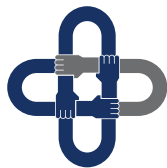


ORGANIZATOR:



Asocijacija privatnih  
zdravstvenih ustanova  
i privatnih praksi Srbije

GENERALNI SPONZOR:

**ЕУРОМЕДИК**   
*У служби вашег здравља*



# TREĆA KONFERENCIJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA U PRIVATNOM SEKTORU

# ZBORNİK RADOVA

6.-7. maj 2022.

Hotel Crowne Plaza

Beograd

**ЕУРОМЕДИК** 

*У служби вашег здравља*





Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji,

Izrazito nam je zadovoljstvo i čast da Vam, u ime Naučnog i Organizacionog odbora, poželimo dobrodošlicu na Treću konferenciju zdravstvenih radnika u privatnom sektoru, koju organizuje Asocijacija privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi Srbije, u hotelu Crowne Plaza u Beogradu, 6.-7. maja 2022. godine.

Drugi Kongres održan 2020. godine, kojem je prisustvovalo preko 1400 učesnika, zdravstvenih radnika i to lekara, farmaceuta, stomatologa, biohemičara, medicinskih i zdravstvenih tehničara, potvrdio je da je jedan od najvećih događaja ovog tipa i još jednom pokazao snagu i energiju privatnog sektora u zdravstvu.

Nakon dvogodišnje pauze u organizovanju događaja, uslovljene epidemijom korona virusa, nestrpljivi smo da osetimo energiju skupa koji se održava uživo!

Prvog dana Konferencije učesnici će u okviru seminara Depresija i anksiozni poremećaji saznati koje su posledice pandemije korona virusa na duševno zdravlje. Takođe će imati priliku da se upoznaju sa rezultatima nacionalnog istraživanja CoV2Soul.rs. Depresija će, kao najčešći i klinički najznačajniji psihijatrijski poremećaj, biti sagledana na nivou simptoma i sindroma i biće izložene najnovije smernice za tretman depresivnih stanja. Drugi dan posvećen je kardiovaskularnim bolestima koje su značajan uzrok invalidnosti, gubitka radne sposobnosti, prevremene smrtnosti i sve većih troškova zdravstvene zaštite i nosi naziv „Novi horizont u prevenciji kariovaskularnih bolesti“.

Zahvaljujemo se svim predavačima koji su svesrdno prihvatili poziv i potrudili se da prezentuju aktuelne teme koje su ineteresantne i značajne za sve učesnike Konferencije.

Svim učesnicima Treće konferencije zdravstvenih radnika u privatnom sektoru želimo uspešan rad.



**Dr spec. int. med Dragana Milutinović**  
Predsednik Naučnog odbora Kongresa



**Mag. farm. Slavica Milutinović**  
Predsednik Organizacionog odbora Kongresa



**Dejan Dragutinović**  
Predsednik Upravnog odbora  
Asocijacija privatnih zdravstvenih ustanova  
i privatnih praksi Srbije

## DEPRESIJA I ANKSIOZNI POREMEĆAJI

- 9.30-10.00  
**Prof. dr Nađa Marić Bojović**  
Institut za mentalno zdravlje, Beograd  
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu  
**POSLEDICE PANDEMIJE KORONA VIRUSA NA MENTALNO ZDRAVLJE  
- KOLIKA JE PREVALENCIJA PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA U OPŠTOJ POPULACIJI?**
  
- 10.00-10.30  
**Prof. dr Goran Knežević**  
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu – Odsek za psihologiju  
**REZULTATI NACIONALNOG ISTRAŽIVANJA COV2SOUL.RS - FOKUS NA TEORIJE ZAVERE**
  
- 11.30-12.00  
**Prof. dr Nikola Ilanković**  
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu  
MediGroup, Beograd  
**DEPRESIJA I POREMEĆAJI SPAVANJA**
  
- 12.00-12.30  
**Prof. dr sci. Sandra Vezmar Kovačević**  
Katedra za farmakokinetiku i kliničku farmaciju  
Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu  
**KLINIČKI ZNAČAJNE INTERAKCIJE ANTIDEPRESIVA I ANKSOLIITIKA**
  
- 12.30-13.00  
**Dr Snežana Stevanović**  
BioMedicalLab, laboratorija za medicinsku biohemiju  
**LABORATORIJSKE ANALIZE U SKLOPU DIJAGNOSTIKE DEPRESIJE**
  
- 15.30-16.15  
**Prof. dr Milan Latas**  
Klinika za psihijatriju, Klinički Centar Srbije  
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu  
**ANKSIOLITICI - KOME, KADA I KOLIKO DUGO**
  
- 16.15-17.00  
**Prof. dr Slavica Đukić Dejanović**  
Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu  
Acibadem Belmedic, Beograd  
**ZNAČAJ POBOLJŠANJA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI KOD DEPRESIVNIH POREMEĆAJA**
  
- 17.00-18.30  
**Diskusija**
  
- 18.30-19.00  
**Test/Evaluacija**



## NOVI HORIZONT U PREVENCIJI KARIOVASKULARNIH BOLESTI

- 9.00-9.30  
**Prof. dr Petar Otašević**  
Institut za Kardiovaskularne bolesti „Dedinje“  
Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu  
**PREVENCIJA KARDIOVASKULARNIH BOLESTI 2022.**
- 9.30-10.00  
**Doc. dr Goran Lončar**  
Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“  
**ANTIAGREGACIONA TERAPIJA U SEKUNDARNOJ  
PREVENCIJI KARDIOVASKULARNIH BOLESTI**
- 10.00-10.30  
**Doc. dr Tatjana Potpara**  
Klinika za kardiologiju, Klinički Centar Srbije  
**ESC PREPORUKE ZA PREVENCIJU MOŽDANOG UDARA U ATRIJALNOJ FIBRILACIJI 2020**
- 11.30-12.00  
**Doc. dr Marija Zdravković**  
KBC "Bežanijska kosa"  
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu  
**KARDIOVASKULARNE BOLESTI I KOVID 19:  
FAKTORI RIZIKA, DIJAGNOSTIKA, TERAPIJA I REHABILITACIJA**
- 12.00-12.30  
**Prof. dr Arsen Ristić**  
Klinika za kardiologiju, Klinički Centar Srbije  
Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu  
**TERAPIJA LIPIDNIH POREMEĆAJA-EZETIMIB, STATINI, FIBRATI:  
KAKO IZABRATI NAJBOLJE ZA PACIJENTA?**
- 12.30-13.00  
**Mr. sci. dr Bojan Ilisić**  
Načelnik kardiologije OB Acibadem/Belmedic  
**EVOLUCIJA TERAPIJE SRČANE SLABOSTI: POGLED U BUDUĆNOST**
- 16.00-16.30  
**Doc. dr Sanja Stanković**  
Univerzitetski klinički Centar Srbije - Centar za medicinsku biohemiju, Beograd  
Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu  
**LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA ATEROGENIH LIPOPROTEINA:  
ŠTA NAM DONOSE NOVE PREPORUKE?**
- 16.30-17.00  
**Prof. dr Bojko Bjelaković**  
Univerzitetski klinički Centar Niš - Dečija Interna Klinika  
Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu  
**FAMILIJARNA HIPERHOLESTEROLEMIJA U DECE:  
PROBLEM, ORIJENTACIJA, KLINIČKI PRISTUP I NOVE PREPORUKE**
- 17.00-18.30  
**Diskusija**
- 18.30-19.00  
**Test/Evaluacija**





TREĆA KONFERENCIJA  
ZDRAVSTVENIH RADNIKA  
U PRIVATNOM SEKTORU



Asocijacija privatnih  
zdravstvenih ustanova  
i privatnih praksi Srbije

## ČLANOVI PROGRAMSKOG ODBORA KONFERENCIJE

**Dr Dragana Milutinović**

Poliklinika MD, Pančevo, Srbija

**Mag. farm. spec. Tatjana Milošević**

AU Melem Šabac, Srbija

**Doc. dr Sanja Stanković**

Univerzitetski klinički centar Srbije - Centar za medicinsku biohemiju, Beograd,

Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac, Srbija

**Mag. farm. spec. Radica Selić**

AU Selić, Veliko Gradište, Srbija

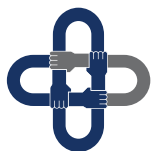
**Mag. farm. Slavica Milutinović**

AU Benu, Beograd, Srbija

Čingrijina 18, Beograd

Telefon: +381 11 3806 109 | Fax: +381 11 2405 846 | E-mail: sekretarijat@privatnapraksa.org

[www.privatnapraksa.org](http://www.privatnapraksa.org)



Asocijacija privatnih  
zdravstvenih ustanova  
i privatnih praksi Srbije

Seminar:

# DEPRESIJA I ANKSIOZNI POREMEĆAJI

---



TREĆA KONFERENCIJA  
ZDRAVSTVENIH RADNIKA  
U PRIVATNOM SEKTORU



# Posledice pandemije korona virusa na mentalno zdravlje - kolika je prevalencija psihijatrijskih poremećaja u opštoj populaciji?

## Prof. dr Nađa Marić Bojović

**Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet - Institut za mentalno zdravlje**

**Ljiljana Lazarević** Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Institut za psihologiju

**Ljiljana Mihić** Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odelek za psihologiju

**Milica Pejović-Milovačević** Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet - Institut za mentalno zdravlje

**Zorica Terzić-Šupić** Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet – Katedra za socijalnu medicinu

**Olivera Vuković** Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet - Institut za mentalno zdravlje

**Oliver Tošković** Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju

**Jovana Todorović** Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet – Katedra za socijalnu medicinu

**Goran Knežević** Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju

Uvod: Na početku pandemije Covid-19 očekivala se epidemija psihijatrijskih poremećaja. Tokom 2020. godine u Norveškoj je zabeležena prevalencija od 13-14%, dok je u Češkoj uočeno da čak 33% odraslih zadovoljavaju kriterijume za neki od psihijatrijskih poremećaja. Procenat stanovništva kod kojih je postojao jači distres izražen kroz povišene nivoe anksioznosti i depresivnosti varirao je u literaturi od 10% do 40%. Ove varijacije mogu biti posledica nereprezentativnosti uzoraka i drugih metodoloških artefakata. Nacionalnih studija o učestalosti psihijatrijskih poremećaja u drugoj godini pandemije u svetskoj literaturi još uvek nema.

Cilj rada: Utvrditi prevalenciju psihijatrijskih poremećaja na reprezentativnom uzorku odrasle populacije Srbije i jačinu distresa u drugoj godini pandemije Covid-19. Uporediti ove rezultate sa sličnim podacima iz literature.

Metodologija: Primarna ciljna populacija CoV2Soul.rs su bili ispitanici starosti 18-65 godina iz 60 opština odabranih stratifikovanim metodom dvoetapnog uzorka da bi se dobile statistički pouzdane ocene prevalencije najčešćih poremećaja. Primenjen je MINI 7.0.2. Standard - intervju za postavljanje 12 najčešćih MKB-10 dijagnoza od strane 52 obučena i supervizirana saradnika na terenu. Distres je meren samoupitnicima PHQ-9 i GAD-7. Ispitivani su učestalost Covid-19. infekcije, samoizolacija, infekcija-bolest bližnjih i nedostatak epidemiološki preporučene opreme na poslu, subjektivna ocena uticaja pandemije na život, kao i povezanost potencijalnih socio-demografskih i drugih prediktora mentalnih poremećaja. Protokol je registrovan pod brojem NCT04896983.



Rezultati: U periodu jun-oktobar 2021. godine ispitane su 1203 osobe. Starost i polna distribucija uzorka odgovaraju proseku za Srbiju. Preko ispitnika je prijavilo najmanje jedan stresor povezan sa Covid-19. Jedna petina uzorka studije bila je pozitivna na C-19, a polovina je bila vakcinisana u trenutku ispitivanja. Većina ispitanika izjasnila se da pandemija nije uticala ni pozitivno ni negativno na njihov život. Prevalencija bilo kog mentalnog poremećaja bila je 15.2% (poremećaji povezani sa upotrebom alkohola 7.6%, velika depresivna epizoda 2.2% i generalizovani anksiozni poremećaj 1.9%). Suicidalnost je registrovana kod 2.8% ispitanika. Većina utvrđenih stanja bila je blažeg intenziteta. Dobijena srednja vrednost distresa upućuje na niske vrednosti u populaciji u drugoj godini pandemije. Nedostatak zaštitne epidemiološke opreme bio je povezan sa prevalencijom anksioznih poremećaja i simptoma anksioznosti. Utvrđena je značajna povezanost pojave poremećaja sa određenim socio-demografskim i opšte-zdravstvenim faktorima.

Diskusija: U inače nedovoljno istraženom regionu, ova studija po prvi put daje nacionalno reprezentativne procene prevalencije psihijatrijskih poremećaja i nivoa distresa. Dati podaci doprinose globalnom razumevanju mentalnog zdravlja nakon prolongirane pandemije Covid-19.

Zaključak: Nema dokaza da je učestalost psihijatrijskih poremećaja u Srbiji u drugoj godini pandemije značajno veća pre-pandemijske učestalosti u Evropi.

Istraživanje sprovedeno uz podršku Fonda za nauku Republike Srbije, br. projekta 7528289 COVID -19 CoV2Soul.RS



# Rezultati nacionalnog istraživanja CoV2Soul.rs - fokus na teorije zavere

## Prof. dr Goran Knežević

**Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju**

**Ljiljana Lazarević Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Institut za psihologiju**

**Ljiljana Mihić Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju**

**Milica Pejović-Milovačević Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet - Institut za mentalno zdravlje**

**Zorica Terzić-Šupić Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet – Katedra za socijalnu medicinu**

**Olivera Vuković Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet - Institut za mentalno zdravlje**

**Oliver Tošković Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju**

**Jovana Todorović Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet – Katedra za socijalnu medicinu**

**Nada Marić Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet - Institut za mentalno zdravlje**

Uvod: Dve okolnosti su obeležile Covid-19 pandemiju: proliferacija teorija zavere u vezi sa virusom SARS-Cov-2 i odbijanje znatnog dela stanovništva da se vakciniše nekom od raspoloživih vakcina. Ovde će fokus biti na razumevanju faktora koji utiču na sklonost ka prihvatanju teorija zavere, pošto je više puta pokazano da teorije zavere imaju uticaj na maladaptivno zdravstveno ponašanje. Usredsređujemo se na utvrđivanje uticaja brojnih - već istraživanih, ali i nekih novih individualnih i kontekstualnih faktora - kao i njihovih aditivnih i interaktivnih efekata na verovanje u teorije zavere i vakcinalni status.

Cilj rada: Utvrđivanje prevalencije dominantnih teorija zavere u vezi sa Covid-19 na reprezentativnom uzorku odrasle populacije Srbije, kao i uticaja socio-demografskih faktora, opšteg somatskog stanja, stresnih iskustava tokom pandemije, crta ličnosti i distresa na: a) sklonost ka prihvatanju teorija zavere u vezi sa Covid-19, i b) na vakcinalni status ispitanika.

Metodologija: Struktura ličnosti je procenjena inventarima HEXACO (Poštenje, Emocionalnost, Ekstraverzija, Saradljivost, Savesnost, Otvorenost) + DELTA (Dezintegracija). Distres je meren skalama samoprocene PHQ-9 i GAD-7. Procenjivali smo stresore povezane sa Covid-19, kao i stresore tokom pandemije koji nisu direktno povezani sa Covid-19. Povezanost prediktora i sklonosti ka usvajanju teorija zavere i vakcinalnog statusa izražena je regresionim jednačinama na subuzorku onih ispitanika bez aktuelnih psihijatrijskih dijagnoza.



Rezultati: Intervjuisano je ukupno 1203 ispitanika čija starost i polna distribucija odgovaraju proseku za Srbiju. Najznačajniji prediktori vakcinacije su starost i odsustvo zavereničkih uverenja. Najznačajniji prediktori zavereničkih uverenja su crte Dezintegracija i manji broj godina škole, ali i Ekstraverzija, Poštenje, niža Emocionalnost, niža Otvorenost, niža samokontrola, stanovanje u manjem mestu, i zaposlenost. Ni stresna iskustva, ni njihove interakcije sa crtama ličnosti, nisu imale uticaja na zaverenička uverenja i vakcinalni status.

Diskusija: Prevalencija prihvatanja teorija zavere u vezi sa Covid-19 u Srbiji je slična prevalenciji u drugim državama Zapadnog balkana, ali i u UK. Ispitanici skloni iskustvima sličnim psihozi, zatvoreni za iskustvo i ponešto impulsivni, ali društveni, emocionalno stabilni, sa smislom za fer-plej, nižeg obrazovanja, iz manjih mesta i zaposleni najviše su skloni usvajanju teorija zavere. Najznačajniji prediktori vakcinacije su starost i odsustvo zavereničkih uverenja.

Zaključak: Verovanje u teorije zavere je jedan je od najznačajnijih negativnih prediktora vakcinalnog statusa. Činjenica da su ličnosne dispozicije predstavljale najsnažniji skup prediktora teorija zavere ukazuje da su i zaverenička uverenja provocirana konkretnim pandemijskim kontekstom presudno izraz mentalnog seta individua i njihovih trajnih ponašajnih tendencija.

Istraživanje sprovedeno uz podršku Fonda za nauku Republike Srbije, br. projekta 7528289 COVID -19 CoV2Soul.RS



# Depresija i poremećaji spavanja

**Prof. dr Nikola Ilanković**

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

MediGroup, Beograd

Andrej Ilanković

Spavanje je regularno, ponavljano i reverzibilno stanje organizma, koje se odlikuje relativnim mirovanjem i porastom praga za spoljne draži u odnosu na budno stanje. Najvažnija pitanja u istraživanju spavanja su: Zašto spavamo? Šta je funkcija spavanja? Mi pretpostavljamo dve značajne funkcije spavanja: (1) fiziološku funkciju spavanja kao adaptivnog ponašanja u smislu zaštite mozga od kritičnog rashlađenja, i (2) psihološku funkciju spavanja koja se ogleda u održavanju kontinuitet psihičkog života kroz proces sanjanja (Ilanković N., Ilanković A, 1999).

Naučno istraživanje spavanja je počelo pre oko 120 godina i može se podeliti na dva perioda: (1) Preelektroencefalografsku eru od 1860. do 1935. godine, i (2) Elektroencefalografsku eru od 1935. do danas. EEG era je počela 1935. godine kada su Loomis, Harvey i Hobart načinili prvu klasifikaciju stadijuma spavanja u odnosu na električnu aktivnost mozga. Aserinsky i Kleitman su otkrili tzv. REM spavanje (spavanje sa brzim očnim pokretima), praćeno sanjanjem. Otkriće humane elektroencefalografije i tehnologije poligrafskog registrovanja spavanja, omogućilo je objektivnoprćenje poremećenog spavanja kod pacijenata.

Razlikuju se četiri osnovne kategorije poremećaja spavanja:

(1) Poremećaji iniciranja i održavanja spavanja (Insomnije); (2) Poremećaji u smislu ekscesivne pospanosti (Hipersomnije); (3) Poremećaji ritma budnost-spavanje; i (4) Parasomnije.

Pojava i razvoj kompjuterske tehnologije je učinila znatno jednostavnijom analizu i čuvanje EEG odnosno PSG (polisomnografskih) podataka dobijenih registrovanjem spavanja. Elektroencefalogram (EEG), elektrookulogram (EOG) i elektromiogram (EMG) su bazična kliničko-neurofiziološka merenja koja se primenjuju u većini laboratorija za istraživanje spavanja (EEG+EOG+EMG=PSG, tj. polisomnografija). (Rechtschaffen A, Kales A, 1968.)

Najnoviji razvoj tehnika registrovanja u slobodnom kretanju pacijenta, tzv. Ambulatorna Kasetna Polisomnografija (ACPSG), omogućila je 24-časovno praćenje cirkadijalnog ritma budnost-spavanje, i registrovanje svih promena u dinamici i strukturi poremećenog spavanja.

Model Egzogene perturbacije spavanja je karakterističan za egzogena/Reaktivna Depresivna stanja -porast broja noćnih buđenja je statistički najznačajniji fenomen.

Model Endogene perturbacije spavanja kod Endogene Depresije (manije, OMB, shizofrenije, paranoidnih stanja, anoreksije, alkoholizma) karakteriše: (1) Skraćenje

REM-latence; (2) Redukcija delta-spavanja, (3) Porast Indeksa Endogene Perturbacije (IEP); i (4) Produženje stadijuma REM1 stadijuma.

Rezultati naših istraživanja ukazuju da Indeks Endogene perturbacije (IEP-P1=REM-1/NREM-1) predstavlja statistički najznačajniji indikator razvoja/regresije endogene perturbacije spavanja kod depresije, manije, shizofrenije i drugih psihotičnih stanja (izmenjenih stanja svesti), organskih moždanih bolesti, bolesti zavisnosti, itd. (Ilankovic N. et al.,1999, Ilankovic A. 2014, Ilankovic N, Ilankovic A. 2020.)



# Klinički značajne interakcije antidepresiva i anksiolitika

**Prof. dr Sandra Vezmar Kovačević**

**Katedra za farmakokinetiku i kliničku farmaciju**

**Univerzitet u Beogradu – Farmaceutski fakultet**

Uvod: U kliničkoj praksi su od značaja interakcije između lekova koje mogu ugroziti efikasnost ili bezbednost terapije pacijenta. Neželjeni ishodi interakcija se najčešće mogu sprečiti odgovarajućom intervencijom od strane lekara i farmaceuta.

Cilj rada: Prikazati najčešće klinički značajne interakcije antidepresiva i anksiolitika i mogućnosti za sprečavanje njihovog neželjenog ishoda

Metodologija: Upotrebom Lexi-Interact baze podataka (Lexi-Comp Inc., Hudson, Ohio, SAD) obrađene su klinički značajne interakcije antidepresiva i anksiolitika. Lexi-Interact baza klinički značajne interakcije klasifikuje u tri kategorije: X (interakcije koje je potrebno izbeći), D (interakcije koje zahtevaju intervenciju) i C (interakcije kod kojih je potrebno praćenje ishoda).

Rezultati: Inhibitori preuzimanja serotonina (SSRI) i triciklični antidepresivi (TCA), stupaju u interakcije kategorije X sa većim brojem lekova, od kojih su najznačajniji inhibitori monoaminooksidaze (MAOI), linezolid i selegilin. Usled povećanog rizika od kvarenja, potrebno je obratiti pažnju i kod primene antikoagulantnih lekova i nesteroidnih antiinflamatornih lekova sa SSRI (interakcije kategorije D). Pojedini lekovi iz grupe, poput fluoksetina, su inhibitori izoenzima CYP2D6 i mogu usporiti eliminaciju lekova poput tamoksifena, aripiprazola i doksorubicina. Ne savetuje se primena TCA sa drugim lekovima koji imaju antiholinergične efekte (poput ipratropijuma i klopazina) a interakcije su klasifikovane u kategorije X i D u zavisnosti od izraženosti neželjenih ishoda. Benzodiazepini, kao i TCA često stupaju u interakcije sa drugim lekovima koji mogu dovesti do depresije centralnog nervnog sistema (CNS) poput azelastina, buprenorfina, opioidnih agonista, zolpidema i dr. Navedene interakcije se takođe, kategorišu kao X i D u zavisnosti od neželjenih ishoda. Formulacije benzodiazepina koje sadrže etanol ili propilen glikol ne treba davati pacijentima na terapiji metronidazolom ili disulfiramom. Efikasnost terapije benzodiazepinima može biti ugrožena kod pacijenata koji primenjuju teoflin ili njegove derivate.

Diskusija: Antidepresivi i anksiolitici su lekovi koji stupaju u brojne klinički značajne interakcije od kojih su pojedine kontraindikovane (kategorija X). Posebnu pažnju treba obratiti kada se antidepresivi i anksiolitici uvode u terapiju pacijenata koji primenjuju druge lekove koji deluju na CNS, poput MAOI i depresora CNS ili kada se SSRI propisuju pacijentima koji imaju povećan rizik od krvarenja. Pojedini neželjeni ishodi mogu se sprečiti ograničenjem doze lekova koji stupaju u interakciju ili pažljivim odabirom leka iz grupe.

Zaključak: Zbog mogućih ozbiljnih neželjenih ishoda, neophodno je poznavati klinički značajne interakcije antidepresiva i anksiolitika i upravljati njima.



# Laboratorijske analize u sklopu dijagnostike depresije

**Dr Snežana Stevanović**

**BioMedicaLab, laboratorija za medicinsku biohemiju**

Uvod i cilj rada: Depresija je psihijatrijski poremećaj koji predstavlja jedan od najčešćih zdravstvenih uzroka nesposobnosti za rad. Procenjeno je da najmanje jedna od šest osoba pati od depresije u nekom trenutku života. Dijagnoza se zasniva isključivo na karakterizaciji subjektivnih simptoma ( često zajedničkih za više poremećaja) koje pacijenti autointerpretiraju i u mnogome zavisi od iskustva lekara. Cilj ovog istraživanja je bio da se pretragom objavljenih naučnih radova utvrdi koja je uloga i doprinos laboratorije u dijagnostici depresije. Metodologija: Pretraživanje baza podataka po pojmovima "laboratorijske analize u dijagnostici depresije, biomarkeri depresije, laboratorijske metode u dijagnostici depresije" ograničeno je na period od 2000. godine do danas. Korišćene su baze PubMed i Google Scholar. Rezultati i diskusija: Objavljeni podaci govore da do sada nije bilo moguće dijagnostikovati depresiju jednostavno samo na osnovu laboratorijske analize krvi. Rezultati analiza koje se primenjuju u najboljem slučaju obezbeđuju posredne ali ne i čvrste dokaze da se radi o depresiji. Uobičajeno se rade analize pomoću kojih možemo da odbacimo komorbiditete, uticaj toksikoloških i farmaceutskih supstanci, postojanje infekcija koje mogu da budu uzrok ili da doprinesu pojavi depresivnih epizoda. Dodatna laboratorijska ispitivanja su indicirana kod pacijenata sa hroničnim medicinskim stanjima, uključujući starije, kao i institucionalizovane pacijente, pacijente sa ličnim samozanemarivanjem i korisnike psihoaktivnih supstanci. Uglavnom se koriste imunološke (ELISA), neimunološke metode (HPLC) i metode molekularne biologije. One nam omogućuju ispitivanje genoma, proteoma i metaboloma u oblastima neuroinflamacije, DNA metilacije i oksidativnog stresa. Dosadašnja saznanja idu u prilog postojanja udruženih relevantnih molekula u cirkulaciji koji ne samo da bi mogli da omogućе dijagnostiku manifestne depresije, već bi omogućili da se unapred utvrdi tendencija ka depresivnom raspoloženju kao i da se proceni uspeh terapije. Zaključak: Pokušaji naučnika da identifikuju pogodne biomarkere koji bi olakšali dijagnozu depresije zasnivaju se na brzom razvoju istraživanja zajedno sa pojavom novih tehnologija. Priroda depresije zahteva postojanje panela odgovarajućih serumskih biomarkera čija bi analiza nedvosmisleno potvrdila njeno postojanje, a čija je primena na pomolu.



# Anksiolitici - kome, kada i koliko dugo

**Prof. dr Milan Latas**

**Klinika za psihijatriju, Klinički Centar Srbije**

**Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu**

Uvod: Korišćenje benzodiazepina u Republici Srbiji dostiglo je neslućene razmere. Zbog toga je i ograničen način na koji se ovi lekovi prepisuju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te je u poslednje vreme приметно veći broj ljudi koji se po ovom pitanju javlja specijalistima psihijatrije, uglavnom sa motivacijom da nastave uzimanje ovih lekova.

Ne ulazeći u detalje na koji način je većina ljudi počela da uzima ove lekove, može se postaviti pitanje: Da li je enormno učestalo korišćenje benzodiazepina opravdano ili ne? Prema savremenim strategijama lečenja pacijenata sa anksioznim poremećajima (što je osnovna indikacija za upotrebu benzodiazepina) ovi lekovi se ne smatraju prvim izborom u tretmanu.

Cilj: Suočeni sa teškoćama pred kojima se nalaze pacijenti koji duže vreme uzimaju benzodiazepine, ali i lekari koji na drugačiji način treba da pristupe ovom problemu nastala je potreba za edukacijom svih praktičara - kliničara (pre svega lekara opšte medicine, ali i psihijataru) o osnovnim smernicama dijagnostike i tretmana pacijenata sa anksioznim poremećajima, a naročito onih pacijenata koji duže vreme koriste (zloroptrebljavaju) benzodiazepine.

Metod: Na osnovu brojnih internacionanih studija kojima je ispitivana efikasnost različitih psihofarmaka kod pacijenata sa anksioznim poremećajima (Wampold i sar., 2011), preporuka stručnih udruženja (Bandelow i sar., 2008) i kliničkih studija koje su istraživale ishod tretmana na našoj populaciji pacijenata (Latas, 2005) izdvojene su smernice za efikasan farmakološki tretman pacijenata sa anksioznim poremećajima.

Rezultati: Akcenat će biti stavljen na primenu savremenih algoritama koji su usklađeni sa domaćim potrebama i mogućnostima za dijagnostiku i lečenje, a na bazi internacionalnih konsenzusa, kao i na prikaz preporuka za doziranje i dužinu tretmana psihofarmacima uz prikaz neželjenih dejstava koja se mogu pojaviti tokom lečenja benzodiazepinima samim, ili u kombinaciji sa drugim lekovima. Naročita pažnja će se obratiti na postupke primene racionalne upotrebe benzodiazepina i načine kako da se spreči zloupotreba u najširem smislu.

Zaključak: U planiranom izlaganju biće detaljnije opisani savremeni aspekti dijagnostike i farmakoterapije pacijenata sa anksioznim poremećajima sa naglaskom na primenu benzodiazepina



# Značaj poboljšanja zdravstvene pismenosti kod depresivnih poremećaja

**Prof. dr Slavica Đukić Dejanović**

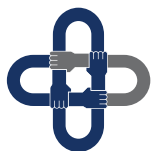
**Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu**

**Acibadem Belmedic, Beograd**

Mentalno zdravlje je jedan od prioriteta javnog zdravlja zbog značajne učestalosti mentalnih poremećaja i učinka na zdravstvene, socijalne i ekonomske segmente društva. Aktualna covid-19 pandemija je usmerila stručnjake i istraživače na probleme mentalnog zdravlja i potrebu povećanja zdravstvene pismenosti u opštoj populaciji. Depresija spada u vodeće uzroke invaliditeta u svetu, a ekonomski troškovi prema SZO čine više od 4 % BDP širom sveta. U Istraživanju zdravlja stanovništva Srbije u 2019. godini (korišćen Upitnik o zdravlju pacijenata PHQ -9) na osnovu sopstvenog iskaza 4,3 % građana obolelo je od depresije. Simptomi depresije su češći kod žena (2:1), starijih (7,1 %), najsiromašnijih (4,4%) i osoba najnižeg stepena obrazovanja (4,6 %).

Stručnjaci su u obavezi da valjano preveniraju, prepoznaju, dijagnostikuju, primenjuju farmakološke i nefarmakološke terapijske procedure i odlučuju o prekidu lečenja depresivnih. Nephodan je individualni pristup, sa posebnom pažnjom na dužinu trajanja poremećaja i dubinu depresivnosti kod njih. U Srbiji je obavezujuća primena Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10), pa je u skladu sa ovim sistemom, detaljno razrađena metodologija i kriterijumi za postavljanje dijagnoze depresije. Ukazano je na identifikovanje tzv. tipičnih, tzv. ostalih, odnosno psiholoških, bihevioralnih i somatskih simptoma depresije, kao i distinkciju depresivnosti i depresivnih epizoda. Postavljanje dijagnostičke kategorije blaga, umerena ili teška depresivna epizoda (F32) preduslov je za dalju objektivizaciju poremećaja, primenom upitnika i skala procene evaluacije, a tako se bolje prepoznaje psihopatologija i olakšava razumevanje psihijatrijskih i somatskih komorbiditeta. Jednostavnost Upitnika za samoprocenu depresivnosti (PHQ-9) olakšava stručnjacima transfer znanja ka što većem broju pojedinaca opšte populacije, da ga i sami koriste. U stručnoj i opštoj populaciji kroz edukativne programe, naravno na različitim nivoima, unapređuje se mentalno zdravlje kao bitan segment zdravlja uopšte.

Objektivizacija, kliničko znanje i primena odgovarajućih tehnika vezanih za evaluaciju depresije lekarima opšte medicine, farmaceutima i tehničarima medicinske i farmaceutske struke omogućava njihovu sigurnost u primeni stručnih procedura i daje im mogućnost organizovanja edukacija edukatora. Transferom bitnih znanja i veština samoprocene simptomatologije depresivnog poremećaja, podiže se zapravo nivo zdravstvene pismenosti u opštoj populaciji. U situaciji Kovid pandemije i mogućim budućim sličnim visoko rizičnim masovnim katastrofičnim okolnostima, za očekivati je pogoršanje mentalnog funkcionisanja među stanovništvom. Priprema stručne i opšte javnosti da se uključe u protokole za takve okolnosti i njihova spremnost da adaptivno tada odgovore, značajno će doprinositi umanjenju kako patnji pojedinaca, tako i štetnosti zdravstvenim, socijalnim i ekonomskim potencijalima u celini.



Asocijacija privatnih  
zdravstvenih ustanova  
i privatnih praksi Srbije

Seminar:

# NOVI HORIZONT U PREVENCIJI KARIODVASKULARNIH BOLESTI

---



TREĆA KONFERENCIJA  
ZDRAVSTVENIH RADNIKA  
U PRIVATNOM SEKTORU



# Prevenција kardiovaskularnih bolesti 2022.

**Prof. dr Petar Otašević**

**IKVB Dedinje**

**Medininsku fakultet Univerziteta u Beogradu**

Sve aktuelne smernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti (KVB) u kliničkoj praksi preporučuju procenu ukupnog rizika od KVB jer je aterosklerotska KVB obično proizvod niza faktora rizika. Prevenciju KVB kod date osobe treba prilagoditi njenom ukupnom riziku od KVB: što je veći rizik to bi aktivnost na prevenciji trebalo da bude intenzivnija.

Hiperlipidemija. Randomizovana klinička ispitivanja (RKI) su jasno pokazala da smanjenje nivoa lipoproteina-holesterola niske gustine (LDL-C) ishranom i/ili lekovima može smanjiti rizik od KVB događaja. Ovaj dokaz je najveći za upotrebu statina. Takođe je pokazano da postoji gradijent između stepena sniženja LDL-C i stepena prevencije KVB. Ciljevi lečenja LDL-C zavise od ukupnog rizika od KVB kod pacijenta i od osnovnog nivoa LDL-C. Kod pacijenata sa veoma visokim rizikom od KVB, cilj LDL-C od  $<1,4$  mmol/L, kod pacijenata sa umerenim rizikom od KVB, cilj LDL-C od  $<2,6$  mmol/L dok kod osoba sa niskim rizikom, treba uzeti u obzir cilj LDL-C od  $<3,0$  mmol/L. Na osnovu rezultata ispitivanja IMPROVE-IT, trebalo bi razmotriti dalje snižavanje LDL-C dodavanjem ezetimiba kod pacijenata sa KVB sa LDL-C  $\geq 70$  mg/dL ( $\geq 1,8$  mmol/L) uprkos maksimalno tolerisanoj dozi statina. PCSK9 inhibitori dodatno smanjuju LDL-C pored učinka koji se može postići statinima. U FOURIER studiji, inhibicija PCSK9 sa evolokumabom pored primene statina je snizila LDL-C za prosečno 30 mg/dL (0,78 mmol/L) i smanjila KVB događaje. Primenu ovih lekova treba razmotriti kod pacijenata sa veoma visokim KV rizikom kod kojih LDL-C ostaje povišen uprkos tome što se leče maksimalnom dozom statina u kombinaciji sa ezetimibom, ili kod pacijenata sa intolerancijom na statine.

Arterijska hipertenzija. Povišeni krvni pritisak (KP) je jedan od najvažnijih faktora rizika za KVB na koji se može uticati. Povoljni efekti terapije za snižavanje krvnog pritiska na smanjenje moždanog udara, infarkta miokarda, srčane insuficijencije i smrti pokazani su u brojnim RKI i različitim meta-analizama. Snižavanje krvnog pritiska može se postići kroz promene načina života i terapiju lekovima. Rezultati post hoc analiza ispitivanja sugerišu postojanje povezanosti u obliku slova J između postignutog krvnog pritiska i rizika od KVB. Rezultati novijih ispitivanja, gde je intenzivnije snižavanje krvnog pritiska upoređeno sa manje intenzivnim smanjenjem, ponovo su otvorili diskusiju u vezi sa najoptimalnijim ciljevima krvnog pritiska kod pacijenata sa arterijskom hipertenzijom. U nedavnom sistematskom pregledu i mrežnoj meta-analizi uključujući 42 ispitivanja i 144.220 pacijenata, otkriveno je da smanjenje sistolnog krvnog pritiska na nivoe ispod ciljanih vrednosti krvnog pritiska koji su prethodno preporučeni smanjuje rizik od KVB i mortaliteta od svih uzroka.



# Antiagregaciona terapija u sekundarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti

**Doc. dr Goran Lončar**

**Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“**

Procenjeni broj pacijenata kojima je potrebna dvojna antitrombocitna terapija (DAPT), koja se sastoji od kombinacije acetil salicilne kiseline i inhibitora trombocitnog P2Y12 receptora za adenozin 5'-difosfat (ADP), značajan je i povećava se tokom vremena u Evropi. Na osnovu procena broja stanovnika iz 2015. godine, 1 400 000 i 2 200 000 pacijenata godišnje može imati indikaciju za DAPT nakon koronarne intervencije ili infarkta miokarda (MI).

Na temelju više od 40 randomizovanih kliničkih studija, uključujući više od 300 000 pacijenata, DAPT je među najintenzivnije istraživanim mogućnostima liječenja u tom području kardiovaskularne medicine. Uz progresivno usavršavanje strategije inhibicije P2Y12 – prihvatanje sigurnijih (od tiklopidina na klopidogrel), a zatim snažnijih i predvidljivijih lekova (od klopidogrela do tikagrelora ili prasugrela) – istraživanja su istovremeno usmerena na optimalno trajanje lečenja. Svakako je bilo neophodno istražiti produžene DAPT režime koji su proizašli iz zabrinutosti oko pojave kasne i vrlo kasne stent tromboze koja se događa nakon implantacije prve generacije stentova sa otpuštanjem leka (DES). Ipak, pojava nove generacije DES-a i rezultati najnovijih randomizovanih ispitivanja (RCT) utvrdili su veliku promenu paradigme u načina na koji bi DAPT trebala biti osmišljena i primenjena u kliničkoj praksi. DAPT ostaje vrlo značajan preventivni tretman za trombozu stenta u celini; međutim, rizici od kasne i (još više) vrlo kasne tromboze stenta značajno su se smanjili od pojave novije generacije DES-a. Stoga se čini da rizik od krvarenja povezanog s produženjem DAPT-a preko 1 godine nije opravdan malom apsolutnom koristi uočenom u smislu vrlo kasne prevencije tromboze stenta. S druge strane, pojavljuju se dokazi da DAPT smanjuje dugoročni rizik od infarkta miokarda koji nije povezan sa stentom, kao i moždanog udara. Stoga je, nakon 21 godine istraživanja, DAPT prešla sa lokalne (tj. povezane sa stentom), na strategiju sistemskog liječenja, prenoseći globalnu zaštitu pacijenata.

Dakle, cilj ovog izlaganja je osvrst na optimalni tip i trajanje DAPT-a kod bolesnika s utvrđenom koronarnom arterijskom bolešću (CAD), bez obzira na revaskularizaciju. Ovo proizlazi iz protivrečnih rezultata dostupnih studija i ograničenih dokaza o efikasnosti DAPT kod različitih grupa bolesnika (npr. stariji bolesnici, sa komorbiditetom ili s većim rizikom od krvarenja) kod kojih se kompromis između koristi i rizika DAPT-a može razlikovati od onih uočenih u više odabranih grupa pacijenata uključenih u istraživanja.



# ESC preporuke za prevenciju ishemijskog moždanog udara u atrijalnoj fibrilaciji 2020

**Doc. dr Tatjana Potpara**

**Klinika za kardiologiju, Klinički Centar Srbije**

Smernice Evropskog udruženja kardiologa (ESC) za dijagnostiku i lečenje atrijalne fibrilacije (AF) 2020 preporučuju integrisani holistički pristup u kome centralno mesto pripada bolesniku sa ovom aritmijom, informisanju bolesnika o prirodi bolesti, riziku od neželjenih kardiovaskularnih ishoda, raspoloživim terapijama i mogućim neželjenim dejstvima, kao i zajedničkom donošenju terapijskih odluka zasnovanom na proceni lekara i ličnim preferencama bolesnika.

Mada novodijagnostikovana AF najčešće ne ugrožava život bolesnika neposredno, pravovremeno otpočinjanje optimalnog lečenja je od ključnog značaja za prevenciju komplikacija ove aritmije, pre svega ishemijskog moždanog udara (IMU). Imajući u vidu da se AF može prvi put klinički ustanoviti na bilo kom nivou zdravstvene zaštite, od strane lekara opšte prakse ili različitih specijalnosti, kao i da može da prođe neko vreme pre nego što bolesnik bude pregledan od strane kardiologa, ESC smernice za AF 2020 preporučuju integrisani holistički terapijski pristup – ABC algoritam (A – antikoagulantna terapija za prevenciju IMU, B – bolja kontrola simptoma kontrolom frekvencije i/ili kontrolom ritma, C – kontrola kardiovaskularnih faktora rizika, komorbiditeta i nezdravog načina života), kako bi osnovno lečenje moglo da bude započeto odmah po otkrivanju AF. Prevencija IMU je jedna od ključnih komponenti lečenja AF. Prvi korak u prevenciji IMU je procena tromboembolijskog rizika (CHA2DS2-VASc skor). Bolesnici sa skorom 0 (muškarci) ili 1 (žene) imaju tako nizak tromboembolijski rizik da prevencija IMU nije potrebna, dok je kod svih ostalih indikovana primena OAK (oralna antikoagulantna terapija) ukoliko nema apsolutnih kontraindikacija. Kod bolesnika kod kojih je indikovana OAK prednost imaju direktni inhibitori faktora koagulacije (NOAC) u odnosu na antagoniste vitamina K (VKA), pod uslovom da se ne radi o bolesnicima sa veštačkim mehaničkim valvulama ili umerenom do teškom stenozom mitralnog zalistka (kod njih se mogu primeniti isključivo VKA). Procena individualnog hemoragijskog rizika (HAS-BLED skor) je neophodna radi korekcije otklonjivih hemoragijskih faktora rizika, kao i identifikacije bolesnika sa neotklonjivim faktorima rizika, kod kojih je neophodna češća klinička kontrola. Ne treba izgubiti iz vida da su individualni tromboembolijski i hemoragijski rizik vrlo dinamični, mogu se menjati u kraćim vremenskim periodima i neophodno je procenjivati ih redovno pri kliničkim kontrolama.



# Kardiovaskularne bolesti i KOVID-19: faktori rizika, dijagnostika, terapija i rehabilitacija

**Doc. dr Marija Zdravković**

**Kliničko-bolnički centar Bežanijska kosa, Beograd**

KOVID-19 se pored bilateralne pneumonije kao najčešće respiratorne manifestacije odlikuje i mnogobrojnim ekstrapulmonalnim manifestacijama, uključujući akutni koronarni sindrom, plućnu tromboemboliju, arterijske tromboze perifernih arterija, povredu miokarda, miokarditis ili perikarditis. U osnovi povećanog broja tromboembolijskih događaja i akutne povrede miokarda je endotelna disfunkcija do koje dolazi usled direktnog dejstva virusa ili pak usled dejstva cirkulišućih citokina i mnogih drugih neurohumoralnih faktora. Kardiovaskularne manifestacije se mogu ispoljiti u sklopu akutne faze KOVID-19 infekcije ili kasnije, u sklopu post-KOVID sindroma. Pacijenti sa teškom formom KOVID-19 infekcije, stariji, sa mnogobrojnim komorbiditetima, sa prethodnom istorijom kardiovaskularnih bolesti, su podložniji razvoju kardiovaskularnih manifestacija u sklopu KOVID-19 infekcije i imaju lošiju prognozu. Stoga je od izuzetnog značaja pravovremeno prepoznati, dijagnostikovati i započeti terapiju. Pacijenti sa akutnim koronarnim sindromom zahtevaju hitnu reperfuziju uz evaluaciju respiratornog statusa i eventualnog postojanja pneumonije koja znatno može da utiče na dalji klinički tok. Tromboembolija pluća može biti i životno ugrožavajuća komplikacija koja značajno može kompromitovati respiratorni status i u slučajevima kada ne postoji intersticijalna pneumonija. U mnogobrojnim radovima zabeležen je značajan porast u mortalitetu pacijenata sa kardiovaskularnim komplikacijama, jednim delom i zbog kašnjenja u dijagnostici i započinjanju terapije. Pored mnogobrojnih kardiovaskularnih komplikacija u toku akutne faze KOVID-19 infekcije, značajan je i procenat pacijenata kod koji se komplikacije javljaju i u daljem, post-KOVID toku. Pažnju treba obratiti na pacijente koji su od ranije kardiološki bolesnici, kod kojih zbog težine same KOVID-19 infekcije u toku oporavka može doći do deklansiranja osnovne bolesti, ali i do pojave novih simptoma uključujući bolove u grudima, zamaranje, lupanje i preskakanje srca i mnoge druge. Ovakvi pacijenti moraju proći kompletnu dijagnostiku, uključujući osnovne, ali i sofisticirane metode kardiološke dijagnostike, uključujući i magnetnu rezonancu srca, u cilju otkrivanja eventuelnog miokarditisa ili perikarditisa, koji mogu biti dugotrajni i značajno uticati na kvalitet života kod ovih pacijenata. Pacijenti koji su u toku akutne faze KOVID-19 infekcije zahtevali respiratornu potporu visokim protocima kiseonika, neinvazivnu ili invazivnu mehaničku ventilaciju, sa teškim formama bilateralne pneumonije, te uz to i kardiovaskularne manifestacije, zahtevaju dugotrajnu rehabilitaciju koja za cilj ima što raniji oporavak i poboljšanje kvaliteta života.



# Terapija lipidnih poremećaja-ezetimib, statini, fibrati: kako izabrati najbolje za pacijenta?

**Prof. dr Arsen Ristić**

Klinika za kardiologiju, Klinički Centar Srbije  
Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu

U odnosu na kardiovaskularni mortalitet Srbija nažalost spada u regione sveta sa veoma visokim kardiovaskularnim rizikom. Regulisanje nivoa LDL predstavlja najznačajniji cilj lečenja dislipidemija i redukcije kardiovaskularnog rizika u primarnoj i sekundarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti. Kod bolesnika sa vrlo visokim kardiovaskularnim rizikom (sekundarna prevencija kardiovaskularne bolesti, tip 2 dijabetesa, tip 1 dijabetesa sa oštećenjem ciljnih organa, umereno do teško hronično oboljenje bubrega, familijarna hiperholesterolemija ili SCORE iznad 10%) ciljne vrednosti LDL-a treba da su niže od 1,4 mmol/L i/ili da je smanjenje LDL preko 50%. Kod bolesnika sa visokim kardiovaskularnim rizikom (izraženo povišene vrednosti jednog faktora, SCORE između 5 i 10%) ciljne vrednosti LDL treba da su niže od 1,8 mmol/L. Kod osoba sa umerenim rizikom (SCORE od 1 do 5%) ciljne vrednosti LDL-a treba da su niže od 2,6 mmol/L.

Statini smanjuju sintezu holesterola u jetri inhibicijom aktivnosti enzima HMG-CoA reduktaze. Sniženje LDL za 1,0 mmol/L snižava kardiovaskularni mortalitet za 20%, smanjuje rizik od nastanka koronarnih događaja za 23% i cerebrovaskularnog insulta za 17%. Značajna korist od terapije statinima beleži se već u prvoj godini njihove primene, a još je veća u kasnijem periodu. Snižanjem nivoa serumskih lipida umereno se redukuju suženja koronarnih arterija, ali se značajno smanjuje broj koronarnih događaja, što ukazuje da korist prvenstveno nastaje zbog "stabilizacije" aterosklerotskih lezija. Sem redukcije ukupnog i LDL holesterola statini mogu da u manjoj meri redukuju i trigliceride (posebno atorvastatin), kao i da smanje rizik od pankreatitisa. U slučaju intolerancije statina, ali i u kombinaciji sa statinima može se primeniti ezetimib, koji sprečava resorpciju holesterola u tankom crevu. PCSK9 inhibitori (evolocumab, alirocumab) i inklisiran mogu da značajno dodatno redukuju nivo LDL holesterola u kombinaciji sa statinima ili se mogu davati kod osoba koji ne tolerišu statine ali se retko primenjuju imajući u vidu veoma visoku cenu. Inclisiran je mala ribonukleinska kiselina koja inhibira sintezu PCSK9 u jetri i spušta nivo LDL holesterola i do 55% a može se davati samo dva puta godišnje.

Poželjne vrednosti triglicerida u serumu su ispod 1,7 mmol/L. Lekove za smanjenje triglicerida trebalo bi dati bolesnicima sa visokim kardiovaskularnim rizikom, kada su vrednosti triglicerida iznad 2,3 mmol/L i ne mogu se sniziti higijensko-dijetetskim režimom. Za lečenje hipertrigliceridemije preporučuje se upotreba fibrata, PCSK9 inhibitora i nezasićenih masnih kiselina. Nikotinska kiselina (niacin) uz povećanje nivoa fizičke aktivnosti i pravilan izbor namirnica u ishrani su za sada jedini način za povećanje HDL holesterola.



# Evolicija terapije srčane slabosti: pogled u budućnost

**Mr. sci. dr Bojan Ilišić**

**OB Acibadem/Belmedic**

Uvod: Prevalencija srčane slabosti u Evropi je 1-2% kod odrasle populacije i povećava se sa starošću bolesnika pa je tako u populaciji preko 70 godina starosti oko 10%. Predominantni faktori za razvoj srčane slabosti su koronarna bolest i hipertenzija. Uprkos značajnom poboljšanju rezultata lečenja, srčana slabost ostaje i dalje bolest sa mortalitetom merljivim sa mortalitetom najmalignijih tumora.

Cilj rada: Cilj rada je da se predstavi istorija medikamentoznog lečenja srčane insuficijencije, progres koji je ostvaren poslednjih godina, kao i naučni pomaci koje očekujemo u budućnosti.

Metodologija: Posebnu pažnju u istraživanju srčane slabosti poslednjih decenija privlači uloga renin-angiotenzin-aldosteron sistema (RAAS) i pojava novih lekova koji utiču na ovaj sistem. Nakon beta blokatora, ACE inhibitora, antagonista aldosterona, pojavom leka sakubitril/valsartan (ARNI) koji je inhibitor neprilizina i blokator angiotenzin II tip I receptora (AT I), otvaraju se nove perspektive u lečenju srčane slabosti. PARADIGM-HF studija je poredila rezultate lečenja ARNI i enalapril kod pacijenata sa srčanom slabošću i sniženom ejectionom frakcijom (HfrEF). Kompozitni primarni cilj studije je bio kardiovaskularni mortalitet i hospitalizacija zbog srčane slabosti, kao i razlika u kardiovaskularnoj smrtnosti.

Rezultati: Primarni cilj je bio značajno ređi u grupi pacijenata sa sakubitril/valsartanom (21.8%) u poređenju sa grupom pacijenata sa enalaprilom (26.5%) ([CI], 0.73 to 0.87;  $P < 0.001$ ). Ukupna smrtnost je također bila manja u sakubitril/valsartan grupi u odnosu na enalapril grupu (17.0%) vs (19.8%) (CI, 0.76 to 0.93;  $P < 0.001$ ); kao i kardiovaskularni mortalitet (13.3%) vs (16.5%), (CI, 0.71 to 0.89;  $P < 0.001$ ). U poređenju sa enalaprilom, sakubitril/valsartan grupa je imala i niži rizik od hospitalizacije 21% ( $P < 0.001$ ), značajno manje simptoma srčane slabosti, manje pogoršanja bubrežne slabosti, kao i hiperkalemije.

Diskusija: Studijom PARADIGM-HF, koja se smatra prekretnicom u lečenju srčane slabosti, sakubitril/valsartan (ARNI) se pokazao superiornim u odnosu na enalapril koji je do tada bio standard lečenja kod pacijenata sa srčanom slabošću i sniženom ejectionom frakcijom (HfrEF). Superiornost se ogleda u redukciji hospitalizacije, kardiovaskularnog i ukupnog mortaliteta. Dodatni benefiti terapijom ARNI su bili popravljavanje simptoma, smanjenje incidencije dijabetesa i smanjenje pojave pogoršanja bubrežne funkcije i hiperkalemije. Osim toga smanjuje se i potreba za diuretskom terapijom.

Zaključak: Terapija srčane slabosti je prešla dug put, do sadašnjeg trenutka, koji nastaje kao rezultat dubokog razumevanja patofiziologije RAAS u procesu nastajanja srčane insuficijencije. Uvođenje kombinacije AT1 blokatora i inhibitora neprilizina je dovelo, nakon dugo godina stagnacije, do ogromnog pomaka u smislu smanjenja mortaliteta kod ove grupe bolesnika i otvorilo perspektivu za dalja naučna istraživanja u ovoj oblasti.



# Laboratorijska dijagnostika aterogenih lipoproteina: šta nam donose nove preporuke?

**Doc. dr Sanja Stanković**

**Univerzitetski klinički Centar Srbije - Centar za medicinsku biohemiju, Beograd  
Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu**

Incidencija i stope mortaliteta od aterosklerotske kardiovaskularne bolesti (ASKVB) opadaju u mnogim zemljama u Evropi, ali i dalje predstavljaju glavni uzrok morbiditeta i mortaliteta. Poremećaji metabolizma lipida su najčešći kardiovaskularni faktor rizika. Uprkos kontinuiranoj edukaciji lekara i pacijenata i dostupnosti različitih terapija za snižavanje lipida, ovi poremećaji još uvek predstavljaju veliki dijagnostički i terapijski izazov. Neki lipoproteini prisutni u plazmi (lipoproteini niske gustine-LDL, lipoprotein (a), ostaci lipoproteina veoma niske gustine i ostaci hilomikrona) su uključeni u sve stadijume aterogeneze, doprinoseći razvoju ASKVB. Poslednjih godina objavljene su brojne preporuke Evropskog udruženja kardiologa, Evropskog udruženja za aterosklerozu, Evropske federacije za kliičku hemiju i laboratorijsku medicinu, Američkog udruženja kardiologa itd. koje pružaju smernice za upotrebu savremenih testova za određivanje lipida, lipoproteina i apolipoproteina kako bi se kliničarima pomoglo u njihovim strategijama za prevenciju ASKVB. U novoj eri veoma niskih koncentracija LDL-holesterola (LDL-H), koje se mogu postići intenzivnijim i novim terapijama za snižavanje lipida, sve veća pažnja se usmerava na procenu za lipide vezanog rezidualnog rizika od ASKVB koristeći dodatne biomarkere u odnosu na LDL-H. Tokom ovog predavanja slušaoci će imati mogućnost da se upoznaju sa prednostima i limitacijama određivanja parametara lipidnog profila u uzorcima na tašte i uzorcima uzetim bez perioda noćnog gladovanja, steći će znanja o tome koje parametre lipidnog profila je neophodno određivati kako bi procenili rizik od ASKVB, okarakterisali dislipidemiju, izabrali terapiju i pratili uspešnost iste. Posebna pažnja će biti usmerena na preporuke o pre-analitičkoj, analitičkoj i post-analitičkoj fazi laboratorijskog ispitivanja aterogenih lipoproteina. Važan segment predavanja će biti posvećen određivanju koncentracije LDL-H, sa posebnim osvrtom na različite formule za izračunavanje LDL-H, njihova ograničenja i prednosti, direktno određivanje LDL-H, kao i korigovanje efekta lipoprotein (a)- holesterola na vrednosti LDL-H. Slušaoci će dobiti informacije o tome zbog čega je značajno da laboratorijski izveštaji sadrže vrednosti non-HDL holesterola, kao i da li ima dovoljno dokaza u literaturi da određivanje apolipoproteina B zameni određivanje tradicionalog lipidnog profila za praćenje terapije za sniženje lipida? Tokom predavanja slušaoci će steći veštine koje se odnose na formiranje Izveštaja o laboratorijskom lipidnom profilu sa posebnim osvrtom na poželjne koncentracije analita, kritične vrednosti, kao i interpretativne komentare koji bi ukazali na potrebu za hitnom medicinskom konsultacijom.



# Familijarna hiperholesterolemija u dece: problem, orijentacija, klinički pristup i nove preporuke

**Prof. dr Bojko Bjelaković**

**Klinika za Dečije Interne Bolesti**

**Univerzitetski Klinički Centar, Niš**

Heterozigotna familijarna hiperholesterolemija (FH) je jedna od najčešćih genetskih metaboličkih bolesti sa procenjenom prevalencom od 1:331 do 1:313 u opštoj populaciji. Glavna karakteristika FH jesu povišene vrednosti serumskog holesterola niske gustine (LDL-C) koje postaju evidentne ubrzo nakon rođenja i značajno veći rizik za razvoj prevremene ateroskleroze i pridruženih kardiovaskularnih bolesti (KVB) u ranom odraslom dobu.

Dijagnoza FH se u dece postavlja na osnovu kliničkih (fenotipskih) kriterijuma, a većina ekspertskih tela savetuje univerzalni skrining na FH između 9 i 11 godine života i 17 i 21 godine. Iako je rana identifikacija i rizik stratifikacija dece sa FH od ogromnog medicinskog značaja, sistemske preventivne mere i aktuelne pedijatrijske strategije za lečenje i praćenje dece sa FH su daleko od optimalnih. Ono što otežava odluku pedijatra da li i kada započeti lečenje, jeste slaba genotip-fenotip korelacija, kao i aditivni ili sinergistični efekat drugih "NE" LDL-C riziko faktora (RF) na KV morbiditet i mortalitet.

Bolja karakterizacija subkliničkih vaskularnih promena danas predstavlja neophodan korak i polaznu osnovu za definisanje dece koja su kandidati za ranu terapijsku intervenciju. U tom smislu, merenje debljine intimo-medijalnog kompleksa karotidne arterije (cIMT) i određivanje brzine pulsog talasa predstavljaju trenutno najvažnije neinvazivno dobijene biomarkera koji odražavaju vaskularni fenotip ove dece i služe kao putokaz u njihovom lečenju i kliničkom praćenju.

Na osnovu rezultata dostupnih studija koje su analizirale KV rizik kako dece sa FH tako i odraslih, terapiju statinima treba početi kod sve dece sa cIMT >0,5 mm nezavisno od vrednosti LDL-C i prisustva ili odsustva drugih RF. Decu sa vrednostima LDL-C većim od 4.1 mmol/L i nekim od dokazanih kardiovaskularnih RF (gojaznost, Lp(a)>50 mg/dl, pozitivna genetika, porodična anamneza na postojanje KVS bolesti) takođe treba smatrati visokorizičnom i započeti ranu Th statinima, nezavisno od debljine cIMT. Merenje brzine pulsog talasa može biti korisna dupunska dijagnostička metoda u daljoj rizik stratifikaciji klinički manje jasnih slučajeva.





# SPONZORI

## Treće konferencije zdravstvenih radnika u privatnom sektoru

**Euromedic**

**DC Hram**

**Farmalogist**

**Esensa**

**ProtoPharma**

**Krka**

**Proton System**

**Keep Your Health**

**Philip Morris International**

**BelMedic**

**MediGroup**

**Lilly Drogerie**

**AquaLab**

**Pharmanova**

**Galenika**

**Bayer**

**Pfeizer**

**Heliant**

**Mint Pharm**

**Salvus**

**Ave & VetMedic**

**ProCosmo Medica**

**Medicom**

**R&B Medical Company**

**Paroco medical equipment**

**Makler**

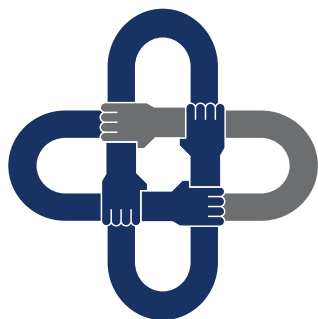
**Mides**

**MedTech**

**Puls kardiološki centar**

**Sigma**

[www.privatnapraksa.org](http://www.privatnapraksa.org)



Asocijacija privatnih  
zdravstvenih ustanova  
i privatnih praksi Srbije



TREĆA KONFERENCIJA  
ZDRAVSTVENIH RADNIKA  
U PRIVATNOM SEKTORU

# Anksitenin®



- ✓ Otklanja nemir, napetost i nervozu
- ✓ Poboljšava pažnju i koncentraciju
- ✓ Za bolji kvalitet sna
- ✓ Bez sedacije i neželjenih efekata

***Oslobodite se anksioznosti i stresa  
na potpuno prirodan način***



## **Clozapine**

tableta, 50 x 25 mg

tableta, 50 x 100 mg

Broj dozovole: 515-01-03464-14-001 od 30.03.2015.

## **Amitriptyline**

film tableta, 100 x 10 mg

Broj dozvole: 515-01-05783-13-001 od 05.03.2014.

film tableta, 30 x 25 mg

Broj dozvole: 515-01-05784-13-002 od 05.03.2014.

## **Klonazepam Remedica**

tableta, 30 x 2 mg

Broj dozvole: 515-01-00476-16-001 od 28.09.2016.

## **Carbamazepine-Retard**

tablete sa modifikovanim oslobađanjem, 30 x 400 mg

Broj dozovole: 515-01-00388-14-001 od 13.10.2014.



Nosilac dozvole za stavljanje lekova u promet:  
Farmalogist d.o.o. Beograd, Mirijeovski bulevar 3, Beograd

**FARMALOGIST**  
www.farmalogist.rs

# Xerdoxo®

Rivaroksaban 10 mg, 15 mg, 20 mg



 KRKA

## IZBOR STRUČNOSTI A NE SLUČAJNOSTI

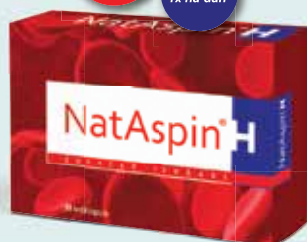
NatAspin® H

DODATAK ISHRANI

30

kapsula

doziranje  
1x na dan



KOD POVEĆANOG RIZIKA OD NASTANKA KRVNIH  
UGRUŠAKA, POREMEĆAJA CIRKULACIJE KRVNI  
POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA

NatAspin®

CONTROL

30

kapsula

doziranje  
1x na dan



KOMPLEKSNA REGULACIJA NIVOA  
HOLESTEROLA U KRVNI I NORMALNE  
FUNKCIJE CIRKULACIJE KRVNI

Cardoval®

RITMO®

30

kapsula

doziranje  
1x na dan



ZA ZDRAV I RITMIČAN RAD SRCA, ZDRAVLJE  
NERVNOG SISTEMA I UBLAŽAVANJE NEGATIVNOG  
UTICAJA STRESA NA ORGANIZAM

Proizvodi:  
VALENTIS AG  
Švajcarska, poreklo EU

 PROTOPHARMA®

[www.protopharma.eu](http://www.protopharma.eu)

# ZLATNI SPONZOR

## TREĆE KONFERENCIJE

### ZDRAVSTVENIH RADNIKA U PRIVATNOM SEKTORU

---



**DCHRAM**

*Znanjem do zdravlja*

- 063/351 431 ● 011/3441 886 ● 011/3441 500
- Skerlićeva 22, 11 000 Beograd
- [www.dchram.rs](http://www.dchram.rs) ● [office@dchram.rs](mailto:office@dchram.rs)

*Znanjem do zdravlja*