenata, već i smanjuju cirkulaciju bolesti unutar zajednica. Aktivno otkrivanje slučajeva je kamen temeljac programa za kontrolu TB, i ima za cilj da to postigne skrining simptoma i laboratorijsko testiranje za pojedince sa visokim rizikom od infekcije. Međutim, njegova efikasnost zavisi od sposobnosti da se tačno identifikuju tako rizični pojedinci i zajednice. Socioekonomske determinante tuberkuloze uključuju poteškoće u pristupu zdravstvenoj zaštiti i visoku stopu kontakta unutar domaćinstva. Ove dve determinante su uobičajene u najsiromašnijim zemljama pogotovu Afričkih, gde se gužva u domaćinstvima i nedostatak pristupa zdravstvenoj zaštiti često poklapaju sa neuhranjenošću i HIV infekcijom, što dodatno doprinosi teretu tuberkuloze.

PR04 ISKUSTVA KLINIKE ZA PULMOLOGIJU, UKCS U LEČENJU OBOLELIH OD TESKE ASTME

M. Stjepanović^{1,2}, N. Đurđević^{1,2}, S. Belić^{1,2}

¹Klinika za pulmologiju, Univerziteti Klinički centar Srbije

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Teška astma predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Procenjuje se da 3,4 miliona ljudi širom sveta živi sa teškom astmom, od kojih mnogi ne postižu adekvatnu kontrolu bolesti uprkos dostupnosti bioloških tretmana. Ciljevi lečenja su sprečavanje egzacerbacija, smrtnosti, hospitalizacija i posete hitnoj pomoći, uz postizanje dobre dugoročne kontrole astme, smanjenje simptoma, održavanje normalnog nivoa aktivnosti, i usporavanje gubitka plućne funkcije. Lečenje često počinje na osnovu težine simptoma, nalaza fizičkog pregleda, rezultata testova plućne funkcije i biomarkera za tešku astmu (kao što su nivoi IgE, broj eozinofila i FeNO). Od ključne je važnosti da se posebno poseti pažnja komorbiditetima kao što su gastroezofagealna refluksna bolest, rinitis ili rinosinusitis, apneja u snu, ponavljajuće infekcije itd.

Na Klinici za pulmologiju prva iskustva u lečenju teške astme stekli smo 2018. godine lekom omalizumab, zatim benralizumabom i reslizumabom, a u maju mesecu započeta je terapija lekom tezepelumabom za 15 pacijenata. Pored tog broja u Klinici za pulmologiju, UKCS, se trenutno leči 126 pacijenata; od toga, 87 pacijenata se leči benralizumabom, 25 omalizumabom, a 1 pacijent prima reslizumab. Klinika ima specijalizovanu ambulantu za pacijente sa teškom astmom, a sve odluke donosi multidisciplinarni tim za tešku astmu koji se sastaje jednom mesečno.

PR05 ENDOKRINI EFEKTI GLUKOKORTIKOSTEROIDNE TERAPIJE U LEČENJU ASTME

M. Tančić-Gajić

*Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, UKCS
Medicinski fakultet univerziteta u Beogradu, Srbija*

Glukokortikosteroidi (GK) predstavljaju osnovu dugoročne antiinflamatorne terapije bronhijalne astme. Iako su visoko efikasni u kontroli inflamacije i prevenciji egzacerbacija, njihova produžena primena, posebno u sistemskoj formi, povezana je sa značajnim endokrinim komplikacijama. Najvažniji neželjeni efekti dugotrajne upotrebe GK u suprafiziološkim dozama su sekundarna adrenalna insuficijencija (AI) i kliničke manifestacije hiperkortizizma.

Supresija hipotalamusno-hipofizno-adrenalne (HHA) osovine nastaje usled negativne povratne sprege: egzogeni GK inhibiraju sekreciju adrenokortikotropnog hormona (ACTH), što dovodi do smanjene endogene sinteze kortizola i potencijalne atrofije kore nadbubrežnih žlezda. Kod naglog prekida GK terapije ili u uslovima povećanih potreba (stres, infekcija, trauma, operacija), može se javiti klinički manifestna AI, uključujući i adrenalnu krizu – stanje koje može ugroziti život. Iako je najčešća kod pacijenata na dugotrajnoj sistemskoj terapiji, AI je zabeležena i kod primene visokih doza inhalacionih GK, naročito kod dece.

Produžena izloženost glukokortikoidima može dati kliničku sliku Kušingovog sindroma, takozvani jatrogeni Kušingov sindrom. Pored karakteristične redistribucije masnog tkiva (centripetalna gojaznost, „facies lunata“, „buffalo hump“), razvijaju se hronične metaboličke i kardiovaskularne komplikacije. Najčešće su povećana insulinska rezistencija, dislipidemija, disglukemija, pa čak i steroidni dijabetes, naročito kod predisponiranih osoba. GK povećavaju rizik od osteoporoze i fraktura. GK indukuju arterijsku hipertenziju i povećavaju rizik za razvoj koronarne bolesti, moždanog udara, srčane insuficijencije, ali i tromboembolijskih događaja. Neuropsihijatrijski poremećaji – razdražljivost, nesanica, depresija, kognitivni deficit – nisu retkost. Kod žena se javljaju menstrualne nepravilnosti i snižena fertilitet, dok kod dece GK mogu dovesti do usporenja rasta i odloženog puberteta.

Zbog visokog rizika od ozbiljnih sistemskih komplikacija, kod svakog pacijenta sa astmom neophodno je individualno proceniti odnos koristi i rizika GK, koristiti najmanju efektivnu dozu, pravovremeno sprovesti postupno ukidanje terapije i redovno pratiti neželjene efekte. Multidisciplinarni pristup, individualizovana primena GK, edukacija pacijenata, uz praćenje funkcije nadbubrežnih žlezda i metaboličkih parametara predstavlja ključ u postizanju optimalne kontrole astme uz minimiziranje sistemskih dugoročnih komplikacija.

Usmena saopštenja



US01 UTICAJ SEPSE NA NASTANAK SRČANE INSUFICIJENCIJE

J. Antonijević¹, I. Janković², S. Mirosavljević¹, S. Stanković¹, Đ. Šijan¹, I. Rović¹, A. Nikolić¹, A. Hadžibegović^{1,3}, J. Krnić¹, B. Jovanović^{1,3}, N. Antonijević^{2,3}, V. Kanjuh⁴

¹*Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni centar, Univerzitetski klinički centar Srbije*

²*Klinika za kardiologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije*

³*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu*

⁴*Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska akademija nauka i umetnosti*

Uvod. Sepsa je životno ugrožavajuće stanje organske disfunkcije izazvano neadekvatnim odgovorom organizma na infekciju. Sepsom izazvana miokardna disfunkcija (SIMD) je česta komplikacija septičnih pacijenata (približno 50%) koju karakteriše reverzibilna sistolna i dijasolna disfunkcija srca i povezana je sa povećanim mortalitetom.

Cilj. Prikaz ažuriranih podataka na osnovu prihvaćenih koncepata patofiziologije SIMD.

Metod. Pretraživanje baza podataka iz PubMed-a, Medline-a i druge dostupne literature.

Rezultati. Prema trenutnim dokazima, smatra se da mehanizmi koji doprinose SIMD-u jesu prekomerni inflamatorni odgovor uzrokovan povećanom proizvodnjom citokina (TNF-a, IL-1, IL-6) time dovodeći do depresije miokarda i smanjene kontraktilnosti, kao i izmenjeni cirkulatorni i mikrovaskularni status, nekontrolisana sinteza azotnog oksida, endotelna disfunkcija i edem miokarda koji usled povećane vaskularne propustljivosti dovode do nakupljanja tečnosti u miokardu time utičući na njegovu smanjenu elastičnost i funkciju. Kao dodatni poremećaji navode se poremećaj regulacije kalcijuma koji doprinosi razvoju srčane insuficijencije smanjenjem kontraktilnosti, disregulacija autonomnog nervnog sistema dominacijom simpatičkog, a smanjenom funkcijom parasimpatičkog sistema dovodeći do iscrpljivanja srčanih rezervi, metaboličko reprogramiranje i mitohondrijalna disfunkcija koja remeti energetski metabolizam kardiomiocita.

Osnovne karakteristike SIMD-a su smanjena kontraktilnost leve i/ili desne komore, uprkos normalnom ili čak povećanom volumenu krvi u srcu i reverzibilna disfunkcija koja se često povlači u roku od 7 do 10 dana ako pacijent preživi sepsu. Nakon prve nedelje kod većine preživelih ejekciona frakcija (EF) se vraća na vrednosti koje su bile pre sepe.

Klinički se SIMD manifestuje kroz razvoj srčane insuficijencije sa hipokinezijom i smanjenom EF leve komore u 30% pacijenata i dijasolnom disfunkcijom u 40-50% pacijenata (koja se smatra nezavisnim prediktorom lošijeg ishoda). SIMD karakteriše umerena dilatacija leve komore pri čemu udarni volumen ostaje očuvan u ranoj nekomplikovanoj fazi, mada može nastati i disfunkcija desne komore i Takotsubo kardiomiopatija.

USMENA SAOPŠTENJA

I pored prihvaćenog stava da je SIMD potpuno reverzibilan, nije poznato da li su histološke promene miokarda kod sepse potpuno reverzibilne. Stoga, mogućnost da miokardna disfunkcija nije potpuno reverzibilna kod septičkih pacijenata treba se dalje ispitati.

Zaključak. Novi pristupi lečenju sepse i dublje razumevanje njenih mehanizama trebalo bi da pomognu u poboljšanju prognoze pacijenata sa miokardnom disfunkcijom u bliskoj budućnosti.

US02 MERE SIGURNOSTI PRI PRIMENI INTRAVENSKIH PREPARATA GVOŽĐA

M. Đukić¹, M. Mihailović¹, Z. Janković¹, V. Obradović¹, A. Tasić¹, S. Trifković², J. Antonijević³, Ž. Leković¹, Lj. Birovljev¹, M. Klarić¹, N. Antonijević^{1,4}, V. Kanjuh⁵

¹Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

²Bolnica „Sveti Vračevi“, Bijeljina

³Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁴Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

⁵Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska akademija nauka i umetnosti

Uvod. Intravenska nadoknada gvožđa u punoj dozi preporučuje se kod bolesnika sa značajnim deficitom gvožđa, naročito u slučajevima prisustva anemije, nepodnošenja ili nedostatka efikasnosti peroralne terapije, ali je potrebno imati na umu bezbednosni profil i potencijalne neželjene efekte.

Cilj. Analizirati bezbednosni profil intravenskih preparata gvožđa, sa fokusom na feriderizomaltozu, uključujući učestalost i vrste neželjenih reakcija kao što su anafilaksa, hipofosfatemija, reakcije na mestu infuzije, hipotenzija, mučnina i povišene vrednosti transaminaza, kao i primenljive kliničke preporuke.

Metodologija. Sproveden je pregled aktuelne literature, PUBMED; MEDLINE baza podataka, uključujući klinička ispitivanja, post-marketinške studije i relevantne kliničke smernice.

Rezultati. Bezbednosni protokoli primene preparata Fe uključuju detaljnu procenu rizika kod svakog pacijenta pre primene terapije (posebno uzeti anamnezu na prethodno postojanje alergijskih reakcija, brohijalne astme, ekcema, sistemskih oboljenja, ciroze ili drugog uzroka smanjene funkcije jetre, postojanje sumnje na bakterijske infekcije krvi). Potrebno je upozoriti bolesnika na moguću pojavu tipičnih i atipičnih alergijskih manifestacija. Ključna mera u cilju povećanja bezbednosti jeste razblaživanje gvožđa i njegova primena infuzijom pumpom, kao i smanjenjem početne brzine infuzije što omogućava preciznu kontrolu brzine aplikacije čime se značajno smanjuju neželjene reakcije, mada se u praksi najčešće pre davanja leka primenjuje test doza sa odgovarajućim razblaženjem. Kao najbitnije neželjenje reakcija iv. primene preparata Fe opisuju se hipofosfatemija, gastrointestinalne tegobe, poremećaj hepatograma, alergijske i pseudalergijske reakcije, kožne promene, disgeuzija, simptomi nalik gripu (koji se mogu javljati i posle nekoliko dana), dok se o uticaju na nastanak infekcija dosta diskutuje.

USMENA SAOPŠTENJA

U velikoj opservacionoj studiji iz realne kliničke prakse, feri derizomaltoza je pokazala povoljan klinički profil sa ukupnom učestalosti neželjenih reakcija 1,7%, pri čemu su reakcije preosetljivosti zabeležene kod 0,4% pacijenata, dok je anafilaksa potvrđena u manje od 0,1% slučajeva. Uočena je značajno niža učestalost hipofosfatemije (oko 8%) pri primeni feri derizomaltoze u poređenju sa feri karboksimaltozom (preko 70%).

Savetuje se monitoring bolesnika tokom i najmanje 30 minuta nakon infuzije (mada se anafilaksa može javiti i posle nekoliko h), kao i spremnost na prepoznavanje i zbrinjavanje anafilaktičkih reakcija.

Zaključak. Terapija i.v. preparatima Fe se uz mere opreza može smatrati bezbednom.

Ključne reči: gvožđe, intravenska primena, neželjene reakcije, monofer

US03 UTICAJ TERAPIJE ERITROPOETINOM NA NASTANAK TROMBOEMBOLIJSKIH KOMPLIKACIJA

Z. Janković¹, V. Obradović¹, A. Tasić¹, M. Đukić¹, S. Trifković², J. Antonijević³, Ž. Leković¹, Lj. Birovljev¹, M. Klarić¹, N. Antonijević^{1,4}, V. Kanjuh⁵

¹*Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije*

²*Bolnica „Sveti Vračevi“, Bijeljina*

³*Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije*

⁴*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu*

⁵*Odbor za kardiovaskularnu patologiju, Srpska akademija nauka i umetnosti*

Uvod. Eritropoetin (EPO) je glikoproteinski hormon koji ima ključnu ulogu u regulaciji eritropoeze. Značajnu ulogu u nastanku anemije u bolesnika sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom (HBI) može imati i nedovoljna sekrecija eritropoetina, te je s toga upotreba humanih rekombinantnih analoga eritropoetina, odnosno *erythropoietin-stimulating agents* (ESAs), prepoznata kao moguća terapija. Do sada se malo obraćalo pažnje na uticaj ESAs na povećanje rizika za nastanak tromboembolijskih događaja.

Cilj. skrenuti pažnju na opasnost od tromboembolijskih komplikacija pri primeni derivata eritropoetina.

Metode. Pretraživanje baza podataka PUBMED, MEDSCAPE i ostalih dostupnih literaturnih podataka

Rezultati. Uticaj eritropetina na hemostazu i nastanak tromboze ostvaruje se povećanjem viskoznosti krvi, aktivacijom trombocita, povećanjem ekspresije adhezionih molekula na eritrocitima što uvećava mogućnost njihove interakcije sa endotelom i trombocitima, proinflamatornim dejstvom na endotel i posledičnom aktivacijom koagulacione kaskade. Uticaj primene eritropoetina na nastanak tromboze dubokih vena (TDV) i plućne embolije (PE) zavisi od načina primene i doze, ali istovremeno i od vrste osnovnog oboljenja.

Određene studije ukazuju na viši rizik od venskog tromboembolizma (VTE), infarkta miokarda i moždanog udara pri primeni ESAs, posebno pri postizanju ciljanih vrednosti hemoglobina iznad 13 g/dL, kao i kod pacijenata obolelih od malignih bolesti, pogotovo karcinoma ovarijuma, cerviksa i hematoloških maligniteta. U bolesnika sa hroničnom srčanom insuficijencijom praćenom anemijom, upotreba ESAs redukuje simptome bolesti, ali istovremeno povećava rizik za tromboembolijske događaje.

Meta-analiza Bohlius i saradnika pokazuje značajno povećanje rizika od VTE kod pacijenata sa malignitetima. Slično, studije CHOIR i TREAT su identifikovale povećan rizik

od kardiovaskularnih događaja kod pacijenata sa hroničnom bubrežnom bolešću koji su lečeni ESA. Kliničke smernice (KDIGO 2021) preporučuju održavanje Hb vrednosti između 10–11.5 g/dL kod bolesnika sa HBI. ASCO/ASH smernice preporučuju primenu ESA kod onkoloških pacijenata isključivo tokom hemioterapije, uz izbegavanje kod pacijenata sa visokim trombotičkim rizikom.

Pokazana je potencijalna prednost korišćenja eritropetina u odnosu na transfuziju eritrocita u preoperativnoj pripremi hirurških bolesnika sa anemijom u pogledu sniženja tridesetodnevno postoperativnog rizika, rizika od VTE, PE i diseminovane intravaskularne koagulacije.

Zaključak. Neophodno je pažljivo razmatranje koristi i rizika prilikom primene derivata EPO, ali je takođe bitna pravovremena primena adekvatnih profilaktičkih mera.

US04 INTERSTICIJSKA BOLEST PLUĆA KOD PACIJENTA SA REUMATOIDNIM ARTRITISOM

M. Mandić, G. Maksić, A. Živković

Opšta bolnica Subotica, Subotica

Uvod. Prema literaturnim podacima plućna fibroza (PF), odnosno intersticijska bolest pluća je jedna od najčešćih vanzglobnih (sistemskih) manifestacija reumatoidnog artritisa (RA). U reumatoidnom artritisu PF se može otkriti kod 40% bolesnika, mada je kod samo 10% bolesnika ona progresivnog toka. Najlošiju prognozu, u smislu progresije i skraćanja životnog veka bolesnika, ima takozvana Uobičajena Intersticijska Pneumonija (UIP), sa kojom se susrećemo kod 40% bolesnika sa PF u RA, a bolju prognozu imaju bolesnici sa Nespecifičnom Intersticijskom Pneumonijom (NSIP) koja se javlja kod 50% bolesnika sa PF u RA.

Prikaz slučaja. ŠM, muškarac, rođen 1960. Godine u junu 2020. postavljena dijagnoza seropozitivnog RA, pušač 43 godine, bez respiratornih tegoba na CT toraksa juna 2020. umereno izražene hronične intersticijske promene diferencijalno dijagnostički u sklopu reumatoidnog oboljenja. Auskultatorno normalan disajni zvuk, bez propratnih fenomena, kontrola pulmologa p.p.

Avgusta 2020. povremeni sećaj gušenja i osećaj nedostatka vazduha, osećaj sviranja u grudima, auskultatorno nad plućima - retki bronhitični šušnjevi. Hospitalizovan u IPBV Sremska Kamenica oktobra 2020. HRCT- ukazuje na retikularne promene intersticijuma, zone denziteta mlečnog stakla, mikronodularne i nodularne promene plućnog parenhima uz cilindrične bronhiektazije, u sklopu osnovnog reumatološkog oboljenja, dalje kontrole kod reumatologa, imunologa i kardiologa. 2021. IPBV Spiroplektizmografija - nalaz zadovoljavajući, januara 2024. Spirometrija: FVC95%,FEV193% Tifnou103%.

Februar 2024. CT toraksa sekvele ranijih upalnih procesa u plućnom parenhimu. Cilindrične bronhiektazije sa znacima peribronhijalne inflamacije. Obostrani subpleuralni emfizem. Pacijent je bez resp. tegoba. Negira kašalj, iskašljavanje i gušenje. Spirometrija. u granici ref.vrednosti.

Jul 2024. IPBV Transfer faktor pluća za CO je lako do umereno snižen. U poređenju sa HRCTom iz 2020.godine uočava se značajna radiološka progresija intersticijumskih promena (povećanje broja retikularnih lezija i pojava trakcionih bronhiektazija bazalno) na aktuelnom HRCTu jula 2024.promene odgovaraju verovatnom UIP u sklopu plućnih manifestacija sistemskog oboljenja. S obzirom na zabeleženu kliničku, radiološku i funkcionalnu progresiju plućnih manifestacija osnovne bolesti pacijent je prikazan Komisiji za odobravanje antifibrotske terapije radi donošenja odluke o uvođenju antifibrotika u terapiju koji je i uveden zbog PF u sklopu RA.

Zaključak. PF je najčešća vanzglobna manifestacija RA za kojom treba tragati čak i kod pacijenata bez respiratornih tegoba, a pod najvećim rizikom su stariji muškarci koji puše.

US05 ULCEROZNI KOLITIS – PRIKAZ SLUČAJA

V. Novaković¹, A. Laušević¹, Đ. Pavlović¹, M. Uglješić²

¹Interno odeljenje, Opšta bolnica Sremska Mitrovica

²Opšta bolnica Bel Medic Beograd

Ulcerozni kolitis je inflamatorna bolest debelog creva, koja se razlikuje od Kronove bolesti po tome što zahvata samo kolon. Glavni simptomi uključuju proliv sa krvlju i sluzi, bolove i grčeve u trbuhu, tenezme, povišenu temperaturu, gubitak apetita, težine, zamor, noćno znojenje. Bolest je najčešća kod mladih žena (15-25 godina), ali i kasnije.

Razlikovanje oblika bolesti vrši se prema broju stolica dnevno i prisutstvu krvi i sluzi na blag, umeren i težak oblik.

Uzroci ulceroznog kolitisa nisu potpuno razjašnjeni, ali su faktori rizika: genetika (oko 20% obolelih ima bliske srodnike sa bolešću), ishrana, stres, pušenje i autoimuni procesi izazvani infekcijama.

Dijagnostika uključuje analize krvi (SE, CRP), antitela (ANCA, ASCA), analizu stolice, kolonoskopiju, biopsiju, RTG i CT/MR enterografiju...

Cilj terapije je postizanje remisije i prevencija relapsa. Koriste se antiinflamatorni lekovi (aminosalicilati, kortikosteroidi, imunomodulatori), biološka terapija, antibiotici (u slučaju infekcija), a u težim slučajevima operacija. Takođe, preporučuje se dijeta sa smanjenim unosom vlakana i nadoknada folata, gvožđa, kalcijuma i vitamina B12.

Prikaz slučaja. Bolesnik starosti 23 godine, student, zadnja tri meseca učestale stolice – 6 do 7 dnevno sa primesama sluzi i sukrvice. Izgubio u TT oko 7kg, česti grčevi u donjem abdomenu. Lečen probioticima bez efekta. Dolazi u gastro ambulantu sa nalazima le 16.3, er 3.9, Hb 117, CRP 72, fekalni kalprotektin preko 1000. Šalje se na hitan UZ abdomena – meteorizam, RTG pluća i srca b.o. Radi se u analgosedaciji kolonoskopija bez pripreme. U uslovima dobre pročišćenosti, pregledan ceo kolon, od rektuma do cekuma erozije, edem, naslage fibrina, slika ulceroznog pankolitisa teža forma. Uzete politopske biopsije iz svih segmenata kolona. Hospitalizovan, uključena terapija mesalazina 4g dnevno per os, kortikosteroida, infuzionih rastvora, antibiotika uz probiotike. Posle 14 dana lečenja oseća se bolje, ima jednu do dve stolice dnevno, CRP 6.8, le 9.8. Otpusten kući sa terapijom mesalazina i kortikosteroida po semi smanjivanja. Nakon 2 meseca pogoršanje u vidu učestalih žućkastih stolica, urađen test na *Clostridium difficile* toxin A i B pozitivan, potvrđeno na FRSS. Uključen vankomicin. Posle 7 meseci značajno bolje, radi se kontrolna kolonoskopija, endoskopski i PH nalaz remisija kolitisa. Nastavljena Th mesalazina u dozi od 4g, uz probiotike i butirate. Nastavljamo praćenje.

US06 POREMEĆAJI HEMOSTAZE KOD PRIMENE MEHANIČKIH PUMPI ZA POMOĆ LEVOJ SRČANOJ KOMORI

V. Obradović¹, Z. Janković¹, A. Tasić¹, M. Đukić¹, S. Trifković², J. Antonijević³, Ž. Leković¹, Lj. Birovljev¹, M. Klarić¹, N. Antonijević^{1,4}

¹Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

²Bolnica „Sveti Vračevi“, Bijeljina

³Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁴Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod. Upotreba mehaničkih pumpi za podršku leve komore (*left ventricular assist device*- LVAD) kod bolesnika sa uznapredovalom srčanom insuficijencijom može biti udružena je sa učestalim i ozbiljnim hemostatskim komplikacijama.

Cilj. Pravovremeno prepoznavanje poremećaja hemostaze kod bolesnika sa implantiranim LVAD

Metode. pretraga PUBMED, MEDLINE baze podataka i ostalih dostupnih izvora medicinskih podataka

Rezultati. Očuvanje odgovarajuće hemostaze kod ovih bolesnika predstavlja poseban izazov, s obzirom na visok rizik od tromboza i česte pojave rekurentnog krvarenja. Značajni hemoragijski događaji se javljaju kod više od 20% sa implantiranim LVAD uređajima, dok se trombotske komplikacije javljaju kod 7–16% pacijenata sa LVAD-om.

Sama pumpa LVAD-a može uticati na hematološke, inflamatorne i imunološke parametre, narušavajući time normalnu hemostazu. Uvođenje LVAD-a u cirkulatorni sistem dovodi do narušavanja hemostatske ravnoteže, prevashodno usled interakcije krvi sa površinom pumpe, promena u hemodinamici kao i potrebe za trajnom antikoagulacijom tokom implantacije. U literaturi se opisuje i tzv. „LVAD trijada“, analogna Virhovljevoj trijadi, koja obuhvata: (1) veštačku površinu uređaja, (2) promene u sastavu krvi, i (3) uticaj abnormalnih tokova krvi.

Krvarenje je najčešća komplikacija nakon ugradnje LVAD-a. Bolesnici su u visokom riziku od krvarenja zbog osnovne patofiziologije bolesti, fizičkog prisustva uređaja kao i potrebe za kontinuiranom antitrombocitnom i antikoagulantnom terapijom. Hemoragije koje se javljaju u prvih 14 dana nakon implantacije najčešće su povezane sa samom hirurškom intervencijom, zbog čega oko 20% do 30% pacijenata zahteva hiruršku reintervenciju. Uzroci kasnijih hemoragijskih komplikacija uključuju razvoj arterio-venskih malformacija, hepatološku disfunkciju usled insuficijencije desne komore, disfunkciju trombocita kao

i stečeni fon Vilebrandov sindrom i najčešće se manifestuju gastrointestinalnim krvarenjem i epistaksom .

Uprkos brojnim naporima da se površina LVAD-a učini manje trombogenom, kao i primeni intenzivne antikoagulantne terapije, trombotičke komplikacije i dalje predstavljaju najznačajnije i najteže posledice u vezi sa LVAD-om. Tromboembolijski događaji bolesnika na mehaničkoj potpornoj cirkulaciji najčešće obuhvataju pojavu moždanog udara, prolazne ishemijske atake, arterijske embolije koje ne zahvataju centralni nervni sistem kao i trombozu same pumpe. Neurološke komplikacije ostaju najteže i najčešće fatalne posledice LVAD terapije.

Zaključak. Sve veća upotreba LVAD zahtevaju modifikacije strategije lečenja bolesnika sa ovim uređajima kako bi se izbegle ili na vreme prepoznale i odgovarajuće tretirale potencijalno fatalne hemostatske komplikacije.

US07 Dijagnostički izazov u endokrinologiji: udruženi PHP, papilarni karcinom štitaste žlezde i bilateralni adrenalni adenomi

T. Petrović Nikolić¹, T. Baltić¹, D. Milanović¹, S. Petričević²,
J. Bjekić Macut^{1,3}

¹Odeljenje endokrinologije, KBC Bežanijska kosa, Beograd

²Odeljenje onkologije, KBC Bežanijska kosa, Beograd

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod. Primarni hiperparatireoidizam (PHP) je vodeći uzrok hiperkalcemije u ambulantnoj populaciji, najčešće usled adenoma paratireoidnih žlezda. Papilarni karcinom štitaste žlezde je najčešći oblik diferenciranog karcinoma ove žlezde, karakterisan dobrom prognozom uz pravovremenu dijagnozu i terapiju. Adenomi nadbubrežnih žlezda su incidentalne lezije koje mogu biti nefunkcionalne ili hormonalno aktivne, a dijagnostika zahteva procenu potencijalne sekrecije kortizola, aldosterona ili kateholamina. U ovom radu prikazan je slučaj pacijentkinje sa navedenim komorbiditetima, uz pridruženi dijabetes melitus tipa 2, što dodatno komplikuje klinički pristup.

Prikaz slučaja. Pacijentkinja, starosti 46 godina, sa prisutnom gojaznošću i dijabetesom melitusom tipa 2 (HbA1c: 6,7% na metforminu), upućena je na endokrinološku evaluaciju zbog hiperkalcemije (Ca 3,14 mmol/L) i povišenog PTH (336 pg/mL). Ultrazvučni pregled pokazao je polinodozno izmenjen desni lobus štitaste žlezde (TIRADS 2), levi lobus štitaste žlezde (TIRADS 4), dok je scintigrafija otkrila hiperfunkcionalnu paratireoidnu žlezdu kaudalno uz desni lobus tiroidee. Nakon sprovedene paratireoidnektomije, histopatološki je potvrđen adenom donje desne paratireoidne žlezde. U desnom režnju tiroidee identifikovan papilarni mikrokarcinom dimenzija 1,5 mm, bez kapsularne invazije. CT abdomena ukazao je na bilateralne adrenokortikalne adenome (desni 15×9 mm, levi 20×15 mm), bez biohemijskih znakova hormonalne aktivnosti – isključena je glukokortikoidna, mineralokortikoidna i kateholaminska hipersekrecija putem 24-časovnog određivanja metanefrina i hormona nadbubrežnih žlezda.

Diskusija. Ovaj slučaj naglašava kompleksnost dijagnostičkog procesa i multidisciplinarni pristup u lečenju složenih endokrinih poremećaja. Hiperparatireoidizam je najčešći uzrok hiperkalcemije i može biti povezan sa osteoporozom i nefrolitijazom. Papilarni karcinom štitaste žlezde ima odličnu prognozu uz adekvatnu hiruršku terapiju, dok adenomi nadbubrežnih žlezda zahtevaju dugoročno praćenje zbog potencijalne evolucije u funkcionalne tumore.

Zaključak. Slučajevi sa multiplom endokrinopatijom zahtevaju personalizovan pristup i redovno praćenje kako bi se smanjio rizik od komplikacija. Pravovremeno prepoznavanje i multidisciplinarna saradnja mogu značajno unaprediti ishod kod ovakvih kompleksnih bolesnika.

US08 EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE PACIJENATA LEČENIH OD AKUTNIH INTOKSIKACINJA U URGENTNOM CENTRU U TOKU 2024. GODINE

A. Šljivar Vranješ¹, T. Šuljak², S. Zeljković¹

Urgentni centar, UKC RS, Banjaluka, Fond PIO

Uvod i cilj. Intoksikacije predstavljaju veliki problem savremenog društva. Cilj rada je skrenuti pažnju na učestalost intoksikacija u našoj populaciji, naročito zbog namernog uzimanja lekova u suicidalne svrhe.

Metode. Sistemsko pretraživanje baze podataka Medline, PubMed, Medscape i podaci sa interneta.

Rezultati. Od ukupno 70 pacijenata, većinu su činili muškarci (oko 60%). Uzrast je u 40% slučajeva bio između 25 i 34 godine, zatim u 25% slučajeva između 55 i 74 godine. Inicijalno su pregledani u teškoj opservaciji (98%) i u reanimaciji (2%). Preko 60% pacijenata su namerno uzimali velike količine lekova u suicidalne svrhe, a ostalima su verifikovane intoksikacije alkoholom (oko 30%) i zadesna trovanja dimom usled požara. Od dijagnostike su rađeni laboratorijski nalazi, RTG pluća i srca, EKG, gasne analize, CT glave. Terapija je u većini slučajeva bila simptomatska, infuzioni rastvori, vitamini, gastroprotektivi, insulin, antibiotici, diuretici. Oko 50% pacijenata je lečeno na Klinici za psihijatriju, 45% u Dnevnoj bolnici Urgentnog centra, a samo 1.4% je bilo u Klinici intenzivne medicine za nehirurške grane.

Zaključak. U našem istraživanju najveći broj pacijenata je bio muškog pola, mlađe životne dobi, koji su namerno uzimali velike količine lekova u suicidalne svrhe. U velikom procentu pacijenti su imali i intoksikacije alkoholom. Važan je kontinuirani medicinski nadzor i dobra komplijansa između psihijatra i pacijenta.

US09 KLINIČKE KARAKTERISTIKE OBOLELIH OD HOČKINOVOG LIMFOMA U PRAKSI – ISKUSTVO JEDNOG CENTRA

S. Sretenović¹, J. Oraovčić¹, A. Dragović¹, P. Đurđević^{1,2}

¹Univerzitetni klinički centar Kragujevac, Klinika za hematologiju, Kragujevac, Srbija

²Fakultet medicinskih nauka univerziteta u Kragujevcu, Katedra za Internu medicinu, Kragujevac, Srbija

Uvod. Hoćkinov limfom (HL) je retka neoplazma limfnog sistema, koja predstavlja jedan od najčešćih karcinoma u odrasloj mladoj populaciji. Učestalost HL je 2-3 obolela na 100.000 ljudi. Hoćkinov limfom pokazuje bimodalnu raspodelu u odraslih mladih (20-30 godina) i starijih od 55 godina. Aproximativno oko 80% obolelih može biti izlečeno, upotrebom u prvoj liniji lečenja hemioterapijom ili / i radioterapijom, u zavisnosti od kliničkog stadijuma bolesti.

Cilj. 1. Utvrditi raspodelu obolelih od HL po polu, starosti, kliničkom stadijumu (CS), B simptomima i IPS skor.

2. Analiza odgovora na prvu terapijsku liniju u posmatranom periodu.

Metodologija. Sprovedena je retrospektivna analiza 63 bolesnika od HL u periodu od 31.12.2018. godine do 30.12.2024. g. lečenih u Klinici za hematologiju UKC Kragujevac. Uključujući kriterijum je bio novodijagnostikovani bolesnici, isključujući bolesnici sa relapsom. Dijagnoza je postavljena patohistološkom analizom uz imunohistohemiju biopsirane limfne žlezde. Klinički stadijum određen po Ann Arbor klasifikaciji, utvrđen IPS skor. Podaci dobijeni iz pisane medicinske dokumentacije, obrađeni deskriptivnom statistikom.

Rezultati. Analizirano je 63 novoobolela od HL u posmatranom periodu od 6 godina, muškaraca 40 (63,5%), žena 23 (36,5%), prosečne starosti 40,0 godina (18-75). Mlađih od 35 godina je bilo 46,0%, starijih od 55 godina 20,6%, dok je 33,4% (starosti od 36-54). Klinički stadijum (CS I + II) imao je (21 bolesnik 33,3%), a (CS III + IV) 42 bolesnika 66,7%. B simptome je imalo 77,7% obolelih. IPS skor visok rizik (3-7 bodova) utvrđen kod 50,8% a nizak rizik (0-2 boda) 49,2% novoobolela. Kompletanu remisiju na prvu terapiju postiglo je 54% lečenih, na kraju posmatranog perioda od 6 godina 48 (76%) bolesnika je živo.

Zaključak. U obolelih nije prisutna bimodalna raspodela, dominira uznapredovala bolest pri dijagnozi uz B simptomatologiju – znači kasnimo, posledično loš odgovor na prvu terapijsku liniju. Lečiva bolest u teoriji kasno otkrivanje u praksi.

Ključne reči: Hoćkinov limfom, klinički stadijum, IPS skor, kompletna remisija

US10 TRETMAN I POROĐAJ ŽENE SA IDIOPATSKOM TROMBOCITOPENIJOM (ITP) – OD TEORIJE DO PRAKSE

S. Sretenović

Univerzitetski klinički centar Kragujevac, Klinika za hematologiju, Kragujevac, Srbija

Uvod. Idiopatsku trombocitopeniju (ITP) karakteriše smanjen broj trombocita u krvi. U trudnoći ITP predstavlja rizik kako za trudnicu tako i za sam porođaj i bebu. Terapija trombocitopenije u trudnoći i priprema za porođaj je ograničena, kako ako porođaj iznenadi ?

Prikaz slučaja. Pacijentica stosti 18 godina prvi put kod adultnog hematologa zbog relapsa ITP-a, nakon splenektomije učinjene u šestoj godini. Krvna slika na prijemu (Le-8,5 x10⁹, Er-3,5 x10¹², Hgb-125g/l.. MCV85fl.. Tr-4x10⁹), ekstenzivan hemoragijskim sy (Khelaf scor -12). Urađena trombokinetika : mešovita razgradnja jetra i akcesorna slezina (vek trombocita 0,2 dana – 4,8h), Index produkcije 1,4/ Index sekvestracije 1,1. Tretirana kortikosteroidima max doza 2mg/kg TT, nije bilo odgovora . Druga linija (Imuran tbl) na 100mg razvija hepatotoksičnost - terapija se prekida. Treća linija lvg (400mg/kg TT/ 5 dana) pacijalni odgovor Tr-70 x10⁹ održava se 5 dana i potom se gubi. Primenjeni TPO agonisti 25mg/ dan- bez odgovora, eskalacija -50mg/dan - bez odgovora. Dozom od 75mg postiže se kompletna remisija (CR), pokušano smanjenje dovodi do relapse, odgovor na nivou response (R) održava doza 50mg/75mg.

Potvrđena prva trudnoća zahteva prekid TPO agonista, 3 nedelje od obustave terapije Tr-18 x10⁹, broj se održava uz primenu kortikosteroida (Pronison tbl a 20mg 2x1) do maksimalnih 30x10⁹, bez hemoragijskog sy.

Planirani porođaj od strane ginekologa preduhtrila je beba u 37 NG. Pucanjem vode-njaka i kontrakcijama počinje spontani partus na dan kada su Tr-17x10⁹ . Konzilijarno odlučeno da se porođaj završava operativnim putem. Pacijentica prima lvg (35g i.v.), aferezne trombocite pre i posle operacije . Operacija protekla bez krvarenja, veće posle porođaja Tr-175x10⁹, primenjeni lvg -35g i dan posle, kortikosteroidi smanjivani postepeno, sprovedena profilaksa sa LWMH narednih 15 dana. Prekida se laktacija. Dve nedelje kasnije Tr-14x10⁹ nastavlja se terapija TPO agonistima 75mg dnevno, Tr-167 x10⁹ za 2 nedelje. Krvna slika bebe na rođenju (Le-12x10⁹, Er-4.1x10⁹, Hgb-145g/l, Tr-16 x10⁹), primenjeni lvg ,15 dana po rođenju u bebe uredna krvna slika Tr-175 x10⁹.

Zaključak. Trudnoća u pacijentica sa ITP -om je veliki izazov, porođaj zahteva multidisciplinarni pristup (ginekologa, hematologa, neonatologa i transfuziologa).

Ključne reči: ITP, trudnoća, porođaj

US11 PRIMARNI MEDIJASTINALNI B LIMFOM TERAPIJSKE DILEME, OPCIJA IZLEČENJA – OD TEORIJE DO PRAKSE

S. Sretenović

Univerzitetski klinički centar Kragujevac, Klinika za hematologiju, Kragujevac, Srbija

Uvod. Primarni medijastinalni B krupnoćelijski limfom je redak, visoko agresivan oblik ne Hočkinovog limfoma čineći 5-7 % svih difuznih B krupnoćelijskih limfoma i 2% svih ne Hočkinovih limfoma. Vodi poreklo od medularnih ćelija timusa ima sopstvenu histogenezu. Tipično obolevaju mlade žene u trećoj i četvrtoj deceniji života.

Case report. Muškarac 30 godina, zbog kašlja i pritiska u grudima obraća se lekaru, urađena grafija pluća 2021.g. Viđen proširen medijastinum, urađen MSCT, potom biopsija tumorske promene. Dg: NHL DBCL/PMBL CS II B, aalPI 1, ECOG 0. Primenjena je imunohe-mioterapija R-DA-EPOCH 6 cy, postignuta je kompletna remisija, potvrđena PET/CT-om. Rani relaps šest meseci kasnije. Biopsija kosti – bez infiltracije. Sprovedeno lečenje hemioterapijom DHAP 2cy procenjen odgovor parcijalna remisija, treći DHAP mobilizacioni. Primenjen BEAM kondicioni protokol, TMHČ maja 2023.godine. PET/CT - Tu rest promena SUV max 3.2, sprovedena RT . Kontrolni PET / CT mart 2024.g., relaps sa progresijom - tri ektranodalne lokalizacije. Urađen VATS ponovna biopsija (pleura i žlezda) aprila 2024.g. Dg: NHL DBCL / PMBL CS IV A E (pulmo, hepar et glandula suprarenalis), aalPI 2, ECOG 1. Nastavljeno lečenje (Polatuzumab vedotin +Rituximab+Bendamustin) MSCT nakon 3 cy, odgovor - SD. MSCT posle 6cy progresija bolesti. Bolesnik prikazan Komisiji za lečenje u inostranstvu radi CAR T terapije. Čekajući odgovor primenjuje se HT po protokolu AE. Nastaje aplazija uz komplikovanje gljivičnom infekcijom koja se uspešno sanira . Stiže negativan odgovor . Ponovljen zahtev za CAR T, bolesnik prezentovan konzilijumu hematoonkologa koji prihvata dalje lečenje. Čekajući odgovor, progresija u medijastinumu primenjen COEP. Čekajući odgovor, tumorska masa ispunjava celi levi hemitoraks. Palijacija AE protokol. Odobreno lečenje van zemlje. Bolesnik u dubokoj aplaziji, ECOG status 3/ 4, akutna respiratorna insuficijencija, intubacija, reanimacija i letalni ishod decembra 2024.godine.

Zaključak. Da li je moglo drugačije?

Ključne reči: Primarni medijastinalni B limfom, terapija, transplantacija, relaps, refrakternost

US12 TEŠKA SRČANA INSUFICIJENCIJE TOKOM NEDIJAGNOSTIFIKOVANOG PANHIPOPITUITARIZMA – PRIKAZ SLUČAJA

T. Šuljak¹, A. Šljivar Vranješ²

¹Fond Zdravstvenog osiguranja Republike Srpske

²UKC RS Banja Luka

Hemoragijska groznica sa renalnim sindromom (HFRS) je akutna infektivna zoonoza, koja je uzrokovana Hantavirusima (HNTVs), grupom RNA virusa iz porodice Byniaviride.

Prikaz slučaja. Muškarac 42 godine starosti, dijagnostikovana mu je hemoragijska groznica sa bubrežnim sindromom. Tretiran je simptomatski i ribavirinom tokom 14 dana na Klinici za infektivne bolesti UKC RS. Zbog intenziviranja bolova u kostima i visoke vrijednosti kreatin kinaze (4000 U/L), hospitalizovan na Odjeljenje reumatologije UKC RS, inicijalna vrijednost kortizola je bila 380 nmol L (Table 1) te je isključen hipokorticism. Ehokradiografijom je verifikovana globalno smanjena kontaktilnost miokarda, dilatirana lijeva prekomora i komora, EF procijenjena na 10-15%. Postavljena sumnja na sklerodermiju uz uvođenje metotreksata i visoke doze prednizona (100 mg).

Dvadeset dana nakon otpusta sa reumatologije pacijent hospitalizovan na odjeljenje endokrinologije UKC RS, zbog pogoršanja stanja. Isključena akutna bolest CNS-a (uredan nalaz lumbalne punkcije), isključena akutna infektivna bolest. Ponovljene hormonske analize ukazale na panhipopituitarizam. Inicijalno se uvede levotiroksin, isključi MTX, postepeno se smanji doza prednizona, pacijent se prebaci na hidrokortizon. Takođe, uveden spironolakton. Ehokardiografska studija urađena 15 dana nakon početka supstitucije pokazuje poboljšanje kontraktilnosti miokarda urednim dimenzijama pretkomore i komore i procijenjenom EF od 40%. Urađen NMR hipofize koji je pokazao insuficijenciju selarne dijafagme sa utiskivanjem sasupraselarne cisterne i potiskivanjem parenhima hipofize ka dnu sele u prilog "empty selle".

Pacijent je nakon 15 dana otpušten sa supstitucionom terapijom hidrokortizonom, levotiroksinom, testoteronom i vitaminom D. U terapiji srčane insuficijencije preporučen spironolakton i ramipril. UZ srca nakon 6 mjeseci od uvođenja supstitucione terapije je bio u potpunosti normalan (lijeva komora normalnih dimenzija, EF 58%). Nakon tri mjeseca supstitucione terapije hidrokortizonom, levotiroksinom i testoteronom, EF je poboljšana za 30-35%, dok je nakon šest mjeseci supstitucione terapije, srčana funkcija gotovo u potpunosti normalizovana.

Zaključak. Precizan patogenetski mehanizam koji dovodi do oštećenja hipofize u okviru HFRS ostaje nejasan, jasno je da postoji signifikantna veza i visoka prevalenca hipopituitarizma u okviru HFRS. Ozbiljna srčana insuficijencija može da se razvije u uslovima neprepznatog izolovanog ili potpunog hipopituitarizma.

US13 GASTRIC OUTLET OBSTRUCTION

E. Todorovska¹, A. Ilievska², D. Biljali², A. Karadzinska Petrushevska², V. Ushinova²

¹General Hospital Kumanovo

²Clinical Hospital Shtip

Introduction. Gastric outlet obstruction is a clinical syndrome characterized by epigastric abdominal pain and postprandial vomiting due to mechanical obstruction. Clinical entities that can result in GOO generally are categorized into two well defined groups of causes: benign and malignant. GOO is not a single entity; it is the clinical and pathophysiological consequence of any disease process that produces a mechanical impediment to gastric emptying.

Aim. to determine the main cause for GOO in patients detected in our endoscopic cabinet from Mart 2023 to February 2024.

Material and method. gastroscopically detected 12 patients (8 men, 4 women) with GOO in our endoscopic cabinet from Mart 2023 to February 2024. They were all admitted for hospital treatment -nasogastric tube placement, hydration and correction of electrolyte abnormalities, high dose of proton pump inhibitor intravenous. 4 patients, after histopathologically proven malignant disease, were transferred to digestive surgery. In the remaining 8 patients, after 3 to 6 days, control gastroscopy was performed. The pylorus was passed for the instrument and significant improvement was detected in 7 of them. In 1 patient, because of scarring and fibrosis there was significant stenosis of pylorus. As a candidate for balloon dilatation he was transferred to Clinic of Gastroenterohepatology.

Results. In 8 out of 12 patients peptic ulcer disease was cause for GOO. In 6 of male patient the cause for GOO was chronic peptic disease and in 2 male patients- malignant infiltration of the pyloric region of stomach. In 2 of female patients cause for GOO was infiltration of pancreatic adenocarcinoma and in the 2 female- chronic peptic disease.

Conclusion. benign disease (peptic ulcer disease) was the cause for majority of cases of GOO due to peptic ulcer disease is common in our region. However, recent studies show that only 37% of GOO in developed countries (because of decline of peptic ulcer disease) have benign disease and the remaining patients have obstruction secondary to malignancy.

US14 METASTATIC MALIGNANT MELANOMA OF THE STOMACH

E. Todorovska¹, D. Biljali², V. Ushinova²

¹General Hospital Kumanovi

²Clinical Hospital Shtip

Introduction. Gastrointestinal (GI) melanomas are uncommon and a stomach is a rare site for metastasis and accounts for 27% of the cases with GI tract metastatic melanoma. Clinical manifestations are usually nonspecific and many patients are asymptomatic until the disease progresses further, but may be present with nausea, vomiting, weight loss, abdominal pain, hematemesis, melena and iron deficiency.

Aim. aim of these case presentation is to show unusual malignancy of digestive tract.

Case presentation. 59 year old woman, first consultation in our endoscopic cabinet for gastroscopy. She reports weight loss in last 3 months and non-specific abdominal discomfort. Laboratory tests (blood and urine samples) were unremarkable. Abdominal ultrasound shows multiple heterodense lesions in the liver suspicious for metastases. CT of abdomen and thorax with i.v. contrast was recommended but she refused. An upper GI endoscopy was done and the finding showed multiple small (~3mm) oval, superficial lesions with dark coloration in the antrum and corpus of the stomach. Eight biopsy samples for pathological examination were taken. Immunohistochemic analyses reported positivity for HMB-45 in infiltrating discohesive cells and negative cytokeratin in these cells. The result was compatible with metastatic melanoma. Primary focus was unknown. The patient was advised chemotherapy and immunotherapy but she refused. One month later because of total loss of vision in the left eye she undergo detail ophthalmological examination and huge retinal pigment lesion was found that was highly suspicious for primary melanoma of retina. She has had blurred vision for six month but has not given any importance. She refused further examination and treatment.

Conclusion. Metastatic melanoma of the digestive tract is an unusual malignancy with a very poor outcome. After the skin, retina is the second most common area for primary melanoma. Metastases to the GI tract usually occur in the liver, small bowel, colon, and stomach, respectively. Although the disease in these stage has a very poor prognosis and the survival time is too short early diagnosis is important to the appropriate assessment of patients as candidates for surgical interventions.

Poster prezentacije



PP01 VIŠESTRUKA FRAKTURE KAO PRVA MANIFESTACIJA PRIMARNOG HIPERPARATIREOIDIZMA

T. Baltić¹, T. Petrović Nikolić¹, D. Milanović¹, Z. Skurić², J. Bjekić Macut^{1,3}

¹Odeljenje endokrinologije, KBC Bežanijska kosa, Beograd

²Odeljenje onkologije, KBC Bežanijska kosa, Beograd

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod. Primarni hiperparatireoidizam (PHP) je najčešći uzrok hiperkalcemije u ambulantnoj populaciji, najčešće usled benignog adenoma paratireoidne žlezde. Karakteriše ga povišen PTH, hiperkalcemija i hipofosfatemija, sa mogućim oštećenjima skeleta, bubrega i neurokognitivne funkcije. Danas se najčešće otkriva u asimptomatskoj fazi, ali kod neprepoznatih i nelečenih pacijenata bolest može napredovati tiho, sa značajnim kliničkim posledicama. Prikazujemo pacijentkinju kod koje su višestruki prelomi bili prva manifestacija nediagnostikovanog uznapredovalog PHP, u kontekstu brojnih komorbiditeta.

Prikaz slučaja. Pacijentkinja starosti 69 godina, hospitalizovana je zbog izražene hiperkalcemije (ukupni Ca 3,91 mmol/L, jonizovani Ca 1,63 mmol/L) i multiplih patoloških fraktura. Od ranije je poznato da pacijentkinja ima više komorbiditeta, uključujući anginu pektoris, hipertenziju, LBBB, anemiju, peptičnu ulkusnu bolest, šećernu bolest tipa 2 i polinodoznu strumu. Prvi prelom vrata desnog femura, dogodio se tokom rutinske aktivnosti, a usled komplikacija tokom operacije dolazi i do preloma butne kosti. Mesec i po dana kasnije, u ležećem položaju, nastaje fraktura levog kuka. Radiološki su potvrđene i brojne osteolitičke lezije aksijalnog i apendikularnog skeleta. Po prijemu je registrovana vrednost PTH od 2587 pg/mL. Retrospektivnim uvidom u medicinsku dokumentaciju ustanovljeno je da su vrednosti PTH tokom prethodne godine bile višestruko povišene (>3000 pg/mL), bez sprovedene endokrinološke evaluacije. PET/CT sa fluoroholinom identifikovao je patološki metabolički aktivnu leziju u desnom reznju štitaste žlezde. Indikovana je i sprovedena desnostrana tireoidektomija sa paratireoidektomijom. U ranoj postoperativnoj fazi razvijen je izražen hungry bone sindrom. Iprkos adekvatnoj parenteralnoj i oralnoj nadoknadi kalcijuma, magnezijuma i vitamina D, osmi postoperativni dan pacijentkinja je doživela kardiorespiratorni arrest sa razvojem ireverzibilne encefalopatije i letalnim ishodom.

Diskusija. Slučaj ukazuje na komplikovanu kliničku sliku neliječnog PHP kod starijih pacijenata. Višegodišnja hiperkalcemija dovodi do značajnih oštećenja skeleta i opšteg stanja. Postoperativne komplikacije poput hungry bone sindroma mogu dodatno ugroziti život. Važno je rano prepoznavanje bolesti i multidisciplinarni pristup u lečenju.

Zaključak. Primarni hiperparatireoidizam se mora pravovremeno dijagnostikovati kako bi se izbegle teške komplikacije. Slučaj naglašava potrebu za edukacijom lekara primarne zdravstvene zaštite i važnost ranog upućivanja endokrinologu.

PP02 TERAPIJA OBOLELIH OD TEŠKE ASTME

S. Belić^{1,2}, N. Đurđević^{1,2}, M. Stjepanović^{1,2}

¹Klinika za pulmologiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Grupa autora je pojam teške astme definisala kao astma koja je nekontrolisana, uprkos dobroj adherenci sa optimizovanom visokom dozom inhalatornih kortikosteroida uz dugodelujuće agoniste beta-2-receptora i tretmanom dodatnih faktora, ili astma koja se pogoršava kada se visoka doza terapije smanji. Oko 5% pacijenata od svih dijagnostikovanih svrstavamo u ovu grupu.

Lečenje astme zahteva multidisciplinarni pristup, u smislu edukacije pacijenta, smanjivanja ili ukoliko je moguće otklanjanje izlaganju alergijskih trigera iz spoljašnje sredine, lečenje komorbiditeta i individualno prilagođavanje medikamentne terapije za svakog pacijenta. Optimizovana terapija za ove pacijente predstavlja primenu srednje ili visoke doze inhalatorne kortikosteroidne terapije (u određenim situacijama potrebno je uvođenje i oralne korikosteroidne terapije), uz dugodelujuće agoniste beta-2-receptora i antagonist muskarinskih receptora ili antileukotrijena, u skladu sa stepeničastom terapijom koju propisuju međunarodni vodiči. Takođe ovi pacijenti moraju biti češće kontrolisani (fiziklani pregled, spirometrija, FeNO, praćenje biomarkera u krvi, ACT..).

Uprkos svim preduzetim merama, određena grupa pacijenata i dalje ima nekontrolisanu bolest. Biološka terapija poslednjih nekoliko godina je napravila revoluciju u lečenju ovih pacijenata. Prema podacima nekoliko studija oko 80% pacijenata koji su započeli biološku terapiju prijavljuje smanjenje egzacerbacija i/ili redukciju doza oralnih kortikosteroida za više od 50%. Takođe, jedna četvrtina pacijenata, za godinu dana terapije, ima normalne vrednosti disajne funkcije, niti jednu egzacerbaciju i obustavu primene oralnih kortikosteroida. Različiti lekovi u sklopu biološke terapije za tešku astmu nisu upoređivani u direktnim ispitivanjima, a indirektna poređenja su pokazala različite rezultate. Svaki lek ima posebne indikacije, doziranje i profile neželjenih efekata na osnovu kliničkih ispitivanja. Na primer, samo pacijenti sa povišenim nivoom IgE i dokazom o atopiji su kandidati za omalizumab; potom pacijenti sa povišenim brojem eozinofila su kandidati za anti-IL-4R, anti-IL-5 ili anti-IL-5R terapije, itd. Bez obzira na prijavljene dobre rezultate, oko 50% pacijenata i dalje ima delimično nekontrolisanu bolest nakon inicijacije biološke terapije. Za pacijente koji ne ispunjavaju indikacije ili nisu reagovali na biološku terapiju, primena azitromicina može pružiti određenu korist u smanjenju broja egzacerbacija. Bronhijalna termoplastika takođe može biti opcija za one koji ispunjavaju druge specifične kriterijume.

Savremeni pristup terapiji teške astme značajno je unapredio kontrolu bolesti kod pacijenata refraktarnih na standardnu terapiju. Uvođenje bioloških lekova omogućilo je efikasniju kontrolu simptoma, smanjenje egzacerbacija i poboljšanje kvaliteta života pacijenata. Naravno, potrebna su dalja istraživanja kako bi se preciznije definisali terapijski protokoli i proširila dostupnost inovativne terapije.

PP03 NEWLY DIAGNOSED HYPOTHYROIDISM ASSOCIATED WITH PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE - CASE REPORT

S. Dokuzova, N. Velickova, M. Kamceva Gjorgjievska

Faculty of Medical Sciences, Goce Delcev University, Stip, North Macedonia

Introduction. Peripheral artery disease (PAD) is a common circulatory problem resulting from narrowing or blockage of arteries that reduced blood flow to the limbs, often leading to pain and mobility issues. Hypothyroidism is a condition where the thyroid gland does not produce enough thyroid hormones, it can cause a number of systemic effects including vascular implications. The potential mechanisms linking hypothyroidism and PAD are endothelial dysfunction, blood pressure changes, dyslipidemia and low grade systemic inflammation.

Aim of the study is to observe highlighted potential links between thyroid status and PAD severity. Also to investigate the potential association between thyroid dysfunction and vascular pathology, considering endocrine causes in patients presenting with peripheral arterial symptoms.

Materials and methods. A 67 years old female patient with a medical history of hypertension and hyperlipidemia presented to internal department with worsening claudication symptoms, poor ability to tolerate cold, fatigue and sinus bradycardia confirmed on electrocardiogram. She reported intermittent pain in her calves during walking which impaired with rest. Physical examination revealed decreased pulses in the lower extremity and the presence of non healing ulcers. Doppler ultrasonography confirmed significant stenosis in the superficial femoral artery and blood tests indicated elevated thyroid stimulating hormone (TSH) with low free thyroxine (FT4) levels, confirming hypothyroidism. Physical examination was focused on vascular and endocrine systems.

Results and conclusion. The patient was started on levothyroxine therapy to correct her hypothyroid state. Lifestyle modification and supervised exercise programs were recommended for PAD management. Follow up assessments showed improved symptoms. It's very important to recognize the potential interplay between PAD and hypothyroidism. Proper management of thyroid hormone levels can significantly improve vascular health and patient outcomes.

Key words: peripheral artery disease, hypothyroidism, thyroid stimulating hormone

PP04 COMBINED STATIN THERAPY IN PERIPHERAL ARTERY DISEASE AT FEMALE PATIENT – A CASE REPORT

S. Dokuzova, N. Velickova, M. Gjorgjievska Kamceva

Faculty of Medical Sciences, Goce Delcev University, Stip, North Macedonia

Introduction. Peripheral artery disease (PAD) is a manifestation of systemic atherosclerosis and is associated with significant morbidity and mortality. Statins are known to improve endothelial function, reduce inflammation and stabilize atherosclerotic plaques. PAD affects over 200 million individuals worldwide and women with this condition are often underdiagnosed and may present with atypical symptoms, leading to delayed treatment and worse outcomes. Dyslipidemia plays a key role in the pathogenesis of PAD, and lipid lowering therapy is a cornerstone in its management. We present a case emphasizing the beneficial effects of combined statin therapy in a female patient with PAD.

Aim od the study is to observe-highlight the clinical benefits of combined statin therapy (rosuvastatin and ezetimibe) in improving symptoms and vascular function in a female patient with PAD and multiple cardiovascular risk factors.

Materials and methods. A 67 years old female with a 25 years history of type 2 diabetes, hypertension and dyslipidemia presented to our internal department with worsening intermittent claudication in both legs over the past 8 months. Duplex ultrasound revealed moderate to severe stenosis in the superficial femoral arteries bilaterally. Laboratory investigations included a full lipid panel, fasting glucose, HBA1C, renal function tests and liver function tests. The patient was initiated on high intensity statin therapy with rosuvastatin 20 mg once daily, combined with ezetimibe 10 mg daily. Her baseline LDL was 5,3 mmol/l.

Results. Follow up evaluation were conducted at 3 and 6 months. After 6 months LDL dropped to 2,3 mmol/l, patient reported significant reduction in claudication symptoms, improved walking distance and no adverse effects were reported.

Conclusion. This case illustrates the positive effect of combined statin therapy in a female patient with PAD, leading to lipid control, symptomatic improvement and better perfusion. Combined statin therapy should be strongly considered in PAD patients, especially those with coexisting diabetes and dyslipidemia.

Key words: peripheral artery disease, statin therapy, claudication

PP05 POLICITEMIJA VERA KAO UZROK PORTNE HIPERTENZIJE

M. Dragović¹, D. Popović^{1,3}, N. Pijanović², N. Panić¹,
M. Marjanović-Haljlilji¹, D. Blagojević¹, S. Kiurski¹, A. Knežević¹, B. Filipović^{1,3}
¹KBC „Dr Dragiša Mišović- Dedinje“, Klinika za internu medicinu, Odeljenje gastroenterologije
²KBC „Dr Dragiša Mišović- Dedinje“, Klinika za hirurgiju
³Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, KCS, Beograd

Uvod i cilj. Policitemija vera (PV) je hronično mijeloproliferni oboljenje koje karakteriše klonska proliferacija eritrocita, koštane srži i megakariocita. Pacijenti sa PV imaju povećan rizik od venskih i arterijskih tromboza, sa incidencom od 0.4-2.8 na 100.000 osoba godišnje i sa prevalencijom tokom života od 20-30%. Tromboza portne vene kod pacijenata sa PV je čest uzrok za nastanak necirotične portne hipertenzije (NCPH) sa svim njenim komplikacijama. Kliničke manifestacije NCPH podrazumevaju i umerenu do masivnu splenomegaliju, sa ili bez hipersplenizma, dok je funkcija jetre očuvana.

Prikaz slučaja. Pacijentkinja starosti 57 godina je primljena radi ispitivanja uzroka dve epizode hematemeze, poslednji put 2 nedelje pre prijema. Druge tegobe od strane digestivnog trakta negira. Pre 7 godina dijagnostikovana PV, splenektomisana. Leči se od hipotireoze.

Na prijemu pacijentkinja je svesna, orjentisana, afebrilna, eupnoična, acijanotična, anikterična. Nalaz na glavi i vratu je uredan. Nalaz na srcu i plućima je uredan. Hemodinamski stabilna. Abdomen lako iznad nivoa grudnog koša, mek, palpatorno bolno neosetljiv, bez organomegalije i ascitesa. Prisutan stari ožiljak od leve subkostalne laparotomije. Na obe potkolenice varikoziteti.

U laboratorijskim analizama na prijemu prisutne makrocitoza i trombocitoza. Biohemijske, imunološke i virusološke analize u referentnom opsegu. Koagulacioni status i nalaz ROTEM-a normalni. Ultrasonografski i kompjuterizovanom tomografijom detektovane steatozna jetra sa dva hemangioma, kao i kavernožno transformisana portna vena. Ezofagogastroduodenoskopijom registrovano prisustvo velikih variksa jednjaka, variksa forniksa, portne hipertenzivne gastropatije i variksa duodenuma. Nalaz kolonoskopije je bio uredan. Pacijentkinja je lečena inhibitorima protonske pumpe, neselektivnim beta blokatorima, niskomolekularnim heparinom, simptomatskom i suportivnom terapijom. Na kontroli nakon 3 meseca, pacijentkinja se subjektivno dobro oseća, nije imala recidive krvarenja. Nastavljeno sa predhodnom propisanom terapijom.

Zaključak. Iako je ciroza jetre najčešći razlog za nastanak portne hipertenzije sa svim njenim komplikacijama, u diferencijalnoj dijagnozi je neophodno razmišljati i o ređim uzrocima, uključujući i mijeloproliferativne bolesti.

Ključne reči: portna hipertenzija; policitemija vera; variksi; gastrointerstinalno krvarenje

PP06 PRIKAZ SLUČAJA – KRONOVA BOLEST I EOZINOFILNI DUODENITIS

M. Dukić, T. Gmizić, M. Branković

KBC "Bežanijska kosa", Beograd

Uvod. Inflamatorne bolesti creva (IBC) kao i eozinofilne bolesti digestivnog trakta predstavljaju multifaktorske hronične bolesti čija etiologija do danas nije razjašnjena. Među eozinofilnim bolestima digestivnog trakta najistaknutiji jeste eozinofilni ezofagitis, ali se udruženo sa Kronovom bolesti i ulceroznim kolitisom sreću i drugi entiteti, kao na primer eozinofilni duodenitis. Retki slučajevi gde se ovi entiteti sreću udruženo predstavljaju, kako dijagnostički, tako i terapijski izazov.

Prikaz slučaja. Pacijentkinji starosti 27 godina dijagnoza Kronove bolesti ileo-kolonične lokalizacije postavljena je endoskopski i patohistološki (PH) verifikovana avgusta 2024. godine. Na učinjenoj magnetnoj enterografiji je viđeno zadebljanje terminalnog ileuma, dok je ostali nalaz bio uredan. Gornjom endoskopijom viđeni su znaci gastritisa i erozivnog duodenitisa. PH nalaz biopsija uzetih iz želuca ukazao je na reaktivnu gastropatiju, a PH nalaz biopsija duodenuma odgovara erozivnom duodenitisu. Mikrobiološkim analizama isključena je mogućnost postojanja crevnih i drugih infekcija, a serološki i PH mogućnost postojanja celijakije. Quantiferon GOLD test bio je negativan. Kod pacientkinje je inicijalno započeta terapija Budesonidom na koju dolazi do delimičnog poboljšanja u vidu diskretnog smanjenja broja stolica, međutim dispeptične tegobe i bolovi u gornjim partijama trbuha perzistiraju. Ponovo je učinjena gornja endoskopija na kojoj su uzete multiple biopsije želuca i viđenog dela duodenuma, a ovog puta PH nalaz ukazao je na postojanje eozinofilnog duodenitisa. Prema dostupnoj literaturi u slučaju preklapanja ovog entiteta i Kronove bolesti, a nakon isključenja mogućnosti postojanja infekcija i alergija, postoje podaci o efikasnosti primene biološke terapije, pre svega Vedolizumaba te je kod pacientkinje započeta terapija po standardnom indukcionom protokolu. Nakon završene indukcije pacientkinja je bez dispeptičnih tegoba i bolova u trbuhu sa 1-2 formirane stolice dnevno te je nastavljena terapija održavanja po standardnom protokolu.

Zaključak. IBC predstavljaju dijagnostički izazov, posebno kada postoji mogućnost preklapanja sa drugim bolestima digestivnog trakta. Eozinofilne bolesti digestivnog trakta, iako retke, javljaju se povremeno udruženo sa IBC zbog čega moramo misliti na njih i obezbediti individualni pristup pacijentu i terapiji. Samo na taj način postižu se najbolji efekti po zdravlje pacijenta i mogućnost nastanka komplikacija svodi na minimum.

PP07 KAKO PREPOZNATI BOLESNIKA SA TEŠKOM ASTMOM IZ UGLA INTERNISTE

N. Đurđević^{1,2}, S. Belić^{1,2}, M. Stjepanović^{1,2}

¹Klinika za pulmologiju, Univerziteti Klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Teška astma predstavlja ozbiljan oblik astme koji se ne može adekvatno kontrolisati standardnim terapijama, uključujući visoke doze inhalacionih kortikosteroida (IKS) i bronhodilatatore. Iz ugla interniste, prepoznavanje teške astme zahteva detaljan pristup koji uključuje kliničku procenu, dijagnostičke testove i razumevanje specifičnih karakteristika ove bolesti s obzirom na to da teška astma nije jedinstvena bolest i može se manifestovati na različite načine. Kliničke karakteristike teške astme poput upornog kašalj, stezanja u grudima i otežanog disanja, kratkoće daha pri minimalnoj fizičkoj aktivnosti, isprekidan govor, zbunjenost ili uznemirenost tokom pogoršanja simptoma uz čestu upotrebu reljevera značajno remete kvalitet života ovih pacijenata. Simptomi mogu biti nepredvidivi i javljati se tokom dana i noći. Razlikovanje teške astme od drugih respiratornih i sistemskih stanja ključno je za pravilnu dijagnozu i efikasno lečenje s obzirom da mnoge bolesti imaju slične simptome što može dovesti do grešaka u dijagnozi, pa diferencijalno dijagnostički najčešće razmišljamo u pravcu postojanja hronične opstruktivne bolesti pluća, srčane insuficijencije, gastroezofagusne refluksne bolesti, disfunkcije glasnih žica, anksioznosti i depresije. Internista treba da sprovede sveobuhvatan dijagnostički postupak koji uključuje: detaljnu anamnezu u smislu procene učestalosti, trajanja i težine simptoma, kao i odgovora na prethodnu terapiju, fizikalni pregled, spirometriju sa bronhodilatatornim testom, analize krvi u cilju određivanja broja eozinofila, niva ukupnog IgE i specifičnog IgE, analizu zapaljenjskih ćelija u sputumu, određivanje nivoa FeNO u izdahnutom vazduhu (frakcijski izdahnuti azotni oksid), testiranje na alergene tj identifikacija potencijalnih okidača pogoršanja simptoma. Fenotipizacija pomaže u razumevanju specifičnih karakteristika bolesti. Analizom ovih parametara lekar može odrediti specifičan oblik teške astme što omogućava personalizovani pristup lečenju. Takođe se mora napomenuti važnost pridržavanja terapijskog režima, pravilne primene terapije uz adekvatnu edukaciju pacijenata. Pravilna dijagnoza teške astme zahteva isključivanje ovih faktora i potvrdu da simptomi nisu podložni kontroli standardnom terapijom. U zaključku, možemo reći da prepoznavanje bolesnika sa teškom astmom zahteva sveobuhvatan pristup koji uključuje detaljnu kliničku procenu, funkcionalne testove i analizu odgovora na terapiju. Internista treba da bude oprezan u dijagnostici i da razmotri sve moguće uzroke simptoma kako bi pružio adekvatnu i efikasnu terapiju pacijentima sa teškom astmom.

PP08 TRACHEITIS PROLONGATA, ETIOLOGIJA, LEČENJE I PREVENCIJA, I GREŠKE U DIJAGNOSTICI, TERAPIJI I PREVENCIJI

I. Gašanin

Dom zdravlja Sjenica

Uvod. Etiologiju, lečenje i prevenciju prolongiranog traheitisa (Tracheitis koji traje duže od 15 dana) prikazala sam u naučnom radu "Lečenje prolongiranog traheitisa u Dispanzeru plućnih bolesti u Sjenici od 1991-1995." (Jugoslovenski pulmološki dani, Bečići 1996.; Pneumon supplement, str. 96.).

Cilj rada. Dokazati da prevencija i adekvatno lečenje mogu dovesti do sanacije prolongiranog traheitisa.

Metode i rezultati. U naučnom radu prikazala sam lečenje 135 obolelih od prolongiranog traheitisa sa upornim kašljom 3-24 meseca (kasnije su se na lečenje javljali i pacijenti koji su uporno kašljali 3-6 godina).

Osnovni etiološki faktor traheitisa je rashlađivanje traheje sa ili bez implantacije virusa. Najčešće se rashlađivanje dešava uzimanjem hladnih i gaziranih napitaka... Kada se postigne iritabilnost, onda nadražajni kašalj može uzrokovati i: smeh, govor, mirisi, osećaj topline. Svi lekovi koji imaju vazodilatatorno dejstvo mogu uzrokovati nadražajni kašalj. Posle ponavljanih traheitisa može se razviti alergija. Ako je dokazana alergija oboleli su lečeni antihistaminicima. Kod svih pacijenata saniram prolongirani traheitis primenom adekvatnih doza Amynophyllina (Prim. dr G.Isma "Terapijski efekat bronhodilatatora i moguć mehanizam dejstva", Časopis "Sanamed" SLD, 2008., strana 35-40.,- naučni rad prikazan na više kongresa), antibiotika širokog spektra ako postoje znaci bakterijske inflamacije (naučni rad Prim.dr G.Isma, "Auskultacija kašlja kao bitan i obavezan dijagnostički metod u pulmologiji", -V Kongres interne medicine Jugoslavije, Beograd 1999., Zbornik radova, str.121.,- Jugoslovenski pedijatrijski dani, Niš, 1999. Zbornik radova, str.19.), primenom kortikosteroida u aerosola u dozi zavisno od težine i trajanja inflamacije i Ketotifena još 15 dana posle sanacije kašlja.

Posle objavljivanja mog naučnog rada, dostupnosti mog specijalističkog izveštaja i visokog efekta lečenja prolongiranog traheitisa, lekari od samog početka neproduktivnog kašlja uključivali Amynophyllin i ne retko kortikosteroide što je najčešće prolongiralo Tracheitis.

Odlaskom u penziju, zbog prezauzetosti lečim obolele koji su lečeni u susednim Zdravstvenim centrima bez značajnog terapijskog efekta. U poslenjih 5 godina lečila sam 15 slučajeva prolongiranog traheitisa (9 žena i 6 muškarasa). Primenom adekvatne terapije uz prevenciju sanirani su svi prolongirani traheitis.

Zaključak. Prolongirani traheitis se sanira adekvatnom terapijom i prevencijom, "bez rashlađivanja traheje i pregrevavanja", izbegavanjem svih iritansa, alergena, odnosno svih faktore koju uzrokuju vazodilataciju ili vazokonstrikciju, i postepenu adaptaciju na etiološke faktore.

PP09 MORFOLOŠKI I PATOHISTOLOŠKI NALAZ LEZIJA DEBELOG CREVA KOD BOLESNIKA SA I BEZ POZITIVNE PORODIČNE ANAMNEZE NA KOLOREKTALNI KARCINOM

T. Gmizić, M. Dukić, M. Branković

KBC "Bežanijska kosa", Beograd

Uvod i cilj. Morfološki, polipi kolona mogu biti sesilni, ravni i pedunkulirani. Sa druge strane, tumori sa lateralnim širenjem (LST) su nepolipoidne, ravne lezije, dijametra preko 10 mm. Patohistološki (PH), kolorektalne lezije mogu biti neoplastične i ne-neoplastične. Poznato je da neoplastične progrediraju u kolorektalni karcinom (KRK), te je ključno identifikovati ih u ranoj fazi i ukloniti. Cilj ovog istraživanja bio je da se uporede demografski podaci i karakteristike lezija debelog creva kod pacijenata sa i bez pozitivne porodične anamneze (PA) za KRK.

Metode. Ovo istraživanje sprovedeno je u KBC "Bežanijska kosa" od januara 2014. do decembra 2019. godine i obuhvata 84 pacijenta. Baza podataka obuhvata demografske podatke, broj, veličinu, morfologiju i lokalizaciju lezija debelog creva i njihove PH nalaze. Kolonoskopije su obavljane videokolonoskopom Olympus CF-H170L. Statistička analiza je izvršena korišćenjem softvera IBM SPSS.

Rezultati. Od 84 pacijenta, 46 su muškarci i 38 žene, starosti od 37 do 82 godine. Pozitivnu PA za KRK imalo je 39 pacijenata (46,4%), 43,5% su muškarci, a 50% žene. Najčešći PH nalazi su bili adenomi niskostepene displazije, zatim adenomi visokostepene displazije i na kraju hiperplastični polipi. Nije bilo statistički značajne razlike između starosti pacijenata i broja kolorektalnih lezija (p -vrednost=0,223). Kod pacijenata sa i bez pozitivne PA za KRK, najčešće je primećena samo jedna lezija i uglavnom je bila lokalizovana u levom kolonu. Pored toga, kod pacijenata sa pozitivnom PA za KRK, sesilni polipi su bili najčešći (53,8%), potom negranularni tip LST (20,5%), pedunkulirani polipi (12,8%), ravni polipi (10,3%) i granularni tip LST (2,6%). Nije bilo statistički značajne razlike u morfologiji lezija između pacijenata sa i bez pozitivne PA za KRK (p -vrednost=0,523). Štaviše, nije bilo statistički značajne razlike u veličini lezija između ove dve grupe (p -vrednost=0,886). Najčešći PH nalaz u obe grupe bio je adenom niskostepene displazije (kod preko 70% pacijenata), tako da nije bilo statistički značajne razlike u PH nalazima između ove dve grupe (p -vrednost=0,981).

Zaključak. Dobro poznati faktor rizika za nastanak KRK je pozitivna PA za isti. Ovde je pokazano da pozitivna PA za KRK nema uticaj na morfologiju kolorektalnih lezija kao mogućih prekursora karcinoma, niti na njihove PH nalaze. Ipak, potrebna su dalja istraživanja koja bi ovo potvrdila.

PP10 GLP-1 AGONISTI U TERAPIJI DIJABETESA TIP 2 – PRIKAZ SLUCAJA

S. Ilić

Dom zdravlja Niš

Agonisti receptora glukagona-GLP1 otvorili su nove mogućnosti u terapiji dijabetesa tip 2. Najnovije terapijske preporuke u lečenju DM tip2 postavlja ovu grupu lekova (semaglutid) u najranijoj fazi lečenja (nakon terapije metforminom) ali i kasnije kao vrlo efikasnu dopunu insulinskoj terapiji. Lekovi iz ove grupe vezivanjem za GLP-1 receptore oponašaju efekte endogenog inkreatinina glukagonu sličnog peptida. Nas prikaz slučaja je pacijent muskog pola, starosti 61 godina, koji boluje od DM tip 2 unazad više od deset godina, i kod koga uprkos promenama terapije nije postignuta dobra glikoregulacija. Pacijent je na intenziviranoj insulinskoj terapiji i ona je uslovlila značajan porast telesne težine i rizik od hipoglikemiskih epizoda. Pacijent je tokom lečenja bio na bifaznom insulinskom analogu, koji je zamenjen bolusnim insulinskim analogom u visokoj dozi 140j u kombinaciji sa brzodelujućim insulinskim analogom tri puta po 40j i metforminom 2000mg. Pacijentu je na ovu terapiju dodat semaglutid (GLP-1) u početnoj dozi 0,25 mg jedanput nedeljno sa povećanjem doze do 1mg jedanput nedeljno. U prvih 6 meseci postignuta je značajna redukcija HbA1c od 10,1% do 7,6% i smanjenje jutarnje glikemije 7,6mmol/l. Nakon godinu dana terapije vrednosti HbA1c su 6,3% i jutarnja glikemija 6,1mmol/l uz značajno smanjenje doze insulina (bolus insulin 100j i brzodelujućeg 3x20j). Takođe doslo je do značajne redukcije TT za 15kg i smanjenja obima struka za 5cm. Može se zaključiti da kombinacija semaglutida i insulinskih analoga u intenziviranoj terapiji dovodi do visoke efikasnosti terapije za gojazne pacijente obbolele od DM tip2 u dužem vremenskom periodu.

PP11 PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTA SA MIOPERIKARDITISOM

M. Isailović-Keković, P. Keković

Z.C. Prokuplje, Inter Kardija 027

Uvod. Akutni miokarditis je bolest srčanog mišića izazvana zapaljenjem uzrokovanim infektivnim procesom, ali može nastati i kao posledica toksičnog ili autoimunog oštećenja u kome sopstveni imunološki sistem napada srčani mišić. Virusna infekcija se na srce najčešće proširi u toku upale disajnih puteva (npr. Covid19 pneumonije) ili u toku crevne infekcije kod enterovirusa.

Cilj. Cilj ovog rada jeste prikazati pacijenta sa slikom akutnog mioperikarditisa.

Prikaz slučaja. Pacijent muškog pola starosti 22 godine dolazi u Odeljenje urgentne medicine (OUM) zbog bola u grudima, povišene telesne temperature (TT), prolivastih stolica. Pet dana pre prijema je imao po 10 prolivastih stolica na dan, praćenih povišenom TT. Na dan prijema osetio je jak bol iza grudne kosti, u trajanju od nekoliko minuta, spontano prestaje i ponovo se javlja, bez širenja u okolinu. Na prijemu u OUM afebrilan, tahikardičan, vrednosti krvnog pritiska 140/100 mmHg, na elektrokardiogramu slika inkompletnog bloka desne grane. U biohemijskim analizama vrednost AST-77 U/L, kreatinin-112 μ mol/L, LDH-238 U/L, CK-MB-107 U/L, CRP-43,2 mg/L, troponin-18704,70 μ g/ml, dok su ostali nalazi bili u granicama referentnih vrednosti (uključujući i vrednost mioglobina). Odmah je urađen i ehokardiografski pregled srca na kom se verifikuje uvećana desna komora, trivijalna trikuspidna regurgitacija, hiperehogenost perikarda uz manji perikardni izliv. Nakon primljene rehidracije, analgetske i antibiotske terapije biva upućen u Kliniku za KVB Niš radi daljeg praćenja i lečenja. Nakon lečenja na Klinici za KVB (Dg: Myopericarditis ac.) urađen je MR srca: Očuvana je sistolna funkcija leve komore (EF 57%) kao i drugi parametri apsolutni i indeksirani prema BSA, bez segmentnih poremećaja kinetike, uredne debljine zidova. Redukovana je sistolna funkcija desne komore (EF 38%) koja je uvećana, EDV prema BSA iznosi 131 ml/m², naglašene trabekulacije, bez ubedljivih segmentnih poremećaja kinetike. Subepikardno LGE sa edemom mezokardijalno i subepikardno u inferiornom zidu bazalno i u lateralnom zidu medijalno i apikalno ide u prilog akutnom miokarditisu. LGE zahvata 9% mase miokarda. Manji perikardni izliv. Znači perikarditisa. Manji obostrani pleuralni izliv. Dva meseca nakon hospitalizacije zbog ventrikularnih ekstrasistola uočenih na 24h monitoring EKG-a u terapiju je uključen beta blokator uz polivitaminsku terapiju. Pri sledećem kontrolnom pregledu bez subjektivnih tegoba i poremećaja srčanog ritma.

Zaključak. Ovo oboljenje je među vodećim uzrocima *izenadne smrti* kod sportista i zato ni na koji način ne treba potceniti komplikacije virusnih infekcija i rizik za pojavu miokarditisa. Pravovremenom dijagnozom spašavamo živote naših pacijenata.

PP12 KALLMANN-OV SINDROM – PRIKAZ SLUČAJA

Ž. Ivošević, A. Đukić

Univerzitetski klinički centar Kragujevac, Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma

Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, Katedra za internu medicinu

Uvod. Kallmann-ov sindrom predstavlja redak genetski poremećaj koji nastaje usled poremećaja migracije GnRH-neurona tokom embrionalnog razvoja. Glavna obeležja ovog sindroma su hipogonadotropni hipogonadizam i gubitak čula mirisa. Klinički se manifestuje izostankom sekundarnih seksualnih karakteristika, nezrelošću gonada, odloženim ili potpuno izostalim pubertetom, infertilnošću i poremećajima čula mirisa u vidu hipo ili anosmije, kao i drugim razvojnim anomalijama. Za postavljanje dijagnoze potrebno je proveriti bazalni hormonski status, hCG test, pregled urologa/ginekologa i UZ urotrakta, UZ srca, DXA osteodenzitometrija, NMR selarne i olfaktorne regije, dok su genske analize korisne za potvrdu dijagnoze.

Prikaz slučaja. Pacijent uzrasta 20 godina, normalnog muškog kariotipa (46, XY), hospitalizovan radi ispitivanja uzroka izostanka sekundarnih seksualnih karakteristika. Klinički registrovane evnuhoidne proporcije tela i nepostojanje sekundarnih seksualnih karakteristika, a lokalni nalaz na genitalijama ukazuje na prepubertalni stadijum (Tanner I/II). Od kliničkih stigmata Sy Kallmann registrovano visoko nepce i hipo/anosmija. Bazalno u dva navrata registrovane niske vrednosti testosterona, estradiola i niske/niskonormalne vrednosti gonadotropina (rađeno 2 puta iz pool-ovanog seruma). Vrednosti ostalih androgena (Androstendion i DHEA-SO4) u referentnim opsezima, registrovana normokortizolemija i ACTH, normoprolaktinemija, klinički i laboratorijski eutiroidan uz negativne autoimunske markere, niža vrednost IGF1. LHRH test ukazuje na u potpunosti zadovoljavajući odgovor LH i FSH tokom testa. DXA osteodenzitometrija otkriva sarkopeničan tip raspodele masnog tkiva uz prisutnu osteoporozu (dominantno na kičmenom stubu). NMR hipofize otkriva ekspanzivnu promenu 3x2x3mm, ne registruje se sekretorna aktivnost. Tokom hospitalizacije pacijent tretiran LHRH (u dijagnostičke svrhe). Do sada pristigli rezultati i celokupna klinička prezentacija ukazuju na postojanje hipogonadotropnog oblika hipogonadizma (verovatno hipotalamusna lokalizacija poremećaja), razvijenog u okviru Kallmann-ovog sindroma. Planirana je terapija gonadoliberinima uz pomoć spoljašnje portabilne pulzatilne pumpe (pokrenut administrativni postupak za nabavku Relefact LHRH amp.).

Zaključak. Kallmann-ov sindrom predstavlja redak oblik hipogonadotropnog hipogonadizma sa karakterističnim udruženim gubitkom čula mirisa, koji nastaje usled poremećaja

POSTER PREZENTACIJE

migracije GnRH-neurona tokom embrionalnog razvoja. Klinički se manifestuje izostankom sekundarnih seksualnih karakteristika, infertilnošću i anosmijom ili hiposmijom, a može biti praćen i drugim razvojnim anomalijama. Rana dijagnoza i započinjanje odgovarajuće hormonske terapije, uključujući pulsnu primenu GnRH, imaju ključni značaj za postizanje pubertetskog razvoja, očuvanje reproduktivne funkcije, kao i koštane i mišićne mase.

PP13 HEPARINOM INDUKOVANA TRMBOCITOPENIJA TIP 2-HIT2 – PRIKAZ BOLESNICE

J. Ljubičić, D. Kovačević Kosovac

Opšta bolnica „Studenica“ Kraljevo, Interno odeljenje-hematologija

Opšta bolnica „Studenica“ Kraljevo, Interno odeljenje

Uvod. Heparinom indukovana trombocitopenija (HIT) je protrombotička neželjena reakcija na lek heparin nefrakcionisani (češće) ili niskomolekuarni (LWMH) (češće kod ortopedskih bolesnika).

Mehanizam je posredovan, u većini slučajeva, antitelima imunoglobulina G koja ciljaju komplekse trombocitnog faktora 4 (PF4) i heparina. Preporuke za dijagnostiku uključuju korišćenje 4Ts scorea u kome je, kao vreme nastanka pada broja trombocita, naveden peti do deseti dan od početka lečenja heparinom.

Cilj. Prikazati klinički tok jednog našeg bolesnika

Metod. Podaci su dobijeni na osnovu medicinske dokumentacije

Rezultati. Bolesnica starosti 69 godina, leči se od hipotireoze i diabetes melitusa tip II. Nakon akcidentalnog pada zadobila je prelom glave femura i biva operisana. Četvrtog postoperativnog dana puštena na kućno lečenje sa terapijom LWMH u preventivnoj dozi, sa normalnim vrednostima azotnih materija, broja trombocita i zadovoljavajućeg nivoa hemoglobina. Šestog postoperativnog dana u laboratorijskim nalazima zabeležen pad broja trombocita za više od 50 procenata. Zbog organizacionih razloga, patnažni lekar nije verifikovao rezultat. Nastavljena je terapija LWMH. Desetog postoperativnog dana bolesnica upućena u bolnicu zbog osećaja gušenja, otoka operisane noge i oskudnog mokrenja poslednja tri dana. U laboratorijskim nalazima broj trombocita i dalje na istom nivou, 50G/L, bez pada vrednosti hemoglobina, kreatinin 300. Dopler operisane noge ukazuje na ilijakofemoralnu flebotrombozu a CT pulmoangiografija na masivnu plućnu tromboemboliju. 4Ts score je 8 te je zbog visoko značajnog rezultata odmah u terapiju uveden kao antikoagulans, fondaparin, u dozi korigovanoj na osnovu vrednosti azotnih materija. Dolazi do poboljšanja opšteg stanja, uz porast broja trombocita i normalizaciju azotnih materija. Petnaest dana od započinjanja terapije fondaparinom beleži se normalan broj trombocita. Devetnaestog dana hospitalizacije, nakon trodnevnog proliva usled infekcije *Clostridium difficile*, razvija se toksični megakolon i biva operisana sa subtotalnom kolektomijom i terminalnom ileostomom. Sve vreme korišćen fondaparin a otpuštena na kućno lečenje nakon 5 nedelja uz rivaroxaban kao antikoagulans. Zbog tehničkih nedostataka nije bilo moguće odrediti prisustvo HIT2 antitela.

Zaključak. Pri svakoj sumnji na HIT2 treba primeniti 4Ts score i započeti terapiju alternativnim antikoagulansom. Ako su verifikovani trombozni događaji kao nastavak lečenja može se uvesti u terapiju oralni kumarinski antikoagulans (kada se broj trombocita normalizuje) ili neki od direktnih oralnih antikoagulanasa.

PP14 VAŽNOST REGISTRA OBOLELIH OD RETKIH BOLESTI SRBIJE IZ UGLA INTERNISTE

G. Maksić, M. Mandić, A. Živković

Opšta bolnica Subotica, Srbija

Uvod. Retke bolesti su izuzetno heterogena grupa oboljenja čija je zajednička osobina da pojedinačno pogađaju mali broj obolelih, ali zajedno čine grupu od oko 7000 različitih bolesti. Republika Srbija prati definiciju Evropske Komisije prema kojoj su retke bolesti one koje pogađaju manje od 5 lica na 10000 lica. Retke bolesti su često hronične, progresivne, degenerativne, ugržavaju život i uzorkuju invaliditet. Retke bolesti su grupa različitih oboljenja kojima je osnovno zajednično obeležje niska prevalencija. Zajedničke karakteristike su kasna i komplikovana dijagnostika, neujednačenost i složenost samog lečenja, zdravstvene nege i pružanja zdravstvenih usluga ovoj kategoriji pacijenata. Kasna dijagnoza može dovesti do nepopravljivih posledica i komplikacija osnovne bolesti, što otežava lečenje i značajno utiče na prognozu bolesti. Uzroci kasne dijagnostike retkih bolesti leže u činjenici da je još uvek oskudno ili nedovoljno znanje medicinskih radnika, da su dijagnostičke procedure u ovoj oblasti složene, sofisticirane, često skupe i teže dostupne, posebno u nedovoljno ekonomski razvijenim zemljama. Pored nedostatka u oblasti dijagnostifikovanja i prepoznavanja retkih bolesti, veliki problem predstavlja i samo lečenje jer se često radi o složenim bolestima i sindromima koji zahvataju više organa i organskih sistema, pa je lečenje komplikovano, skupo, ne postoje jasno definisani protokoli lečenja, a sami lekovi su teže dostupni ili ne postoje. Tok bolesti može biti akutan ili hroničan, a težina same bolesti, tok i prognoza varijabilni. Većina retkih bolesti zahvata veći broj organa iz tkiva, sistema organa, pa su po svojoj prirodi teške, složene, hronične i degenerativno-progresivne. U Srbiji postoji Registar retkih bolesti, a na ovaj način se ne samo skupljaju podaci o retkim bolestima nego naši pacijenti ostvaruju i svoja prava preko Ministarstva za brigu o porodici i demografiju u okviru programa Podrške obolelim od retkih bolesti.

Zaključak. Važno je upoznati interniste sa postojanjem ovog Registra i najčešćim retkim bolestima u internoj medicine kao što su: susistemska lupus, Sjogrenov sindrom, maligni tumori, hematološke bolesti, poremećaj rada nadbubrežne žlezde, hipofize, sistemski skleroz, cistična fibroza i druge. Do februara 2025. u Srbiji je registrovano oko 14000 obolelih od retkih bolesti, a prijava je svakako važna i zbog adekvatne terapije i nege.

PP15 SRBIJA U CRVENOM

Z. Nikolić

Dom zdravlja Euromedik, Beograd

Uvod. Kardiovaskularne bolesti su i dalje vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta u Evropi. Prema SCORE2 Evropa je podeljena na 4 regiona. Srbija se nalazi u najgorem, četvrtom regionu. U republici Srbiji, svi državljani imaju zdravstveno osiguranje, ali izvestan broj ljudi uplaćuje i privatno zdravstveno osiguranje.

Cilj. Da li pojedinci sa dodatnim zdravstvenim osiguranjem postižu ciljne vrednosti LDL holesterola?

Metode i rezultati. Studija preseka je obuhvatila 321 ispitanika na godišnjem sistematskom pregledu obavljenom u internističko-kardiološkoj ambulanti Doma zdravlja Euromedik u Beogradu, od 1. decembra 2023. do 1. decembra 2024. Grupu je činilo 185 žena (57,6%) i 136 muškaraca (42,4%), starosti između 40 i 69 godina. Prosek godina je $48,3 \pm 2,3$, i to 49,1 za žene i 47,9 za muškarce. Ciljne vrednosti LDL holesterola prema SCORE2 tablicama imaju 73 ispitanika (22,7%), odnosno 61 žena (33% svih žena) i 12 muškaraca (samo 8,8% ukupnog broja muškaraca). Sve žene imaju normalan krvni pritisak, dok 10 (7,3%) muškaraca ima hipertenziju. Nepušači su u većini, ukupno 221 (68,8%). Nema značajne razlike između broja nepušača u grupi sa poželjnim nivoom LDL holesterola, 69,9% nepušača (51 ukupno, 44 žene i 7 muškaraca) u odnosu na grupu sa neregulisanim nivoom LDL holesterola gde je nepušača 68,5% (170 ukupno, 78 žena i 92 muškarca).

Zaključak. Srbija je u 4. SCORE2 regionu u Evropi. Naša SCORE2 tablica je skoro sva crvena. Ne postoji „zeleni“ muškarac stariji od 40 godina. Dalo bi se pretpostaviti da se pojedinci koji izdvajaju dodatni novac za svoje zdravstveno osiguranje više angažuju oko prevencije bolesti, pa i kardiovaskularnih. Ali to ovde nismo pokazali. Često se čuje da svi u njihovoj familiji imaju visok holesterol ili da oni sami ceo život imaju visok holesterol, kao da je to nepromenljiva kategorija. To je i suština problema. Osvestiti značaj povišenih vrednosti „loših“ holesterola. Ako želimo da u narednim godinama naša SCORE2 tablica bude zelenija, moramo svi zavrnuti rukave, i izabrani lekari, i endokrinolozi, kardiolozi, kao i cela društvena zajednica.

PP16 VITALNI U OSAMDESETIM

Z. Nikolić

Dom zdravlja Euromedik, Beograd

Uvod. Prema SZO stari ljudi imaju više od 65 godina, a vrlo stari više od 80. Populacija starih raste i predviđa se da će do 2050. stariji od 60 činiti 22% svetske populacije.

Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije Milan Jovanović Batut 2022. godine u Srbiji stariji od 65 godina su već činili 22% stanovništva. Očekivana dužina života za muškarce u našoj zemlji je 73, a za žene 78,1 godinu.

Cilj. kakvi su faktori rizika kod vrlo starih ljudi?

Metode. Studija preseka je obuhvatila 87 ispitanika starijih od 80 godina, pregledanih od 1. decembra 2023. do 1. decembra 2024. godine u kardiološkoj ambulanti Doma zdravlja Euromedik, u Beogradu. Određen je lipidni status, izmeren krvni pritisak.

Rezultati. U studiji je bilo 59 žena (67,8%) i 23 muškarca (32,2%). Prosečna starost je 84.3 ± 3.3 godine, kod žena 84,4, a kod muškaraca 84 godine.

Vrednosti HDL >1 za muškarce, tbl 1,2 za žene imalo je 68 ispitanika (88,3%). Prosečna vrednost HDL holesterola je 1.5 ± 0.4 mmol/l.

Vrednosti triglicerida $<1,7$ mmol/l imalo je 74 (ili 85%) ispitanika. Prosečni nivo triglicerida je 1.3 ± 0.6 mmol/l.

Bez obzira da li imaju dijagnozu hipertenzije ili ne, regulisan krvni pritisak ima 66 osoba, tj. 75,9%. U podgrupi muškaraca normotenzivnih je čak 89%.

Nepušača ima 96,6%.

Od ukupnog broja ispitanika, 86,2%, nije zahtevalo revaskularizaciju, ni PCI ni CABG, u podgrupi žena čak 91.5%

Zaključak. Velika većina je nepušača, sa regulisanim krvnim pritiskom, niskim vrednostima triglicerida i visokim vrednostima HDL holesterola. Što je verovatno i razlog zašto je malo njih zahtevalo revaskularizacione procedure.

PP17 KAKO BEZ BIOPSIJE JETRE DO DIJAGNOZE NEALKOHOLNOG STEATOHEPATITISA?

G. Petrović, D. Benedeto Stojanov, A. Rančić, M. Stamenković

Klinika za gastroenterohepatologiju, Klinički centar Niš

Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu

Uvod i cilj. Brza, neinvazivna procena pacijenata sa nealkoholnom masnom jetrom (NAFLD) u smislu razvoja steatohepatitisa (NASH) je od velikog kliničkog interesa. Jedan od najznačajnijih biomarkera, koji najviše obećava u dijagnostici NASH je citokeratin-18. Citokeratin-18 je intermedijarni citoskeletalni protein u jetri koji se oslobađa u toku apoptoze hepatocita. Utvrditi značaj određivanja plazmatskog citokeratina-18 u dijagnostici NASH.

Metode. Studija je obuhvatila 55 pacijenata:

- 32 žene i 23 muškarca starijih od 18 godina,
- sa metaboličkim sindromom,
- sa povišenim vrednostima aminotransferaza,
- sa ultrazvučnim nalazom masne jetre i/ili
- patohistološkim nalazom steatoze ili steatohepatitisa.

Prospektivno istraživanje je sprovedeno na klinici za gastroenterologiju i hepatologiju KC Niš. Merenje koncentracije citokeratina-18 u krvnoj plazmi pacijenata izvršeno je imunoenzimskim testom – ELISA na Institutu za biohemiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu.

Rezultati. Najviša srednja vrednost citokeratina-18 u plazmi utvrđena je kod pacijenata sa NASH i ona je statistički bila značajno viša u odnosu na grupu pacijenata sa steatozom ($998,29 \pm 223,80$ vs. $716,38 \pm 213,62$) ($p < 0,05$) kod kojih je ova vrednost najniža u NAFLD grupi. U našem istraživanju utvrđeno je da srednja vrednost CK-18 u plazmi raste sa stepenom intralobularne inflamacije, a Kruskal Wallis testom utvrđena je statistički značajna povezanost stepena ove inflamacije i vrednosti CK-18 u plazmi ($p < 0,05$). Utvrđeno je da srednja vrednost CK-18 raste sa stepenom balonizacije hepatocita. ANOVOM je utvrđena statistički značajna povezanost stepena balonizacije hepatocita i plazmatskih nivoa CK-18 ($p < 0,01$).

Zaključak. Imunoenzimski test za kvantitativno merenje nivoa CK-18 u plazmi može imati potencijalnu kliničku korist za pacijente sa NAFLD u neinvazivnoj dijagnostici NASH.

PP18 VIPLOVA BOLEST – OD GASTROINTESTINALNE INFEKCIJE DO ENDOKARDITISA SA FATALNIM ISHODOM: PRIKAZ DVA SLUČAJA

J. Spirić Milovančević¹, S. Zgradić¹, A. Nikolić¹, T. Jovičić¹, S. Vuksanović¹, A. Topličanin¹, S. Dragašević^{1,2}, S. Đuranović^{1,2}, A. Sokić-Milutinović^{1,2}, I. Jovičić¹, A. Pavlović Marković^{1,2}, M. Špuran¹

¹Klinika za gastroenterohepatologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Uvod. Viplova bolest (VB) je hronična sistemska infekcija uzrokovana Gram-pozitivnom bakterijom *Tropheryma whipplei* koja primarno zahvata gastrointestinalni trakt. To je retko oboljenje (1-3 na 1.000.000 stanovnika) koje uglavnom pogađa muškarce u petoj deceniji. Karakteriše se trijasom tegoba- dijareja, gubitak u telesnoj masi i poliartralgijske, sa mogućim zahvatanjem kardiovaskularnog i centralnog nervnog sistema. Smatra se retkim uzročnikom infektivnog endokarditisa, osim u slučaju endokarditisa sa negativnim hemokulturama. Ova prezentacija VB može biti fatalna.

Prikaz slučaja 1. Bolesnica starosti 60 godina prezentuje se tegobama u vidu prolivastih stolica bez krvi, gubitka u telesnoj masi (30kg), artralgijama i malaksalošću. Na prijemu se u laboratoriji uočava transfuziono zavisna anemija, hipoalbuminemija i povišeni markeri zapaljenja. Radiološki opisani znaci enteritisa i retroperitonealne i mezenterijalne limfadenopatije. Endoskopski i patohistološki postavljena je dijagnoza VB duodenuma i terminalnog ileuma. U daljem toku dolazi do srčanog popuštanja sa razvojem perifernih edema i ortodispneje, uz negativne hemokulture. Ehokardiografijom uočeni su znaci endokarditisa aortne valvule (vegetacija 0.7cm), suspektna perforacija kuspisa, masivna mitralna i trikuspidna regurgitacija i značajno snižena funkcija leve komore. Nakon stabilizacije primenom diuretske i cilijane antibiotske terapije dolazi do pogoršanja sa oligurijom, azotemijom, hemodinamskom nestabilnošću, respiratornom insuficijencijom i letalnim ishodom usled refraktorne multiorganske slabosti.

Prikaz slučaja 2. Bolesnica stara 69 godina sa dugogodišnjim artralgijama i razvojem gastrointestinalnih tegoba u poslednjih 6 meseci (bolovi u truhu, mučnina, prolivaste stolice), uz dispneju i periferne edeme primljena je radi lečenja endoskopski i patohistološki potvrđene VB duodenuma i kolona. Lečena ceftriaksonom, sulfametoksazol-trimetoprimom i transfuzijama zbog teškostepene anemije. Obzirom na znake srčane dekompenzacije učinjena je ehokardiografija kojom se uočava suspektna vegetacija (1.6x0.8cm) aortnog zaliska, uz aortnu, mitralnu i trikuspidnu regurgitaciju. Hemokultura sterilna.

POSTER PREZENTACIJE

Indikovano je kardiohirurško lečenje, međutim usled odlaganja istog od strane pacijentkinje i pogoršanja srčane slabosti nastupa letalni ishod.

Zaključak. VB je izuzetno retka bolest koja, ukoliko se ne prepozna i ne leči na vreme, može imati fatalan ishod. Zbog nespecifičnih početnih simptoma i mogućnosti zahvatanja više organskih sistema, važno je da lekari različitih specijalnosti uzmu ovu dijagnozu u obzir, posebno u slučajevima endokarditisa sa negativnim hemokulturama. Visoki stepen sumnje, rano postavljanje dijagnoze i adekvatno lečenje ključni su za prevenciju komplikacija i pozitivan ishod lečenja.

PP19 HEMOSTATSKI POREMEĆAJI KOD BOLESNIKA SA TRAUMOM MOZGA

A. Tasić¹, J. Antonijević², J. Vrućinić², A. Mladenović², A. Stanimirović³, D. Radanović³, S. Trifković⁴, Z. Janković³, V. Obradović³, M. Đukić³, G. Tasić^{1,3}, N. Antonijević^{1,4}

¹*Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu*

²*Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Urgentni centar, Univerzitetski klinički centar Srbije*

³*Klinika za neurohirurgiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije*

⁴*Klinika za kardiologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije*

Uvod. Traumatske povrede mozga (TPM) su jedan od glavnih uzroka povređivanja, naročito u starijih osoba. Dalji klinički tok bolesnika sa TPM može čak u oko 25% biti komplikovan nastankom koagulopatije koja dovodi do pogoršanja kliničkog stanja i uzrokuje višestruko povećan mortalitet.

Metode. sistematska pretraga literature u okviru baza: PubMed, Medline, Medscape.

Rezultati. Primarna povreda mozga je posledica fizičkog udara sa kontuzionim i/ili hemoragičnim lezijama uz oštećenje cerebralnih krvnih sudova i/ili proboja krvno-moždane barijere.

TPM indukuje koagulopatiju povezanu sa direktnom povredom krvnog suda koja može uzrokovati hipo-ili hiperkoagulabilnost, ali može dovesti i do diseminovane intravaskularne koagulacije, naročito ako postoji sistemska inflamacija. Direktna povreda krvnog suda dovodi do oslobađanja tkivnog faktora koji aktivira spoljašnji put koagulacije. Ključnu ulogu u nastaku poremećaja hemostaze imaju: disfunkcija trombocita, aktivacija endotela, poremećena fibrinoliza, endogena antikoagulacija, inflamacija, disfunkcija jetre, kao i hiperreaktivnost simpatičkog nervnog sistema. Trombocitopenija ili trombocitopatija mogu uzrokovati dodatno intrakranijalno krvarenje.

Progresija poremećaja hemostaze od ranog povećanog rizika od krvarenja do kasnijeg protrombotičkog stanja ukazuje na to da TPM nosi značajan rizik od razvoja venske tromboembolije ili ishemijskog moždanog udara. Može doći i do preklapanja između hipokoagulantne i hiperkoagulantne faze, pa odluka o prirodi hemostatskog poremećaja nakon TBI može biti posebno kompleksna.

Faktori rizika za akutnu koagulopatiju kod izolovane TPM su: sistolna hipotenzija, bazni deficit, hipotermija, niži Glazgov koma skor, hipoksija. Ishemija, hipoperfuzija i šokno stanje dodatno pogoršavaju koagulopatiju. Upotreba antikoagulanasa pre povrede dovodi do povećanja rizika od koagulopatije, tako da je razvije svaki treći pacijent. Smatra se da je upotreba varfarina ili antitrombotičkih lekova pre povrede povezana sa dvostrukim povećanjem loših ishoda, dok uloga novih oralnih antikoagulanasa nije još definisana.

POSTER PREZENTACIJE

U proceni koagulopatije kod bolesnika sa TPM viskoelastični testovi, tromboelastografija (TEG) ili rotaciona tromboelastometrija (ROTEM) su korisniji od standardnih testova koagulacije zbog visoke specifičnosti ili bržeg dobijanja rezultata. Postoje podaci da rana (>3h posle povrede) primena traneksamične kiseline smanjuje mortalitet, ali ne i neurološki deficit.

Zaključak. Brza dijagnostika i terapija hemostatskih poremećaja u akutnoj fazi nakon TPM uz pomoć viskoelastičnih i drugih laboratorijskih testova može uticati na bolje preživljavanje bolesnika.

PP20 VAŽNOST PREPOZNAVANJA DEFICITA GVOŽĐA U SRČANOJ INSUFICIJENCIJI

S. Trifković¹, V. Obradović², Z. Janković², A. Tasić², M. Đukić², J. Antonijević³, Ž. Leković², Lj. Birovljev², M. Klarić², N. Antonijević^{2,4}

¹Bolnica „Sveti Vračevi“, Bijeljina

²Klinika za kardiologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

³Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Univerzitetski Klinički Centar Srbije

⁴Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod. Deficit gvožđa je značajan i čest komorbiditet kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom nezavisno od prisustva anemije, koji često ostaje neprepoznat u svakodnevnoj kliničkoj praksi, a povezan je sa većim morbiditetom i mortalitetom.

Cilj. adekvatno prepoznavanje deficita Fe u srčanoj insuficijenciji.

Metode. pretraga PUBMED, MEDLINE baze podataka i ostalih dostupnih izvora medicinskih podataka

Rezultati. Deficit gvožđa prisutan je prema većini dostupne literature kod između 50% do 70% bolesnika sa srčanim popuštanjem. Nedostatak gvožđa može značajno smanjiti funkcionalnu sposobnost, kvalitet života i glavni je faktor koji doprinosi intoleranciji na fizički napor, a nezavisan je i prediktor preživljavanja bolesnika obolelih od srčane insuficijencije.

Uzrok nedostatka gvožđa kod srčane insuficijencije je i nedalje nejasan, smatra se da deficitu mogu doprineti različiti patofiziološki mehanizmi: (1) smanjen unos gvožđa, (2) smanjena apsorpcija gvožđa, (3) povećan gubitak gvožđa i (4) poremećen metabolizam gvožđa.

Smernice preporučuju rutinsko ispitivanje na nedostatak gvožđa kod svih pacijenata sa srčanom insuficijencijom, bez obzira na ejectionu frakciju leve komore, iako se lečenje preporučuje samo za one sa smanjenom ejectionom frakcijom leve komore.

Deficit gvožđa je prema aktuelnim vodičima definisan na sledeći način: 1) serumski feritin <100 mg/L (apsolutni nedostatak gvožđa), i 2) serumski feritin 100–299 mg/L i TSAT (saturacije transferina gvožđem) <20% (funkcionalni nedostatak gvožđa). Dati kriterijumi su donekle dosta proizvoljni i često se i ne primenjuju u svakodnevnom kliničkom radu pre svega zbog niske specifičnosti, pre svega u stanjima poput inflamacije i kongestije, koja su često prisutna u srčanom popuštanju. Ističe se neophodnost dopunjavanja datih kriterijuma, uz eventualno primenu nekih novih laboratorijskih parametara i analiza.

Zaključak. Kod svih bolesnika sa srčanom insuficijencijom neophodno je obratiti pažnju i na vreme prepoznati i tretirati veoma često prisutni deficit Fe, koje može imati veliki uticaj na kvalitet života bolesnika, ali i na ukupno preživljavanje.

PP21 CONDYLOMATA ACUMINATE – PRIKAZ SLUČAJA

D. Zahorjanski¹, S. Starčević^{2,3}, M. Vušurović¹, M. Gojković¹

¹Opšta bolnica Vrbas

²Institut za Onkologiju Vojvodine

³Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet

Uvod. Uzročnik kondiloma je HPV-humani papiloma virus. Genitoanalnu regiju inficira oko 70 tipova HP Virusa. Ovi tipovi se, u zavisnosti od kliničkih manifestacija, dele u tri grupe. Niskorizični tipovi 6 i 11 su odgovorni za nastanak polnih bradavica kondiloma. Visokorizični tipovi 16 i 18 su odgovorni za nastanak prekanceroza na grliću materice, sluzokoži vagine, malih usana i analnoj sluzokoži. Srednje rizični tipovi su odgovorni za nastanak prekanceroza na grliću materice i za nastanak samog karcinoma genitoanalne regije. HPV je uzročno povezan sa 5% karcinoma, uključujući rak grlića materice, penisa, vulve, vagine i anusa.

Prikaz slučaja. Pacijentkinja starosti 34 godine javlja se zbog šuljeva, sveže krvi nakon pražnjenja creva te promena u predelu anusa koje joj ometaju toaletu te regije. Lečila promene bezuspešno lokalnim preparatima. Od ranije na redovnoj psihijatrijskoj terapiji zbog bipolarnog poremećaja. Lokalni nalaz u vidu više pojedinačnih kondilomatoznih promena u regiji vulve i perineuma kao i plaže slivenih i pojedinačnih kondilomatoznih promena perianalno. Nakon dezinfekcije regije i infiltracije lokalnog anestetika načini se radiotalasni tretman kondilomatoznih promena sa slanjem uzoraka na PH.

Diskusija. HPV infekcija je najučestalija u populaciji mladih, seksualno aktivnih ljudi oba pola između 18 i 25 godina starosti. Muškarci su obično nosioci i prenosioci HPV virusa, a da pri tome nemaju vidljive kondilome. HPV je povezan sa 70% karcinoma orofarinksa i oralnim karcinomom skvamoznih ćelija. Kondilomi genitoanalne regije izgledaju kao male uzdignute neravnine, beličasto crvenkaste boje, vremenom postaju tamniji, braonkaste boje i glatke površine, a sa uvećanjem ona postaje reznjevita. Kada se nalaze između dve površine koje se taru postaju pljosnate i liče na „petlovu krestu“.

Zaključak. HPV se prenosi isključivo seksualnim putem u toku nezaštićenog seksualnog odnosa. Analni kondilomi se jako brzo šire. Na širenje utiče slab imunitet, traume kondiloma prilikom vršenja nužde, a najviše pogrešna terapija. Genitoanalna sluzokoža je osetljivo područje na svaku nekontrolisanu terapijsku traumu. Bakterijska flora debelog creva dodatno komplikuje svaku povredu i oštećenje. Dobra vaskularizacija, prisutvo hemoroida, često dovodi do krvarenja i komplikacija. Specijalna radiotalasna tehnika otklanjanja gigantskih analnih kondiloma koja uključuje više tehnika (excizija, topljenje, vaporizacija) u cilju što manjeg oštećenja zdrave sluzokože i kože, garantuje brz oporavak bez komplikacija i recidiva.

PP22 KOROZIVNO OŠTEĆENJE SLUZOKOŽE ŽELUCA – PRIKAZ SLUČAJA

D. Zahorjanski¹, S. Starčević^{2,3}, M. Gojković¹

¹Opšta bolnica Vrbas

²Institut za Onkologiju Vojvodine

³Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet

Uvod. Brojne supstancije u kontaktu sa tkivima direktnim toksičkim dejstvom prouzrokuju oštećenja (hemijske opekotine, korozivne, kaustične lezije). Po hemijskom sastavu mogu biti kiseline, baze, protoplazmatski otrovi, desikanti, oksidaciona i redukciona sredstva. Najčešće se radi o zadesnoj ili namernoj ingestiji rastvora. U osnovi oštećenja su hemijske reakcije koje dovode do promene jonizacije i strukture molekula, a oslobađanje toplote doprinosi njihovom razvoju. Obim i težina korozivnih oštećenja tkiva zavise od osobine materije, koncentracija i količina materije i dužina trajanja kontakta sa tkivima, kvalitet sluzokože, prisustvo ili odsustvo hrane u želucu. Kiseline u kontaktu sa tkivima dovode do denaturacije i precipitacije belančevina-koagulaciona nekroza.

Prikaz slučaja. Pacijentkinji, 41 godina, rađena EGDS osmog dana hospitalizacije, primljena u JIL zbog suspektnog namernog uzimanja gutljaja korozivnog sredstva. Tokom hospitalizacije subjektivno bez tegoba, bez kliničkih znakova akutne bolesti i trovanja. Od ranije na psihijatrijskoj terapiji, majka troje maloletne dece. U nalazu EGDS-GERB LA/C, suženje lumena želuca kao posledica otoka eritematozne sluznice, prisutne fibrinske naslage beličaste boje koje prekrivaju oko ¼ cirkumferencije želuca celom dužinom (Forrest III, Klasifikacija korozivnih oštećenja sluzokoža-III stepen). EGDS nakon dva meseca GERB LA/B, želudac izmenjene forme, nepravilne konvergencije nabora ka ožiljnoj promeni, stenoza želuca.

Diskusija. Ingestija korozivnih materija dovodi do lokalnih oštećenja sluzokože digestivnog trakta. Pločastoslojeviti epitel jednjaka otporniji je na dejstvo kiselina od cilindričnog epitela sluzokoža želuca. Faktor koji doprinosi da ingestija kiselina prouzrokuje veće oštećenje želuca je nakupljanje agensa u antrumu usled sekundarnog pilorospazma. Akutna trovanja korozivnim tečnostima godišnje čine 20% svih hospitalno lečenih akutnih intoksikacija, na drugom mestu po učestalosti, iza trovanja lekovima. U 80% slučajeva se radi o samotrovanjima žena ingestijom rastvora koji se u domaćinstvima primenjuju za čišćenje sanitarija.

Zaključak. Masovna primena i široka dostupnost proizvoda koji izazivaju korozivna oštećenja, uslovlja je i veliku učestalost ovih oštećenja. Njihovo lečenje je teško, nezahvalno, dugotrajno i opterećeno mnogim komplikacijama i sekvelama. Trovanja korozivnim tečnostima predstavljaju značajan dijagnostički i terapijski problem. Endoskopija je priznata kao suverena metoda kojom se direktno može uočiti rasprostranjenost korozivnih oštećenja gornjih partija digestivnog trakta i sa velikom pouzdanošću proceniti njihova dubina. Primena kortikosteroida u cilju prevencije stenoza i stavovi o indikacijama za hitnu hiruršku intervenciju nisu usaglašeni.

PP23 SVEOBUHVAATNA CMR EVALUACIJA PACIJENATA SA ANDERSON-FABRIJEVOM BOLEŠĆU: ISKUSTVA JEDNOG CENTRA

M. Zdravković^{1,2}, M. Popović¹, A. Klašnja¹, A. Stojšić-Milosavljević^{2,3}, V. Popadić¹

¹Kliničko-bolnički centar Bežanijska kosa, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

³Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Srbija

⁴Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija

Uvod. Anderson-Fabrijeva bolest je retka X-vezana lizozomalna bolest skladištenja uzrokovana nedostatkom enzima α -galaktozidaze A. Pogađa različite organske sisteme, međutim, zahvaćenost srca je ozbiljna klinička prezentacija povezana sa značajnim morbiditetom i mortalitetom. Magnetna rezonanca srca (CMR) je značajna u početnoj evaluaciji pacijenata sa zahvaćenošću srca, jer je blagovremena dijagnoza i započinjanje terapije od neprocenljivog značaja.

Materijali i metode. Pacijenti sa potvrđenom dijagnozom Anderson-Fabrijeve bolesti između januara 2020. i decembra 2023. godine, procenjeni su multiparametarskom kardiomagnetnom rezonancom u CMR laboratoriji kliničkog-bolničkog centra Bežanijska kosa, Beograd, Srbija. Izvršena je sveobuhvatna procena funkcije i morfologije desne i leve komore, karakterizacija tkiva putem multiparametarskog mapiranja i kvantitativna procena perfuzije miokarda.

Rezultati. Ukupno je evaluirano 14 pacijenata sa dijagnostikovanom Anderson-Fabrijevom bolešću. Prosečna starost pacijenata bila je 39,4 godine, od kojih je 10 (71,4%) bilo žena i 4 muškarca (28,6%). Sedam pacijenata (50%) imalo je kardiovaskularne simptome, pretežno bol u grudima, umor i palpitacije. Tri pacijenta su imala povećanu masu miokarda leve komore, dok je prosečna ejekciona frakcija bila 53,7%. Šest pacijenata (42,8%) imalo je poremećen protok krvi kroz miokardu (MBF) i redukovani indeks perfuzione rezerve miokarda. Srednja vrednost nativnog T1 vremena bila je 967 ms (894-1042 ms), dok je 6 pacijenata imalo skraćene vrednosti nativnog T1 vremena i snižene vrednosti ECV-a, što ukazuje na akumulaciju glikosfingolipida. Pet pacijenata (četiri muškarca i jedna žena) imalo je fokalnu fibrozu, pretežno u bazalnom inferolateralnom segmentu, dok su 3 pacijenta imala znak pseudonormalizacije T1 vremena. Muški pacijenti su češće imali povećanu masu miokarda leve komore, LGE fenomen, niže vrednosti globalnog nativnog T1 vremena i ECV-a, kao i niže vrednosti protoka krvi kroz miokard i indeksa perfuzione rezerve miokarda, što ukazuje na teži stepen kardijalne zahvaćenosti.

Zaključak. Srčana zahvaćenost kod Anderson-Fabrijeve bolesti procenjena multiparametarskom magnetnom rezonancom srca je izraženija kod muškaraca i evidentna je i u kliničkoj i u subkliničkoj fazi bolesti. Ovo može biti od velikog značaja u početnoj proceni i za praćenje efekata terapije kako bi se smanjio rizik od neželjenih kardiovaskularnih događaja.

PP24 MOŽE LI SE GALEKTIN-3 KORISTITI KAO PREDIKTOR TEŽINE OPSTRUKTIVNE APNEJE U SNU: ISKUSTVA CENTRA SA VELIKIM BROJEM PACIJENATA

M. Zdravković^{1,2}, S. Nikolić¹, V. Popadić¹, N. Milić^{2,3}, N. Rajović², N. Nikolić⁴, A. Sekulić^{2,4}, M. Branković^{1,2}, M. Stjepanović^{2,5}, S. Popević^{2,5}, B. Milovanović⁶, M. Brajković^{1,2}

¹Klinika za internu medicinu, Kliničko-bolnički centar Bežanijska kosa, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

³Odeljenje za internu medicinu, Odsek za nefrologiju i hipertenziju, Mejo klinika, Ročester, MN 55905, SAD

⁴Odeljenje anesteziologije sa reanimatologijom, Kliničko-bolnički centar Bežanijska kosa, Beograd, Srbija

⁵Klinika za pulmologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

⁶Klinika za kardiologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd, Srbija

Uvod. Opstruktivna apneja u snu (OSA) je stanje koje karakterišu povremene opstrukcije disajnih puteva, što dovodi do smanjenog nivoa kiseonika i povećane aktivnosti simpatičkog nervnog sistema. OSA može izazvati niz zdravstvenih poremećaja, uključujući povećan rizik od kardiovaskularnih bolesti i smrtnosti. Galektin-3, član porodice galektina, igra značajnu ulogu u imflamaciji i fibrozi, a studije pokazuju da je povišen u različitim stanjima, uključujući kardijalne i plućne bolesti.

Ciljevi. Cilj ove studije bio je da se utvrdi da li su nivoi galektina-3 povezani sa težinom opstruktivne apneje u snu.

Materijali i metode. Ukupno 191 učesnik iz Univerzitetskog kliničko-bolničkog centra Bežanijska Kosa, Beograd, Srbija, između januara 2023. i maja 2024. godine, uključeni su u studiju. Svi pacijenti su hospitalizovani pod sumnjom na OSA i svi su podvrgnuti polisomnografskom testu. Dobijeni su različiti demografski, respiratorni, laboratorijski i klinički parametri. Korelacije između numeričkih varijabli i galektina-3 procenjene su Pirsonovim ili Spirmanovim koeficijentima korelacije. Za procenu prediktora vrednosti galektina-3 korišćeni su univarijantni i multivarijantni linearni regresioni modeli. U svim analizama, nivo značajnosti je postavljen na 0,05.

Rezultati. Prosečna starost učesnika studije bila je 56,2 godine, uglavnom muškog pola (68,9%). Od komorbiditeta, dve trećine pacijenata je imalo hipertenziju (66,1%), 46,8% je imalo hiperlipoproteinemiju, a 21,1% je imalo dijabetes melitus. Pacijenti koji su imali AHI više od petnaest događaja na sat su imali više vrednosti galektina-3. Težina OSA

POSTER PREZENTACIJE

imala je značajnu pozitivnu korelaciju sa galektinom-3 ($p = 0,014$). U multivarijantnoj linearnoj regresionoj analizi, značajni nezavisni prediktori viših vrednosti galektina-3 bili su starost, prisustvo koronarne bolesti, sindrom hipoveilacije, viši BMI, NTproBNP, laktat, kreatinin, niži LDL i niži FEV1 ($p < 0,05$).

Zaključak. Ova studija je pokazala da je galektin-3 povezan sa težinom OSA i da igra ključnu ulogu u inflamaciji izazvanoj intermitentnom hipoksijom kod OSA. Dalji skrining i intervencije usmerene na galektin-3 mogle bi pomoći u sprečavanju inflamatornih bolesti povezanih sa poremećajima spavanja.

PP25 KORELACIJA IZMEĐU NALAZA MAGNETNE REZONANCE SRCA I POST-KOVID SINDROMA: UTICAJ MIOKARDNE LEZIJE NA KVALITET ŽIVOTA

M. Zdravković^{1,2}, V. Cvetić^{2,3}, V. Popadić¹, K. Ilić¹, A. Radojević¹, N. Milić^{4,5}, N. Rajović^{2,4}, M. Popović¹

¹Kliničko-bolnički centar Bežanijska kosa, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³Odeljenje za kardiovaskularnu radiologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

⁴Institut za medicinsku statistiku i informatiku, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

⁵Odeljenje za internu medicinu, Odsek za nefrologiju i hipertenziju, Mejo klinika, Ročester, Minesota 55905, SAD

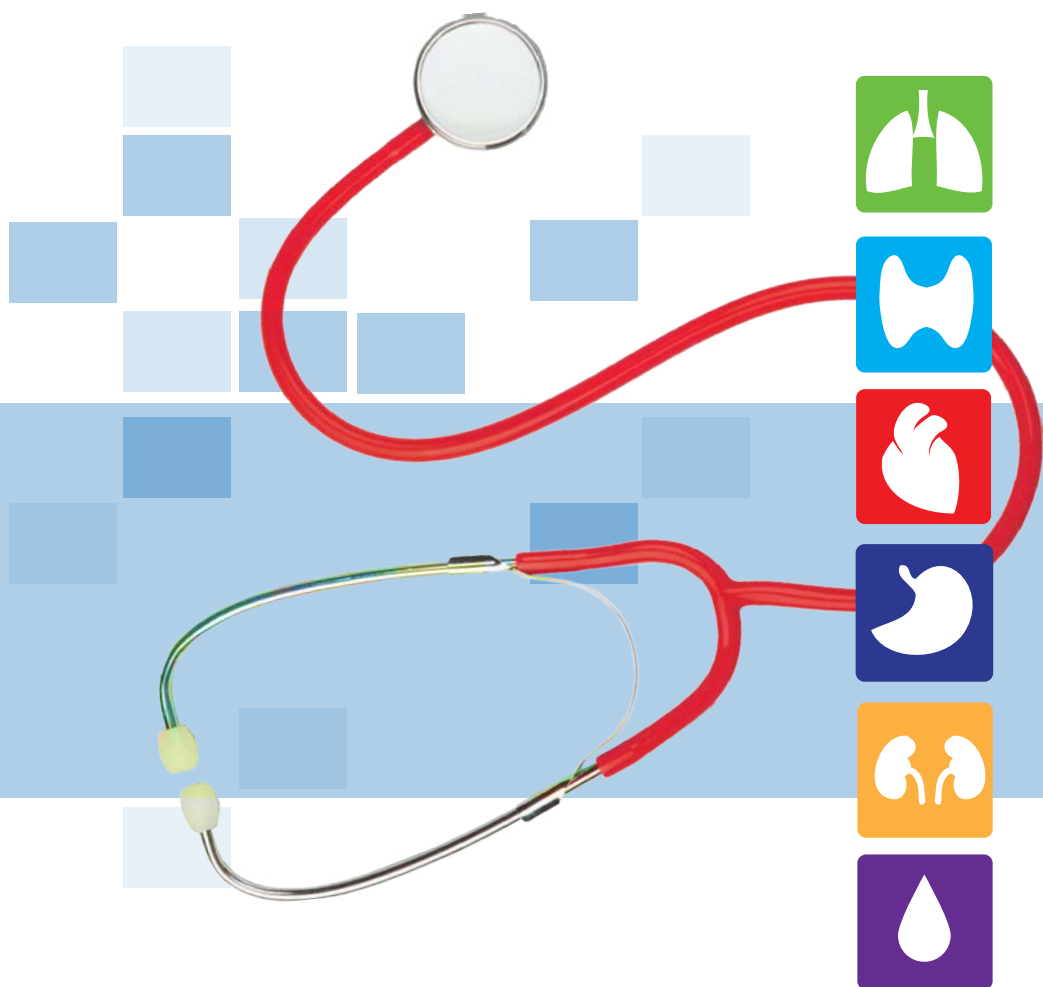
Uvod. U post-kovid eri, raste zabrinutost zbog njegovog uticaja na kardiovaskularno zdravlje i sveukupnih efekata na kvalitet života. Ova studija ima za cilj da evaluiira nalaze magnetne rezonance srca (CMR) nakon kovid-19 i njihov uticaj na kvalitet života pogođenih osoba.

Materijali i metode. Opservaciona studija je sprovedena kod konsekutivnih pacijenata sa perzistentnim kardiovaskularnim simptomima nakon kovid-19 koji su upućeni na magnetnu rezonancu srca zbog sumnje na oštećenje miokarda. Pored toga, pacijenti su popunili upitnik o simptomima i kvalitetu života tokom perioda nakon kovid-19.

Rezultati. U studiju je uključeno 85 pacijenata. Studijsku populaciju su činili pacijenti sa prosečnom starošću od $42,5 \pm 13,4$ godine, pretežno žene, koje su činile 69,4% studijske populacije, dok su muškarci činili 30,6%. CMR nalazi su pokazali neishemijsko oštećenje miokarda kod 78,8% pacijenata i edem miokarda kod 14,1% pacijenata. Kasno perikardijalno prebojavanje gadolinijumom bilo je prisutno kod 40% pacijenata, a perikardni izliv kod 51,8% pacijenata. Perikardni izliv ($p = 0,001$) bio je češći kod pacijenata koji su prijavili izraženije simptome u post-kovid-19 periodu u poređenju sa fazom akutne infekcije. Prediktori nižeg kvaliteta života u post-kovid-19 periodu bili su prisustvo palpitacija ($p = 0,039$), kardiovaskularne tegobe koje traju duže od 12 nedelja ($p = 0,018$) i prisustvo perikardnog izliva ($p = 0,037$).

Zaključak. Akutni miokarditis je primećen kod malog broja pacijenata nakon kovid-19, dok su neishemijski LGE obrazac i perikardni izliv primećeni kod većine ispitanika. Kvalitet života je bio lošiji tokom post-kovid-19 perioda kod pacijenata sa patološkim CMR nalazom, prvenstveno kod pacijenata sa perikardnim izlivom. Takođe, nepravilan rad srca, kardiovaskularni simptomi koji traju duže od 12 nedelja, kao i perikardni izliv bili su nezavisni prediktori nižeg kvaliteta života u post-kovid periodu.

INDEKS AUTORA



INDEKS AUTORA

A

Antonijević, J. 55, 63, 65, 67, 71, 103, 105
Antonijević, N. 55, 63, 65, 67, 71, 103, 105

B

Baltić, T. 73, 83
Belić, S. 58, 59, 84, 89
Benedeto Stojanov, D. 100
Biljali, D. 79, 80
Birovljev, Lj. 55, 65, 67, 71, 105
Bjekić Macut, J. 73, 83
Blagojević, D. 87
Brajković, M. 109
Branković, M. 88, 91, 109

C

Cvetić, V. 111

D

Dokuzova, S. 85, 86
Dragašević, S. 101
Dragović, A. 75
Dragović, M. 87
Dukić, M. 88, 91

Đ

Đukić, A. 94
Đukić, M. 55, 65, 67, 71, 103, 105
Đuranović, S. 101
Đurđević, N. 58, 59, 84, 89
Đurđević, P. 75

F

Filipović, B. 87

G

Gašanin, I. 90
Gjorgjievska Kamceva, M. 86

Gmizić, T. 88, 91
Gojković, M. 106, 107

H

Hadžibegović, A. 63

I

Ilić, K. 111
Ilić, S. 92
Ilievska, A. 79
Isailović-Keković, M. 93
Ivošević, Ž. 94

J

Janković, I. 63
Janković, Z. 55, 65, 67, 71, 103, 105
Jovanović, B. 63
Jovičić, I. 101
Jovičić, T. 101

K

Kamceva Gjorgjievska, M. 85
Kanjuh, V. 55, 63, 65, 67
Karadzinska Petrushevska, A. 79
Keković, P. 93
Kiurski, S. 87
Klarić, M. 65, 67, 71, 105
Klašnja, A. 108
Knežević, A. 87
Kovačević Kosovac, D. 96
Krunic, J. 55, 63

L

Laušević, A. 70
Leković, Ž. 55, 65, 67, 71, 105
Ljubičić, J. 96

INDEKS AUTORA

M

Maksić, G. 69, 97
Mandić, M. 69, 97
Marjanović-Haljlji, M. 87
Matić, D. 55
Mihailović, M. 65
Milanović, D. 73, 83
Milić, N. 109, 111
Milovanović, B. 109
Miroslavljević, S. 63
Mladenović, A. 103

N

Nikolić, A. 63, 101
Nikolić, N. 109
Nikolić, S. 109
Nikolić, Z. 98, 99
Novaković, V. 70

O

Obradović, V. 55, 65, 67, 71, 103, 105
Oraovčić, J. 75

P

Panić, N. 87
Pavlović, Đ. 70
Pavlović Marković, A. 101
Petričević, S. 73
Petrović, G. 100
Petrović Nikolić, T. 73, 83
Pijanović, N. 87
Popadić, V. 108, 109, 111
Popević, S. 109
Popović, D. 87
Popović, M. 108, 111

R

Radanović, D. 103
Radojević, A. 111
Rajović, N. 109, 111
Rančić, A. 100
Rović, I. 63

S

Savić, L. 55
Sekulić, A. 109
Skurić, Z. 83
Sokić-Milutinović, A. 101
Spirić Milovančević, J. 101
Sretenović, S. 75, 76, 77
Stamenković, M. 100
Stanimirović, A. 103
Stanković, S. 63
Starčević, S. 106, 107
Stjepanović, M. 58, 59, 84, 89, 109
Stojšić-Milosavljević, A. 108

Š

Šijan, Đ. 63
Šljivar Vranješ, A. 74, 78
Špuran, M. 101
Šuljak, T. 74, 78

T

Tančić-Gajić, M. 60
Tasić, A. 55, 65, 67, 71, 103, 105
Tasić, G. 103
Todorovska, E. 79, 80
Toplićanin, A. 101
Trifković, S. 55, 65, 67, 71, 103, 105

INDEKS AUTORA

U

Uglješić, M. 70
Ushinova, V. 79, 80
Ušćumlić, A. 55

V

Velickova, N. 85, 86
Vručinić, J. 103
Vuksanović, S. 101
Vušurović, M. 106

Z

Zahorjanski, D. 106, 107
Zdravković, M. 108, 109, 111
Zeljковиć, S. 74
Zgradić, S. 101

Ž

Živković, A. 69, 97

SPONZORI

GENERALNI SPONZOR



PLATINASTI SPONZORI



ZLATNI PLUS SPONZOR



SREBRNI SPONZORI



SPONZORI





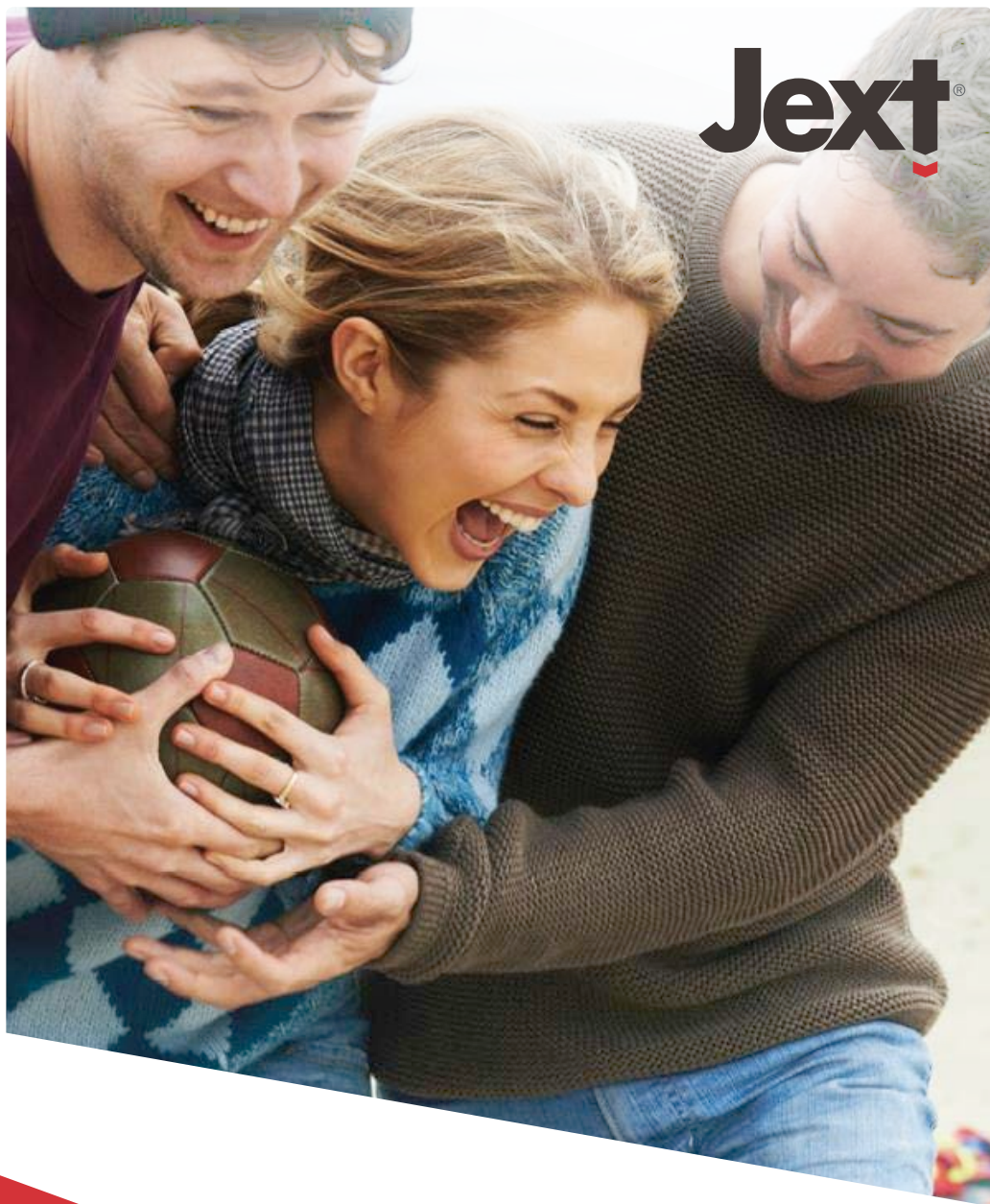
Saxenda[®]
liraglutid

JEDNOM NEDELJNO
OZEMPic[®]
semaglutid

once weekly

mounjaroTM
(tirzepatide) injection

PP-TR-RS-0004(MAJ 2025)SAMO ZA STRUČNU JAVNOST



Jext®

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

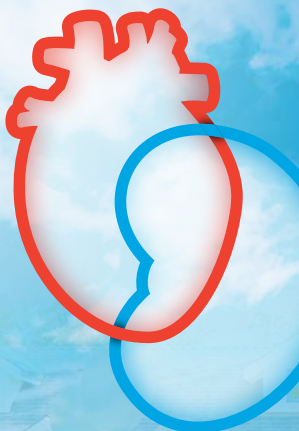
SAMO ZA STRUČNU JAVNOST

Mart 2024 • EPL-RS-00067

Upućujemo zdravstvene radnike na poslednji celokupni Sažetak karakteristika leka i Uputstva za lek Eplestar koji je dostupan na internetskoj stranici Agencije za lekove i medicinska sredstva www.alims.gov.rs. Način izdavanja: na recept.




forxiga[®]
(dapagliflozin)



U indikaciji hronične
simptomatske srčane
insuficijencije:¹

14% RRR
1,5% ARR
p=0,01

**Forxiga[®] pokazuje
efekat u redukciji
KV smrti u celom
spektru LVEF²**

U indikaciji hronične
bolesti bubrega:¹

31% RRR
smrtnog ishoda iz bilo
kog ispitivanog uzroka
2,1% ARR
p=0,004

**kod pacijenata
sa HBB sa ili bez
dijabetesa tip 2**

Reference: 1. Sažetak karakteristika leka Forxiga, poslednja revizija teksta Mart 2023.

2. Jhund PS et al. Dapagliflozin across the range of ejection fraction in patients with heart failure: a patient-level, pooled meta analysis of DAPA-HF and DELIVER Nat Med. 2022; Sep; 28(9):1956-1964

3. Wheeler DC et al. The dapagliflozin and prevention of adverse outcomes in chronic kidney disease (DAPA-CKD) trial: baseline characteristics; Nephrol Dial Transplant. 2020; 35(10):1700-1711.

RRR - relativna redukcija rizika; ARR - apsolutna redukcija rizika; KV - kardiovaskularni; LVEF - ejekciona frakcija leve komore; HBB - hronična bolest bubrega

Broj rešenja ALIMS odobrenja: 000002625 2024 59010 006 000515 069 04 004 od 29.05.2024.



Pre propisivanja
leka Forxiga[®],
molimo pročitajte
poslednji
odobreni sažetak
karakteristika leka,
Forxiga[®] mart 2023.

AstraZeneca 

Predstavništvo AstraZeneca UK Ltd
Milutina Milankovića 1i, Beograd - Novi Beograd
Tel: 011 3336 900 • Fax: 011 3336 901

SAMO ZA STRUČNU JAVNOST
RS-6167, oktobar 2024.

 **Xerdoxo[®]**

Rivaroksaban



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



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, 100 mg: 515-01-01460-15-001 od 10.02.2016.

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

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

OFEV[®], kapsule, meke, 150 mg: 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 • EM-RS-101660 • Datum izrade materijala: April, 2023.



**Boehringer
Ingelheim**

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

Jardiance®

(empagliflozin)



**Boehringer
Ingelheim**

Ukoliko Vam je potrebna medicinska informacija o leku kompanije
Boehringer Ingelheim molimo Vas pozovite kontakt telefon 011 / 311 5960
ili pošaljite e-mail na adresu medinfo@boehringer-ingelheim.com.
Kompletan Sažetak karakteristika leka, april 2024, dostupan na zahtev.
Datum rešenja 13.05.2020. Nosilac dozvole: Boehringer Ingelheim Serbia
d.o.o. Beograd, Milentija Popovića 5a, Beograd.

Milentija Popovića 5, 11070 Novi Beograd
info.bel@boehringer-ingelheim.com
tel. 011/311 5960 • fax 011/311 5961

Samo za stručnu javnost.
Datum pripreme materijala: Septembar 2024.
PC-RS-100561

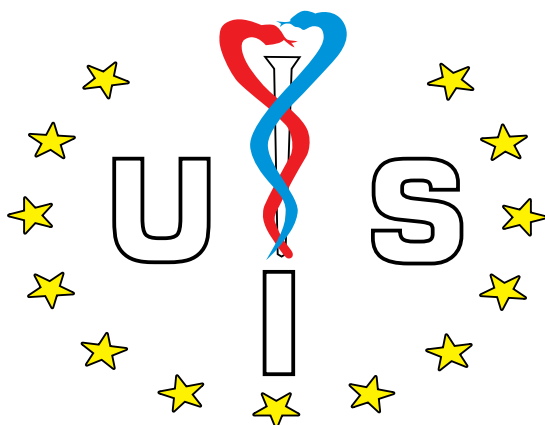
JA KUCAM

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

udruzenje.internista.srbije@gmail.com

www.uis.org.rs

SMART TRAVEL PCO

Njegoševa 72a, 11000 Beograd

011 770 21 84, 770 25 22

smartravelpco4@smartravelpco4.rs

www.smartravelpco4.rs