



25. Simpozij infektologa Bosne i Hercegovine s međunarodnim sudjelovanjem

Mostar, 21. - 23. 9. 2018.



sveučilišna
klinička
bolnica
mostar



KNJIGA SAŽETAKA

POZDRAVNI GOVOR PREDSJEDNICE AIBIH



Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji,

Srdačno Vas pozdravljam u ime Organizacijskog odbora 25. Simpozija infektologa Bosne i Hercegovine s međunarodnim sudjelovanjem koji se održava od 21. do 23. 9. 2018. godine u Mostaru.

Uz puno entuzijazma i nesebičnog rada, na ovom jubilarnom skupu okupljamo specijaliste i specijalizante infektologije iz BiH kao i cijenjene kolege iz susjednih zemalja te liječnike srodnih kliničkih disciplina.

Teme Simpozija su posve aktualne te još jedanput ukazuju na potrebu multidisciplinarnog dijagnostičkog i terapijskog pristupa infektološkim bolesnicima.

Ovo je ujedno i jedinstvena prilika za susrete i konstruktivnu razmjenu iskustava kao i sadržajnu suradnju i povezivanje unutar strukovnih društava infektologa.

Nadam se da ćete korisno i ugodno provesti vrijeme tijekom znanstveno-stručnog i socijalnog dijela programa Simpozija.

Vjerujem da ćete obogaćeni novim spoznajama i idejama ponijeti fine uspomene na zajedničko druženje u Mostaru.

Doc. dr. sc. prim. Jadranka Nikolić, dr. med.

Predsjednica Organizacijskog odbora



POZDRAVNI GOVOR PREDSJEDNIKA ZNANSTVENOG ODBORA



Poštovane kolegice i kolege,

25. Simpozij infektologa Bosne i Hercegovine (BiH) s međunarodnim sudjelovanjem je organiziran u suradnji s Asocijacijom infektologa u Bosni i Hercegovini (AIBiH), Klinikom za infektivne bolesti Sveučilišne kliničke bolnice (SKB) u Mostaru, Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Mostaru i Komorom liječnika/ljekara HNŽ/K.

Cilj simpozija je da se razmijene znanstvena i stručna iskustva infektologa u regiji te da se prezentiraju aktualnosti u infektologiji s naglaskom na liječenje zoonotskih bolesti, HIV/AIDS-a, hepatitisa, sepsi, bolničkih infekcija te usuglase stavovi unutar medicinske struke oko cijepljenja i načina provedbe obveznog programa cijepljenja u BiH. Stoga smo simpozij podijelili u četiri tematske cjeline: zoonoze, HIV/hepatitisi, sepse/bolničke infekcije i cijepljenje/cijepljenjem preventabilne bolesti, a kolegama koji nisu mogli prijaviti svoj rad unutar ove četiri teme, omogućili smo još jednu tematsku cjelinu „Razno“.

U temi „Zoonoze“ govorit će se o emergentnim i re-emergentnim bolestima te mogućem razvoju bioterorizma u svijetu, kao i o suvremenom dijagnostičkom pristupu ovim bolestima. Obzirom na to da je među zoonozama, bruceloza, značajni emergentni patogen te predstavlja bolest koja je endemski prisutna već 20 godina u BiH, sudionici simpozija će imati priliku čuti najsvježije znanstvene i stručne informacije na ovu temu. U drugoj tematskoj cjelini „HIV/AIDS i hepatitisi“, predavači simpozija će svojim znanstvenim i stručnim iskustvom donijeti najnovije spoznaje suvremenog liječenja virusnog hepatitisa C i HIV/AIDS-a u BiH te će nas upoznati s novim smjernicama u liječenju ovih bolesti. U trećoj temi „Sepsa i bolničke infekcije“ predavači će predstaviti najnovije spoznaje u definiranju, dijagnosticiranju i liječenju sepse, kao i teških upala središnjeg živčanog sustava te bolničkih infekcija, posebice *Clostridium difficile* infekcije, jednog od najčešćih uzročnika bolničkih infekcija u svijetu. Svjedoci smo kako u zadnje vrijeme bolničke infekcije predstavljaju veliki problem u zdravstvu na cijelom području BiH, tako da će sudionici, posebno oni iz sekundarnih i tercijarnih grana zdravstvene djelatnosti, imati priliku čuti najnovije spoznaje iz ove domene infektologije. U zadnjoj tematskoj cjelini „Cijepljenje i cijepljenjem preventabilne bolesti“ će se pokušati rasvijetliti problematika u javnom zdravstvu koja je posljedica izostanka provođenja zakonski reguliranog obveznog programa cijepljenja te će se raspravljati o mogućim posljedicama do kojih takvi propusti dovode.



Očekujemo konstruktivnu raspravu na ovu temu kao i moguće usuglašene koncepte koji bi doprinijeli boljim cijepljivim obuhvatom u regiji. Na kraju ove tematske cjeline bit će govora o važnosti cijepljenja zdravstvenih djelatnika i nemedicinskog osoblja protiv hepatitisa B i gripe. Uz desetak pozvanih predavača, organizatori u suradnji sa Znanstvenim odborom 25. Simpozija infektologa BiH, su odabrali 15 sažetaka radova koji će biti usmeno prezentirani u sklopu ovog simpozija kroz desetminutno izlaganje te će svojim prezentacijama i javnim raspravama osvježiti sve sudionike ovog skupa novim konceptima te spoznajama u infektologiji, osobito na području BiH.

Uz sve navedeno, obzirom na multidisciplinarnost infektologije, jačanje suradnje među dionicima infektologije i srodnih specijalnosti u BiH je jasan i nepokolebljiv cilj. Posebnost je promovirati infektologiju u BiH među mladim kolegama dajući im mogućnost aktivnog sudjelovanja kroz poster prezentacije njihovih radova.

U tom svijetlu bit će prezentirano 58 postera, a mladim kolegama će se omogućiti aktivno sudjelovanje na 25. Simpoziju infektologa BiH s međunarodnim sudjelovanjem.

Zaključno, osim znanstvenog i stručnog dijela, cilj 25. Simpozija infektologa BiH je upotpuniti kontakte među kolegama infektolozima u regiji kojima ćemo predstaviti BiH kao partnersku zemlju u što boljem svijetlu kako bi implementirali kolaborativne znanstveno-istraživačke i stručne projekte, ojačali struku te upotpunili prepoznatljivost u širem znanstvenom i stručnom smislu.

Dobro došli na 25. Simpozij infektologa s međunarodnim sudjelovanjem!

Prof. dr. sc. Jurica Arapović, dr. med.
Predsjednik Znanstvenog odbora

ORGANIZACIJSKI ODBOR



Jadranka Nikolić
predsjednica



Svjetlana Grgić



Jurica Arapović



Siniša Skočibušić

ZNANSTVENI ODBOR:

Jurica Arapović, predsjednik

Sead Ahmetagić

Rusmir Baljić

Bruno Baršić

Mile Bosilkovski

Rok Čivljak

Oktavija Đaković Rode

Rahima Jahić

Miloš Korać

Alemka Markotić

Jadranka Nikolić

Jasminka Petrović

Dilista Piljić

Marija Santini

Goran Tešović

Antonija Verhaz

TAJNIK SIMPOZIJA:

Siniša Skočibušić

RIZNIČARKA SIMPOZIJA:

Svjetlana Grgić

ORGANIZATORI:

Asocijacija infektologa u Bosni i Hercegovini

Klinika za infektivne bolesti SKB Mostar

SUORGANIZATORI:

Sveučilišna klinička bolnica Mostar

Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru

Liječnička/ljekarska komora Hercegovačko-neretvanske županije/kantona



GILEAD



MEDICOPHARMACIA

**PROGRAM 25. SIMPOZIJA INFEKTOLOGA BiH S MEĐUNARODNIM
SUDJELOVANJEM
Mostar, 21. – 23. 9. 2018.**

Petak, 21. 9. 2018.

16:00-18:00 Registracija

18:00-18:30 Otvaranje simpozija

Jadranka Nikolić, *Predsjednica AI BiH*

18:30-18:40 Stanka

TEMA I – Zoonoze

Radno predsjedništvo:

Jadranka Nikolić, *Jurica Arapović*, *Alemka Markotić*

18:40-19:00 **Mile Bosilkovski** – *Brucellae and brucellosis today: what we know, and what should be answered*

19:00-19:10 **Enisa Šabotić** – *Bruceloza u Unsko-Sanskom kantonu, epidemiološki i klinički aspekti*

19:10-19:30 **Oktavija Đaković Rode** – *Dijagnostika Q-groznice*

19:30-19:40 **Ednan Drljević** – *Spondylodiscitis kao komplikacija bruceloze i Q groznice*

19:40-19:50 **Snežana Ritan** – *Diferencijalna dijagnoza HGBS i leptospiroza*

19:50-20:10 **Alemka Markotić** – *Emergentne i re-emergentne bolesti i njihov potencijal u bioterorizmu*

20:10-20:20 *Pitanja i rasprava*

20:20-20:30 **Satelitski simpozij (FARMAVITA)**

Željana Sulaver – *Uloga silimarina u liječenju jetrene lezije*

Subota, 22. 9. 2018.

8:00-9:00 POSTER PREZENTACIJE* (br. 7 – 19, 25 – 29, 37 – 44)

TEMA II – HIV/AIDS i hepatitis

Radno predsjedništvo:

Antonija Verhaz, *Siniša Skočibušić*, *Sead Ahmetagić*

9:00-9:10 **Vesna Hadžiosmanović** – *Starenje s HIV-om: Kliničke i demografske karakteristike HIV pacijenata starijih od 50 godina u poređenju s pacijentima mlađim od 50 godina na tretmanu i skrbi u Univerzitetskom kliničkom centru u Sarajevu*

9:10-9:20 **Denis Žepić** – *Kliničke i epidemiološke karakteristike hospitaliziranih HIV inficiranih/oboljelih od AIDS-a u Univerzitetsko-kliničkom centru Tuzla u periodu januar 1996.-decembar 2017.*

9:20-9:30 **Vesna Begović Kuprešanin** – *Aspergiloza – obavezni pratilac imunodeficijencije? Iskustva Klinike za infektivne i tropske bolesti VMA*

9:30-9:40 *Pitanja i rasprava*

9:40-10:10	Satelitski simpozij (MEDICOPHARMACIA) Josip Begovac – Rilpivirin- Šta očekivati od nove terapije? Vesna Hadžiosmanović – HIV u Bosni i Hercegovini- šta smo postigli do sada?
10:10-10:30	Antonija Verhaz – Novosti u dijagnostici i liječenju Hepatitisa C
10:30-10:40	Sead Ahmetagić – Efikasnost i sigurnost Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir + Dasabuvira u tretmanu hroničnog hepatitisa C u Bosni i Hercegovini
10:40-10:50	Pitanja i rasprava
10:50-11:00	Satelitski simpozij (ABBVIE) Helien Bebek Ivanković – Novosti u terapiji hepatitisa C
11:00-11:30	Stanka

TEMA III – Sepsa i bolničke infekcije

Radno predsjedništvo:

Bruno Baršić, Svjetlana Grgić, Miloš Korać

11:30-11:50	Bruno Baršić – Novosti u shvaćanju i liječenju sepse
11:50-12:00	Krsto Grozdanovski – The usefulness of SOFA scores to predict the outcomes of patients with sepsis
12:00-12:10	Ivan Puljiz – Kliničke značajke stafilokoknog spondilodiscitisa
12:10-12:30	Marija Santini – Upalne bolesti središnjeg živčanog sustava u jedinici intenzivnog liječenja
12:30-12:50	Miloš Korać – Suvremeni pristup u dijagnosticiranju i liječenju C. difficile infekcija
12:50-13:00	Eldira Hadžić – Zastupljenost pojedinih intrahospitalnih infekcija u KB Zenica u periodu od 01.01.2016. do 31.12.2017.
13:00-13:10	Pitanja i rasprava
13:10-13:20	Satelitski simpozij (ABELA PHARM) <i>Miloš Korać</i> – Aktuelne smernice – uloga probiotske kvasnice u dijarealnom sindromu

Nedjelja, 23. 9. 2018.

8:00-9:00 POSTER PREZENTACIJE* (br. 51 – 82)

TEMA IV – Cijepljenje i cijepljenjem preventabilne bolesti

Radno predsjedništvo:

Goran Tešović, Rusmir Baljić, Rok Čivljak

9:00-9:20	Goran Tešović – Problemi i posljedice izostanka provođenja obveznog programa cijepljenja
9:20-9:30	Davor Pehar – Epidemiologija cijepljenjem preventabilnih bolesti na području Federacije BiH
9:30-9:40	Olja Stevanović – Morbili – stara bolest ili nova pretnja?
9:40-9:50	Tatjana Roganović – Karakteristike oboljelih od mumps meningitisa i njihov vakcinalni status

- 9:50-10:10 **Rok Čivljak** – Cijepljenje zdravstvenih radnika i ne-medicinskog osoblja – preporuka ili obveza?
- 10:10-10:20 **Rusmir Baljić** – Varičele – da li je vrijeme za vakcinaciju u BiH?
- 10:20-10:30 *Pitanja i rasprava*
- 10:30-10:45 **Satelitski simpozij (DR. WOLZ)**
Siniša Skočibušić – Zell Oxygen® – neizostavna pomoć tijekom oporavka
- 10:45-11:00 **Satelitski simpozij (PHARMA MAAC)**
Sanjin Musa – Cijepljenje protiv gripe – četverovalentno cjepivo
- 11:00-11:15 **Zatvaranje Simpozija**
- 11:15-12:00 **Skupština Asocijacije infektologa u Bosni i Hercegovini**

***POVJERENSTVO ZA OCJENU POSTERA:**

Jurica Arapović, Rusmir Baljić, Svjetlana Grgić, Rahima Jahić, Dilista Pilić, Antonija Verhaz



Darmflora Plus select

sa 8 probiranih probiotskih kultura
12 milijardi bakterija koncentracija po kapsuli
1-2 puta dnevno
klinički dokazano djelovanje
10 i 20 kapsula

KinderImmun

optimalna kombinacija aktivnih tvari
za imunološki sistem djeteta
kod deficita imunološkog sistema i
recidivnih infekcija
u fazi rasta kao i za vrijeme trudnoće
i dojenja
nakon terapije antibioticima



Zell Oxygen Immunkomplex

biološka imunomodulacija i
aktivna zaštita
zdravlje mitohondrijskih stanica
detoksikacija
stabilizacija
regeneracija



TEMA I - ZOONOZE

1. Pozvano predavanje

BRUCELLAE AND BRUCELLOSIS TODAY: WHAT WE KNOW, AND WHAT SHOULD BE ANSWERED

Bosilkovski M

2. Pozvano predavanje

EMERGENTNE I REEMERGENTNE BOLESTI I NJIHOV POTENCIJAL U BIOTERORIZMU

Markotić A, Kurolt IC, Cvetko Krajnović L, Svoboda P, Mačak Šafranko Ž, Kordun M, Đaković Rode O, Žmak Lj

3. Pozvano predavanje

DIJAGNOSTIKA Q GROZNICE

Đaković Rode O

4. Usmena prezentacija

BRUCELOZA NA UNSKO-SANSKOM KANTONU, EPIDEMIOLOŠKI I KLINIČKI ASPEKTI

Šabotić E, Ibrahimpašić N, Delić D, Gaković V, Hadžimulić I

5. Usmena prezentacija

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA HGBS-A I LEPTOSPIROZA

Ritan S, Roganović T, Verhaz A, Kasapović D, Petrović M, Pašić Lj

6. Usmena prezentacija

SPONDYLODISCITIS KAO KOMPLIKACIJA BRUCELOZE I Q GROZNICE

Halilović Z, **Drljević E**

7. Poster prezentacija

MENADŽMENT UBODA KRPELJA

Sejtarija-Memišević A, Muratović P

8. Poster prezentacija

PREDIKTORI TEŽINE KLINIČKE SLIKE INFLUENZE A/H1N1 U PERIODU OD 2009. DO 2013. GODINE

Jusufi-Hurić I, Mehanić S, Gazibera B, Gojak R, Hadžović-Čengić M, Baljić R

9. Poster prezentacija

MULTISTEMSKA HRONIČNOPROGRESIVNA INFEKTIVNA BOLEST - KOLIKO JE MEDICINA ODGOVORNA ZA HRONIČNI/RECIDIVIRAJUĆI TOK BORELIOZE

Krkić-Dautović S, Hadžović-Čengić M

10. Poster prezentacija

BORELIOZA U DJEČJEM UZRASTU - PRIKAZ SLUČAJEVA

Krkić-Dautović S, Gojak R

11. Poster prezentacija

PREVENCIJA BRUCELOZE

Derviškadić N

12. Poster prezentacija

CLINICAL FEATURES OF ACTIVE OCULAR TOXOPLASMOSIS – EXPERIENCE OF GENERAL HOSPITAL ZADAR

Pupić-Bakrač A, Konjevoda S, Čanović S, Škara Kolega M, Didović Pavičić A

13. Poster prezentacija

DIROFILARIJAZA - PRIKAZ BOLESNIKA

Popović S, Kuprešanin Begović V, Vešović N, Tomić D, Ristić S

14. Poster prezentacija

LYME NEUROBORRELIOSIS - NAŠA ISKUSTVA

Petrović M, Roganović T, Verhaz A, Kasapović D, Ritan S, Pašić Lj

15. Poster prezentacija

KRPELJNI ENCEFALITIS U PROFESIONALNO IZLOŽENE CIJEPLJENE OSOBE: PRIKAZ SLUČAJA

Rubil I, Perić Lj, **Sabadi D**, Lišnjić D, Duvnjak M, Šimašek D, Grubišić B, Radočaj V, Biondić D, Bogdanić M, Tabain I, Savić V, Prpić J, Jemeršić L, Barbić Lj, Stevanović V, Babić-Erceg A, Kaić B, Vilibić-Čavlek T

16. Poster prezentacija

TESTICULAR INVOLVEMENT IN BRUCELLOSIS - A STUDY OF 34 CASES

Cana F, Rangelov G, Dimzova M, Demiri I, Bosilkovski M

17. Poster prezentacija

EPIDEMIOLOŠKO KLINIČKE KARAKTERISTIKE TRIHINELOZE U VOJVODINI, SRBIJA

Doder R, Radosavljević B, Jovelić A, Kovačević N

18. Poster prezentacija

SUBCONJUNCTIVAL DIROFILARIASIS - A RARE CASE OF OCULAR PARASITOSIS

Pupić-Bakrač A, Čanović S, Konjevoda S, Didović Pavičić A, Škara Kolega M

19. Poster prezentacija

KLINIČKO–EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE LAJMSKE BOLESTI KOD PACIJENTATA U AMBULANTI KLINIKE ZA INFektivNE BOLESTI KCUS U DVOGODIŠNJEM PERIODU – 2016./2017. GODINA

Mostarac N, Sejtarija-Memišević A, Muratović P, Hadžović-Čengić M, Dautović-Krkić S

TEMA II - HIV/AIDS i hepatitis

20. Pozvano predavanje

NOVOSTI U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU HEPATITISA C

Verhaz A

21. Usmena prezentacija

EFIKASNOST I SIGURNOST OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR + DASABUVIRA U TRETMANU HRONIČNOG HEPATITISA C U BOSNI I HERCEGOVINI

Ahmetagić S

22. Usmena prezentacija

**ASPERGILOZA - OBVEZAN PRATILAC IMUNODEFICIJENCIJE?
ISKUSTVA KLINIKE ZA INFEKTIVNE I TROPSKE BOLESTI VMA**

Begović Kuprešanin V, Stamatović D, Elez M, Popović S, Hristović D, Ćurčić P, Takić Radovanović T, Rajić Dimitrijević R, Tomić D, Ristić S

23. Usmena prezentacija

STARENJE S HIV-OM: KLINIČKE I DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE HIV PACIJENATA STARIJIH OD 50 GODINA U POREĐENJU S PACIJENTIMA MLAĐIM OD 50 GODINA NA TRETMANU I SKRBI U UNIVERZITETSKOM KLINIČKOM CENTRU U SARAJEVU

Hadžiosmanović V, Topalović-Četković J, Gojak R

24. Usmena prezentacija

KLINIČKE I EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE HOSPITALIZIRANIH HIV INFICIRANIH/OBOLJELIH OD AIDS-A U UNIVERZITETSKO-KLINIČKOM CENTRU TUZLA U PERIODU JANUAR 1996. - DECEMBAR 2017.

Jahić R, **Žepić D**, Mujić M

25. Poster prezentacija

„INTERFERON FREE“ TERAPIJA PACIJENATA S HRONIČNOM HCV INFEKCIJOM U PERIODU 2016. – 2018. GODINE, NAŠA ISKUSTVA

Gojak R, Baljić R, Hadžiosmanović V, Gazibera B

26. Poster prezentacija

HIV ASOCIRANI KAPOŠI SARKOM

Topalović-Četković J, Hadžiosmanović V, Mulabdić V

27. Poster prezentacija

EFFICACY AND SAFETY OF OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR ± DASABUVIR REGIMEN IN PATIENTS WITH SEVERE RENAL IMPAIRMENT WITH HCV GENOTYPE 1B INFECTION – CASE REPORT

Verhaz A, Roganović T, Macanović-Kesić T

28. Poster prezentacija

**ZASTUPLJENOST TIPA ANA FLUORESCENCIJE KOD PACIJENATA
OBOLJELIH OD HRONIČNOG HEPATITISA C NAKON TERAPIJE PEG
INTERFERONOM I RIBAVIRINOM**

Drljević E, Hondo E, Alić E, Škrijelj V, Ibrahimagić-Suljić E

29. Poster prezentacija

**ZASTUPLJENOST AIDS-A KOD NOVOOTKRIVENIH BOLESNIKA U PERIODU
OD 2013. DO 2018. GODINE NA KLINICI ZA INFEKTIVNE BOLESTI KLINIČKOG
CENTRA KRAGUJEVAC**

Popovska Jovičić B, Čanović P

TEMA III - SEPSA I BOLNIČKE INFEKCIJE

30. Pozvano predavanje

NOVOSTI U SHVAĆANJU I LIJEČENJU SEPSE

Baršić B

31. Pozvano predavanje

**SAVREMENI PRISTUP U DIJAGNOSTICI I LEČENJU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*
INFEKCIJE**

Korać M

32. Pozvano predavanje

**UPALNE BOLESTI SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA U JEDINICI
INTENZIVNOG LIJEČENJA**

Santini M, Kusulja M

33. Usmena prezentacija

**THE USEFULNESS OF SOFA SCORES TO PREDICT THE OUTCOMES OF
PATIENTS WITH SEPSIS**

Grozdanovski K, Demiri I, Spasovska K, Cvetanovska M

34. Usmena prezentacija

**ZASTUPLJENOST POJEDINIH INTRAHOSPITALNIH INFEKCIJA U
KANTONALNOJ BOLNICI ZENICA U PERIODU OD 01. 01. 2016 DO 31. 12. 2017.**

Hadžić E, Šestić S, Brčanić M, Čolić S

35. Usmena prezentacija

KLINIČKE ZNAČAJKE STAFILOKOKNOG SPONDILODISCITISA

Puljić I, Topić A, Lukić Lj

36. Usmena prezentacija

**UPRAVLJANJE ANTIMIKROBNOM TERAPIJOM U OPĆOJ BOLNICI „DR. T.
BARDEK“ U KOPRIVNICI**

Mađarić V, Betica Radić Lj

37. Poster prezentacija

INICIJALNA KLINIČKA SLIKA, CITOHEMIJSKI I BAKTERIOLOŠKI NALAZ LIKVORA KAO MOGUĆI PREDIKTIVNI FAKTOR U DIJAGNOZI BOLNIČKOG BAKTERIJSKOG AKUTNOG MENINGITISA

Hadžović-Čengić M, Mostarac N, Mulabdić V, Jusufi-Hurić I, Gojak R, Hrvo S

38. Poster prezentacija

TUBERKULOZNI MENINGITIS S TUBERKULOZNIM GRANULOMIMA U TRUDNOĆI - PRIKAZ SLUČAJA

Čuković O, Roganović T, Katan I

39. Poster prezentacija

***CLOSTRIDIUM DIFFICILE* – RESPEKTABILNI ETIOPATOGEN POSTANTIMIKROBNE DIJAREJE SA SVE ČEŠĆIM RECIDIVIMA BOLESTI**

Dizdarević I, Hrvo S, Pinjo F

40. Poster prezentacija

PREGLED BOLNIČKIH INFEKCIJA I NAJČEŠĆIH UZROČNIKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA SKB MOSTAR

Mihalj M, Vlačić D, Matić B, Karlović Z

41. Poster prezentacija

TUBERKULOZNI MENINGOENCEFALITIS KAO KOMPLIKACIJA MILIJARNE TUBERKULOZE KOD DVANAESTOGODIŠNJE DJEVOJČICE

Gazibera B, Osmić A, Baljić R, Jusufi-Hurić I, Gojak R

42. Poster prezentacija

***CLOSTRIDIUM DIFFICILE* INFEKCIJA - BOLNIČKA EPIDEMIJA 2015. GODINE**

Terkeš V, Morović M, Dželalija B

43. Poster prezentacija

PACEMAKER LEAD INFECTION DUE TO STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS: A CASE REPORT

Topić A, **Puljiz I**

44. Poster prezentacija

RECURRENT INVASIVE MENINGOCOCCAL DISEASE CAUSED BY SEROGROUPS Y AND W IN CROATIA – CASE REPORT & LITERATURE REVIEW

Stevanović V, **Prtorić L**, Miše B, Tešović G

TEMA IV - CIJEPLJENJE I CIJEPLJENJEM PREVENTABILNE BOLESTI

45. Pozvano predavanje

PROBLEMI I POSLJEDICE IZOSTANKA PROVOĐENJA OBVEZNOG PROGRAMA CIJEPLJENJA

Tešović G

46. Pozvano predavanje

CIJEPLJENJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA I NEZDRAVSTVENOG OSOBLJA – PRAVO ILI OBVEZA?

Čivljak R

47. Usmena prezentacija

EPIDEMIOLOGIJA CIJEPLJENJEM PREVENTABILNIH BOLESTI NA PODRUČJU FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

Pehar D, Jurić A

48. Usmena prezentacija

MORBILI – STARA BOLEST ILI NOVA PRETNJA?

Stevanović O, Radovanović Spurnić A, Korać M, Milošević M, Karić U, Pešić Pavlović I, Grebenarević J, Marković A, Nikolić N, Petković A, Peruničić S, Milošević B, Urošević A, Stevanović G

49. Usmena prezentacija

KARAKTERISTIKE OBOLJELIH OD MUMPS MENINGITISA I NJIHOV VAKCINALNI STATUS

Roganović T, Kezić Z, Bojanić J

50. Usmena prezentacija

VARIČELE - DA LI JE VRIJEME ZA VAKVINACIJU U BIH?

Baljić R, Gojak R, Sejtarija-Memišević A, Hrvo S, Dizdarević A

51. Poster prezentacija

EKSPOZICIJSKI INCIDENATI KAO RIZIK KRVNOPRENOSIVIH INFEKCIJA U BOLNIČKIH ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Jahić R, Piljić D, Porobić-Jahić H, Petrović J, Piljić D

52. Poster prezentacija

KARAKTERISTIKE MORBILA DANAS

Pašić Lj, Roganović T, Verhaz A, Kezić Z, Petrović M, Ritan S

53. Poster prezentacija

VAKVINACIJA I ANTIVAKCINALNI POKRET

Muratović P, Sejtarija-Memišević A

54. Poster prezentacija

EPIDEMIJA MORBILA U HERCEGOVAČKOJ I SARAJEVSKO-ROMANIJSKOJ REGIJI U PERIODU 2014. - 2015. GODINE

Firesku-Govedarica J

55. Poster prezentacija

KOMPLIKACIJE VARIČELA U KLINICI ZA INFEKTIVNE BOLESTI UKC RS U ŠESTOGODIŠNJEM PERIODU 2012. – 2017. GODINE

Verhaz A, Jović-Đokanović O

56. Poster prezentacija

INVAZIVNA PNEUMOKOKNA BOLEST UZROKOVANA SEROTIPOM 3

Didović D, Valenčak-Ignjatić I, Roglić S, Tešović G

57. Poster prezentacija

SEROLOŠKI STATUS ZA OSPICE ZAPOSLENIKA KLINIKE ZA INFEKTIVNE BOLESTI „DR. FRAN MIHALJEVIĆ“ U ZAGREBU

Zember S, Đaković Rode O, Cetinić Balent N, Tomić A, Puljiz I

58. Poster prezentacija

ZNANJE, STAV I PRAKSA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O CIJEPLJENJU ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PROTIV INFLUENCE U SVEUČILIŠNOJ KLINIČKOJ BOLNICI MOSTAR

Mimica I, Šegvić O, Nikolić J, Vasilj I, Grgić S

TEMA IV - RAZNO

59. Poster prezentacija

DIJAGNOZA CERVICALNOG TUBERKULOZNOG LIMFADENITISA: PRIKAZ SLUČAJA

Terkeš V, Perić M, Morović M, Dželalija B

60. Poster prezentacija

Prednost kombiniranog liječenja koamoksiklavom i aminoglikozidima nad cefalosporinima III. generacije u liječenju teških infekcija mokraćnog sustava

Karlović K, Nikolić J, Arapović J

61. Poster prezentacija

DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE DILEME TRETMANA MULTIPLIH MIKOTIČNH APSCESA MOZGA KOD IMUNOKOMPROMITOVANOG PACIJENTA OBOLJELOG OD ULCEROZNOG KOLITISA

Hrvo S, Hadžović-Čengić M, Ibrahimpašić N, Gojak R, Dizdarević I, Begić A

62. Poster prezentacija

SALMONELOZA KOD DJECE – STARA PRIČA NOVI PRISTUP

Tomić T, **Kolobarić A**

63. Poster prezentacija

PALIVIZUMAB: UČINCI PROFILAKTIČKE IMUNIZACIJE NA POJAVNOST INFEKCIJA UZROKOVANIH RESPIRATORNIM SINCICIJALNIM VIRUSOM U PERIODU OD 2008. DO 2016. GODINE.

Jerković Raguž M, Mustapić A, Šimunović Glamuzina D, Polić Mlinarević I, Brzica J

64. Poster prezentacija

SAMOMEDIKACIJA ANTIBIOTICIMA MEĐU PACIJENTIMA OBITELJSKE MEDICINE I RODITELJIMA

Redžić L, Zalihić

65. Poster prezentacija

PRIKAZ JEDNOGODIŠNJEG DJEČAKA SA SPONDILODISCITISOM

Zovko Marić A, Grgić S, Soldo I, Boban Raguž A

66. Poster prezentacija

SEPTIČKI ARTRITIS MULTIPLIH LOKALIZACIJA U TRINAESTOGODIŠNJEG DJEČAKA - PRIKAZ SLUČAJA

Kolobarić A, Letica I, Brkić V

67. Poster prezentacija

PROLONGIRANO LIJEČENJE DISEMINIRANE EHINOKOZE

Sulaver Ž, Skočibušić S, Nikolić J

68. Poster prezentacija

POJAVNOST EPIDEMIČNOG PAROTITISA U HERCEGOVINI

Dalmatin M, Skočibušić S, Nikolić J

69. Poster prezentacija

REUMATIČNA POLIMIALGIJA I GIGANTOCELULARNI ARTERITIS NAKON SEZONSKOG CIJEPLJENJA PROTIV GRIPE - PRIKAZ SLUČAJA

Soldo Ćorić L, Miljko S, Nikolić J, Arapović J

70. Poster prezentacija

RETROSPEKTIVNA ANALIZA BOLESNIKA S RENALNIM I PERIRENALNIM APSCESOM LIJEČENIH U KLINICI ZA INFEKTIVNE BOLESTI „DR. FRAN MIHALJEVIĆ“ U DESETOGODIŠNJEM RAZDOBLJU

Puškaric I, Skuhala T, Mudrovčić M, Markotić A

71. Poster prezentacija

AKTINOMIKOZA TEMPORALNE KOSTI, MENINGITIS I LIMFADENITIS VRATA - PRIKAZ BOLESNICE

Knežević S, Slavuljica I, Gorup L, Poljak I, Cekinović Grbeša Đ, Rončević Filipović M, Pavić I, Trošelj Vukić B

72. Poster prezentacija

KONATALNA TOKSOPLAZMOZA U NOVOROĐENČETA S INCONTINENTIA PIGMENTI – SIMPTOMATSKA ILI ASIMPTOMATSKA INFEKCIJA?

Sipl M, **Valenčak-Ignjatić I**, Didović D, Tešović G

73. Poster prezentacija

ANTIMIKROBNO LIJEČENJE OROFARINGEALNOG MUKOZITISA TIJEKOM RADIO(KEMO)TERAPIJSKOG LIJEČENJA PACIJENATA S TUMORIMA GLAVE I VRATA – ISKUSTVA KLINIKE ZA ONKOLOGIJU SKB MOSTAR

Berić Jozić G, Tica Sedlar I

74. Poster prezentacija

PREPLAVLJUJUĆA STRONGILOIDOZA U BOLESNIKA S NON-HODGKINOVIM LIMFOMOM) – PRIKAZ BOLESNIKA

Vicković N, Desnica D

75. Poster prezentacija

TUBERKULOZA U IMUNOKOMPETENTNOG DOJENČETA: PRIKAZ SLUČAJA

Prtorić L, Stevanović V, Barušić Z, Roglić S, Tešović G

76. Poster prezentacija

NEUROTOKSIČNE MANIFESTACIJE DEJSTVA OTROVA POSKOKA - prikaz slučaja

Firesku-Govedarica J

77. Poster prezentacija

TERAPIJSKI PRISTUP TE KLINIČKE I SOCIO-EPIDEMIOLOŠKE ZNAČAJKE LIJEČENJA AKUTNE MONONUKLEOZE UZROKOVANE VIRUSOM EPSTEIN-BARR U SVEUČILIŠNOJ KLINIČKOJ BOLNICI MOSTAR

Komšić M, Šušak B, Nikolić J, Arapović J

78. Poster prezentacija

POTROŠNJA ANTIMIKROBNIH LIJEKOVA U PERIODU OD 01. 03. 2009. DO 01. 03. 2014. ZA SVEUČILIŠNU KLINIČKU BOLNICU MOSTAR

Fideršek V, Grgić S, **Markotić F**

79. Poster prezentacija

EPIDERMALNA TOKSIČNA NEKROLIZA – PRIKAZ BOLESNIKA

Benedeti Češko S

80. Poster prezentacija

KOMPARACIJA KLINIČKOG TOKA PERINATALNE VARIČELE NAKON TRETMANA VARIČELA ZOSTER HUMANIM IMUNOGLOBULINIMA G (HIGG) I ACIKLOVIROM

Ibrahimagić-Suljić E, Hadžić E, Alić E, Škrijelj V

81. Poster prezentacija

EPIDEMIJA IZAZVANA PARAINFLUENCA VIRUSOM TIP 3 U ŠTIĆENIKA CENTRA ZA ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM I TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Huljev E, Čivljak R, Rajić Torić I, Kotarski V, Turčić N, Ljubin-Sternak S

82. Poster prezentacija

OBILJEŽJA I ISHODI SINDROMA TEŠKE AKUTNE RESPIRATORNE INFEKCIJE KAO POKAZATELJ TEŠKIH OBLIKA INFLUENCE

Bagić M, Čeljuska Tošev E, Draženović V, Huljev E, Tomasović D, Al-Mufleh M, Rajić Torić I, Kuzman I, Čivljak R

CIFLOX[®]

CIPROFLOKSACIN
filmom obložene tablete 10 x 250 mg
10 x 500 mg

INDIKACIJE

- komplikovane urinarne infekcije (prostatitis, pijelonefritis)
- kožne infekcije
- respiratorne infekcije
- akutni nekomplikovani cistitis
- gastroenteritis
- sistemske infekcije



FLUOROKINOLONSKI ANTIBIOTICI

NOFLOX[®]

NORFLOKSACIN
filmom obložene tablete 20 x 400 mg

INDIKACIJE

- liječenje komplikovanih i nekomplikovanih akutnih i hroničnih infekcija gornjih i donjih mokraćnih puteva
- cistitis, pijelitis, hronični prostatitis i infekcije povezane s urološkim hirurškim zahvatima, neurogenim mjehurom ili nefrolitijazom uzrokovanom bakterijama osjetljivim na norfloksacin.



Azomicin[®]

AZITROMICIN
filmom obložene tablete 3 x 500mg
filmom obložene tablete 6 x 250mg

INDIKACIJE

- respiratorne infekcije
- infekcije kože i mekih tkiva
- nekomplikovane spolno prenosive bolesti (Chlamydia trachomatis)
- infekcije želuca i duodenuma uzrokovane s H. Pylori

ERACID[®]

KLARITROMICIN
filmom obložene tablete 14 x 250 mg
14 x 500 mg

INDIKACIJE

- infekcije donjih i gornjih disajnih puteva
- u eradikaciji H. Pylori kod bolesnika s duodenalnim ulkusom
- inicijalno liječenje vanbolnički stečenih respiratornih infekcija
- kod infekcija kože i potkožnog tkiva, blage i umjereno teške

MAKROLIDNI ANTIBIOTICI



Režim izdavanja: Lijek se izdaje uz ljekarski recept.

Broj i datum dozvole za stavljanje lijeka u promet:
Ciflox 250 mg filmom obložene tablete: 04-07-3-2-2059/17 od 20.09.2017.
Ciflox 500 mg filmom obložene tablete: 04-07-3-2-2058/17 od 20.09.2017.
Noflox 400 mg filmom obložene tablete: 04-07-3-2-1766/16 od 30.09.2016.
Eracid 250 mg filmom obložene tablete: 04-07-10-2399/13 od 27.11.2013.
Eracid 500 mg filmom obložene tablete: 04-07-10-2400/13 od 27.11.2013.
Azomicin 250 mg filmom obložene tablete: 04-07-3-2-7495/15 od 19.07.2016.
Azomicin 500 mg filmom obložene tablete: 04-07-3-2-7496/15 od 19.07.2016.

NOSILAC DOZVOLE ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET
Farmavita d.o.o. Sarajevo,
Igmanska 5a, Vogošća, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Popis sažetaka 25. Simpozija infektologa Bosne i Hercegovine s međunarodnim susjelovanjem

Originalni sažetci nisu lektorirani, a za jezičnu i gramatičku ispravnost sažetaka na materinskome i na engleskome jeziku odgovaraju autori.

TEMA I - ZOONOZE

1. Pozvano predavanje

BRUCELLAE AND BRUCELLOSIS TODAY: WHAT WE KNOW, AND WHAT SHOULD BE ANSWERED

Bosilkovski M

University clinic for infectious diseases and febrile conditions Medical Faculty Skopje
E-adresa: milebos@yahoo.com

Human brucellosis represents one of the commonest zoonosis in the world with serious impact on human and animal health, economic development, agricultural trade and even tourism. It is an emerging disease with expansion of new foci, importation into the developed countries, possibilities to be used as a biological weapon, being the most common cause of laboratory acquired infections and with abundant existence in terrestrial wildlife and oceans. Today twelve species of brucellae are recognized, some of them are considered as pathogenic for humans and the rest of the species are either not pathogenic or their pathogenicity should be determined additionally. The principal pathogenic manifestations in brucellosis are based on the tendency of the bacterium to invade and persist in the host through inhibition of phagolysosome fusion and apoptosis as well as the absence of classic virulence factors. Endemicity of brucellosis recently also tends to be prone to modifications and alternations, as a result of improved diagnostic strategies and implementation of control programmes. However, in spite of a waste knowledge about brucellae and brucellosis, there are still existing dilemmas which are waiting to be solved in the recent future like the need to: determine simple and practical taxonomy of the genus; elucidate whether pathogenic mechanisms of the disease are due to the direct role of the agent or to immune and hypersensitive reactions; ascertain durability and solidness of the immune response after the disease; development of new better diagnostic techniques and techniques capable for adequate follow-up and to differentiate active from past infection; identification of predictors for disease severity and outcome; offer improved treatment protocols possibly with less drugs than actually recommended, shorter duration, better tolerability and price; define the best model for disease prevention and control; and manufacture an effective and acceptable vaccine for use in humans.

2. Pozvano predavanje**EMERGENTNE I REEMERGENTNE BOLESTI I NJIHOV POTENCIJAL U BIOTERORIZMU**

Markotić A¹, Kurolt IC¹, Cvetko Krajinović L¹, Svoboda P¹, Mačak Šafranko Ž¹, Kordun M¹, Đaković Rode O¹, Žmak Lj²

¹Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb, Hrvatska

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

E-adresa: alemka.markotic@bfm.hr

Emergentne zarazne bolesti su one koje su se nedavno pojavile u populaciji, a reemergentne se ponovno u velikom postotku pojavljuju u populaciji na većim prostorima. U pravilu, ove bolesti uzrokovane su visokopatogenim mikroorganizmima, obično rezistentnim na lijekove, a većinom su i na listi mikroorganizama koji se mogu koristiti u bioterorističke svrhe. U ove bolesti ubrajaju se brojne zoonoze (bolesti koje se prenose sa životinja na ljude), bolesti koje se prenose vektorima, ali i npr. respiratorne bolesti kao što je influenza uzrokovana s H1N1 ili H5N1, SARS-om i dr. Hrvatska je enedemsko područje za brojne emergentne i reemergentne zoonoze. Naša višegodišnja istraživanja emergentnih i reemergentnih zoonoza u ljudi i njihovih rezervoara na području Hrvatske pokazuju da je za bolje kliničko razumijevanje dinamike bolesti te težine kliničke slike i ishoda liječenja potrebno ozbiljno uzeti u obzir i mogućnost multiplih infekcija različitim uzročnicima emergentnih i reemergentnih zoonoza te značajke imunoreakcija u takvim kliničkim entitetima. Zbog toga su i naša buduća istraživanja usmjerena na dijagnostičko otkrivanje multiplih infekcija u bolesnika hospitaliziranih u Klinici, te analizu kliničkih podataka i nove algoritme liječenja i zbrinjavanja takvih bolesnika, kao i multiplih infekcija u prirodnim rezervoarima zoonoza.

Bioterorizam podrazumijeva upotrebu mikroorganizama ili njihovih toksina s namjerom ozljeđivanja, razbolijevanja ili ubijanja/uništavanja ljudi, životinja ili biljaka radi osobnih, političkih ili socijalnih razloga. Iako imamo utisak da je bioterorizam zlo novog doba, to definitivno nije izum modernog svijeta za što imamo brojne primjere u povijesti. Danas, međutim, u borbi protiv suvremene opasnosti od bioterorizma, važno mjesto zauzima forenzička mikrobiologija, relativno nova znanstvena disciplina koja se koristi za analizu mogućih bioterorističkih napada ili nenamjernih oslobađanja mikroorganizama i njihovih toksina.

3. Pozvano predavanje**DIJAGNOSTIKA Q GROZNICE****Đaković Rode O**

Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb, Hrvatska

E-adresa: orode@bfm.hr

Q groznica ("query fever", QF) je zoonoza koju uzrokuje unutarstanična bakterija *Coxiella burnetii* koja može dugo preživjeti u vanjskoj sredini. Primarni izvori infekcije su ovce, koze i goveda. Najčešće se širi aerosolom i vrlo mala količina uzročnika dovoljna je za razvoj infekcije. QF manifestira se različitim kliničkim slikama koje se bez dijagnostike etiološki ne mogu definirati. Može biti asimptomatska, slična gripi ili teška bolest s pneumonijom, granulomatoznim hepatitisom ili rijetko s neurološkim komplikacijama. Akutni simptomi (vrućica, zimica, jaka glavobolja, mialgija, slabost, umor, mučnina, proljev, povraćanje, bol u trbuhu i/ili prsima) javljaju se 2 - 3 tjedna nakon izlaganja *C. burnetii*. Kronična QF razvija se jako rijetko mjesecima do godinama nakon akutne QF najčešće kao endokarditis ili rjeđe kao hepatitis, infekcija lokomotornog sustava, vaskularnih aneurizmi ili reproduktivnih organa.

Od 2008. do 2017. godine u Republici Hrvatskoj registrirano je 247 bolesnika s QF-om: godišnje najviše 43 bolesnika bilo je 2012. godine, a najmanje 8 bolesnika 2016. godine.

QF dijagnosticira se određivanjem protutijela na *C. burnetii* antigene faze 1 (f. 1) i faze 2 (f. 2). Dijagnozu akutne QF potvrđuje serokonverzija IgG-a na antigene f. 2 obično u trećem tjednu bolesti. Specifičnost IgM-a zbog moguće križne reakcije s legionelom, leptospirom ili bartonelom treba obvezno potvrditi u parnom serumu dokazom porasta titra IgG-a. Dijagnoza kronične QF postavlja se serološki prema kretanju titra IgG-a i IgA-a na antigene f. 1 uz prisutnost visokog titra IgG-a na antigene f. 2.

U akutnoj fazi bolesti iz pune krvi ili seruma može se odrediti DNK *C. burnetii* metodom *real-time* PCR-a. Za dijagnozu kronične QF može se koristiti PCR iz krvi, srčanih valvula ili drugih bioptata. Za kultiviranje bakterije potrebna je biosigurnosna zaštita razine 3, a *C. burnetii* pripada u visokorizične potencijalno bioterorističke patogene. Serološka dijagnostika ključna je za postavljanje dijagnoze, a s obzirom na to da su u akutnoj QF protutijela negativna 7-15 dana bolesti, liječenje doksiciklinom treba započeti prema kliničkoj procjeni.

4. Usmena prezentacija

BRUCELOZA NA UNSKO-SANSKOM KANTONU, EPIDEMIOLOŠKI I KLINIČKI ASPEKTI

Šabotić E, Ibrahimpašić N, Delić D, Gaković V, Hadžimulić I

Odjel za infektivne bolesti, Kantonalna bolnica Bihać

E-adresa: enisa.sabotic@gmail.com

U radu su prikazane epidemiološke karakteristike bruceloze na prostoru USK-a u poslijeratnom periodu. Analiziran je broj oboljelih po godinama. Bruceloza se u znatnijem broju pojavljuje u USK-u od 2006. godine, u sljedećim godinama 2007. i 2008. proširila se do epidemijskih razmjera, tada su liječena 203 bolesnika 2007. i 139 bolesnika 2008. godine. Tada se krenulo s provođenjem mjera eradikacije od veterinarske službe. Mjere koje su provedene su kontrola trgovine i kretanja životinja, testiranje i uništavanje oboljelih životinja i imunizacija ovaca od 2009. godine.

Nakon toga došlo je do pada oboljelih u sljedećih nekoliko godina, 2011. godine liječeno je 25 bolesnika, a od 2014. godine ponovo bruceloza ima tendenciju rasta, u zadnje četiri godine broj oboljelih je oko 60 godišnje. Na osnovi ovih podataka možemo reći da je bruceloza endemska bolest u našem kantonu.

Pored epidemiološke situacije u radu smo analizirali povijesti bolesti u periodu od početka 2015. do kraja 2017. godine gdje smo obratili pažnju na dob, pol, profesiju i kliničke manifestacije kod oboljelih.

U tom periodu hospitalizirana su 182 bolesnika, prosječna dob je 37 godina, najmlađi bolesnik imao je 3 godine, a najstariji 84. Bolesnici su u najvećem broju bili muškarci 90,1%, bilo je 6,04% žena i 3,85% djece. Analiza profesije oboljelih pokazala je profesionalni karakter bolesti, 85,2% oboljelih su uzgajivači stoke, 3,3% su veterinari, 11,5% od ukupnog broja oboljelih su ostale profesije, drvosječe, radnici, domaćice.

Febrilni oblik bolesti imalo je 49,4% oboljelih, osteoartikularni oblik 41,2%, orhitis 7,14%, neurobrucelozu 1,09 %, i osteoartikularni oblik s orhitisom 1,09% oboljelih.

Bruceloza je endemska bolest u Unsko-sanskom kantonu te predstavlja značajan zdravstveni i ekonomski problem. Bolest ima profesionalan karakter, može zahvatiti gotovo sve organe i organske sisteme, vrlo često kosti i zglobove, reproduktivne organe i nervni sistem.

5. Usmena prezentacija

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA HGBS-A I LEPTOSPIROZA

Ritan S¹, Roganović T^{1,2}, Verhaz A^{1,2}, Kasapović D¹, Petrović M¹, Pašić Lj¹

¹Klinika za infektivne bolesti, Univerzitetski Klinički centar Republike Srpske

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci

E-adresa: snezana.ritan@gmail.com

Uvod: Hemoragijska groznica s bubrežnim sindromom (HGBS) i leptospiroza su zoonoze koje zbog sličnosti u prezentaciji kliničarima predstavljaju diferencijalno-dijagnostički problem.

Hipoteza: Na osnovi anamneze, laboratorijskih, kliničkih i ultrazvučnih parametara možemo pretpostaviti o kojoj je bolesti riječ prije nego dobijemo serološku potvrdu.

Cilj: Utvrditi razlike između dviju grupa bolesnika: HGBS - 1 grupa i leptospiroza - 2 grupa.

Ispitanici i metode: Istraživanje je retrospektivno-prospektivno i obuhvata 200 ispitanika hospitalizovanih u Klinici za infektivne bolesti UKCRS u periodu od 01. 01. 2014. do 30. 06. 2018. godine. Za analizu su korišteni: SPSS 16.0 for Windows; MS Office Word 2007, MS Office Excel 2007, jednofaktorska ANOVA analiza i chi kvadrat test.

Rezultati: Prosječna životna dob oboljelih je 45 godina - 1 grupa i 58 godina - 2 grupa. U obje grupe je evidentna dominacija muškog pola. Nađena je statistička značajnost za vrijednosti limfocita ($p=2,44 \cdot 10^{-9}$) i kreatinina ($p=0,02889$) koje su više u 1 grupi, te neutrofila ($p=1,95 \cdot 10^{-15}$), alanin aminotransferaze ($p=0,001396$) i C-reaktivnog proteina ($p=1,85 \cdot 10^{-17}$) koje su više u 2 grupi, te su pacijenti iz 2 grupe imali i veću učestalost mijalgija. Kod 100 pacijenata s HGBS-om i 57 s leptospirozom je dobijena serološka potvrda, uz napomenu da za ostale pacijente serologija nije urađena iz tehničkih razloga. Nađena je i ultrazvučna razlika - pacijenti u 1 grupi su imali voluminoznije bubrege sa širokim parenhimom uz kompresivni efekat na kanalni sistem. Hemodijalizirano je pet pacijenata u 1 grupi i tri pacijenta u 2 grupi. Antibiotički je liječeno 87 pacijenata oboljelih od HGBS-a i svi oboljeli od leptospiroze. Većina je potpuno ozdravila, kod tri pacijenta iz 1 grupe i jednog iz 2 grupe je ostala hronična bubrežna insuficijencija, a bio je i jedan smrtni ishod u 2 grupi.

Zaključak: Navedene zoonoze imaju određene različitosti koje kliničara mogu usmjeriti prema dijagnozi do prispjeća serološke potvrde.

6. Usmena prezentacija

SPONDYLODISCITIS KAO KOMPLIKACIJA BRUCELOZE I Q GROZNICE

Halilović Z, Drljević E

Kantonalna bolnica Zenica, Infektivno odjeljenje

E-adresa: ednan.drljevic@kbze.ba

Bruceloza predstavlja akutno, subakutno ili hronično oboljenje izazvano bakterijama iz roda *Brucellae*. Kliničke forme, tok te ishod brucelozne infekcije pokazuju različita svojstva. Q groznica je, također, zoonoza koja je na našim prostorima sve više prisutna, a među ozbiljnije komplikacije spadaju kardiovaskularne te koštano-zglobne komplikacije uz težu neurološku simptomatologiju.

Cilj rada bio je da prikaže kliničke oblike *spondylodiscitisa*/spondilitisa kod bolesnika koji su liječeni na Odjelu za infektivne bolesti KB Zenica u 2018. godini pod dijagnozom bruceloznog *spondylodiscitisa*, a serološkim pretragama na Q groznicu kod 10 bolesnika posmatran je mogući komorbiditet ovih dviju bolesti. Kod svih bolesnika oboljelih od bruceloze dijagnoza je potvrđena serološkim pretragama-testom aglutinacije, ELISA na *brucellae*, a Q groznica je kod 10 testiranih dokazivana ELISA-om na *Coxiella burnetii* u 2 faze. Svi bolesnici imali su pozitivnu epidemiološku anketu u smislu kontakta s oboljelim ovcama i kozama ili konzumacije termički neobrađenih proizvoda mlijeka istih životinja. Znake opšte infekcije imali su svi bolesnici, a kod svih oboljelih je potvrđena dijagnoza spondilodiscitisa magnetnom rezonancijom.

7. Poster prezentacija**MENADŽMENT UBODA KRPELJA****Seitarija-Memišević A**, Muratović P

Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: almasm8@gmail.com

Bosna i Hercegovina je zemlja s izuzetno bogatom vegetacijom i samim tim predstavlja pogodno mjesto za život i razvoj krpeljskih vrsta. Krpelji su vrlo otporne jedinke, preživljavaju i u najekstremnijim vremenskim uslovima svojom sposobnošću da ulaze u diapauzu, a toplota, svjetlost, vlažnost su aktivirajući faktori koji pokreću razvoj i razmnožavanje krpelja. U predjelima s četiri godišnja doba, tokom zime krpelji miruju, a na samom početku proljeća bivaju aktivirani. Osnovna aktivnost krpelja jeste traganje za domaćinom, drugom životinjskom vrstom ili čovjekom od kojeg će uzeti svoj krvni obrok. U odabiru domaćina izuzetno su neprobirljivi što je rezultiralo time da su vektori raznih patogena kako za čovjeka tako i za druge životinje. U humanoj medicini najznačanija bolest kojom mogu zaraziti čovjeka jeste Lajmska boreliozna. Na čovjeka se kači preko 30 vrsta krpelja, shodno njihovoj neprobirljivosti, a samo jedna vrsta je infestirana siprohetom *Borrelia burgdorferi*, uzročnikom Lajmske borelioze. Na području cijele Evrope *Ixodes ricinus* je jedina vrsta krpelja koja može nositi boreliju u sebi. Na području BiH veliki broj ljudi je barem jednom u životu imao krpelja na sebi. U eri interneta i pristupačnosti informacija većina ljudi je informirano o mogućoj opasnosti koju krpelji predstavljaju za zdravlje čovjeka i čim primijete krpelja zatraže ljekarsku pomoć. Kako krpelji uzrokuju strah kod pacijenata, tako i danas predstavljaju određeni izazov u ljekarskoj praksi u smislu ordiniranja terapije i preporuka za dijagnostičke procedure. I danas smo svjedoci da se u sporadičnim slučajevima za ubod krpelja predlaže antitetanična profilaksa, vrlo često ordiniraju antibiotici u terapijskim dozama i preporučuju serološke pretrage. Ovakvu praksu treba što prije napustiti, educirati ljekare i pacijente da se ovakvim načinom nanosi šteta zdravlju, te čim prije uvesti dobru medicinsku praksu po ovom pitanju prema protokolima koji su diljem svijeta prihvaćeni.

8. Poster prezentacija

PREDIKTORI TEŽINE KLINIČKE SLIKE INFLUENZE A/H1N1 U PERIODU OD 2009. DO 2013. GODINE

Jusufo-Hurić I, Mehanić S, Gazibera B, Gojak R, Hadžović-Čengić M, Baljić R
Klinika za Infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo
E-adresa: ilhamah@yahoo.com

Uvod: Influenca ili gripa je akutna, lako prenosiva infektivna respiratorna bolest čovjeka, koju uzrokuju virusi koji pripadaju porodici *Orthomyxoviridae*. Nulta hipoteza nema razlika između epidemioloških karakteristika, težine kliničke slike i komplikacija kod oboljelih od različitih tipova influence u odnosu na starosnu dob i osnovnih laboratorijskih, odnosno bihemijskih parametara.

Radna hipoteza: Postoji razlika između epidemioloških karakteristika, težine kliničke slike i komplikacija kod oboljelih od različitih tipova influence u odnosu na starosnu dob i osnovnih laboratorijskih, odnosno bihemijskih parametara.

Cilj: Utvrditi osnovne prediktore težine kliničke slike.

Ispitanici: U istraživanje je uključeno 268 bolesnika obaju spolova iznad 18 godina, koji su bili hospitalizirani na Klinici za Infektivne bolesti UKCS, te 21 bolesnik koji je zbog težine kliničke slike zahtijevao intenzivnu njegu, odnosno kontroliranu mehaničku ventilaciju, pa je ova druga skupina bila hospitalizirana u JIIT-u. Istraživanje je provedeno u periodu od 1. jula 2009. do 30. aprila 2013. godine s potvrđenim RT-PCR-om na influenzu.

Metode istraživanja: Analizirani su podaci iz historija bolesti Klinike za infektivne bolesti. Istraživanje je po principu presječne studije za sve ispitanike, a analiza 21 hospitaliziranog pacijenta na JIIT s potvrđenom influencom po metodologiji *case series* - serije slučajeva. Za statističku analizu koristili smo programski paket SPSS for Windows (verzija 19.).

Rezultati: 58% bolesnika imalo je srednje tešku kliničku sliku, 74% je imao jedan ili više faktora rizika. Najzastupljeniji komorbiditeti su bili gojaznost 47,6% hr, respiratorne bolesti 33,3%, a u laboratorijskim nalazima statistički značajne povišene vrijednosti AST, ALT, LDH, CK.

9. Poster prezentacija

MULTISTEMSKA HRONIČNOPROGRESIVNA INFEKTIVNA BOLEST - KOLIKO JE MEDICINA ODGOVORNA ZA HRONIČNI/RECIDIVIRAJUĆI TOK BORELIOZE

Krkić-Dautović S¹, Hadžović-Čengić M²

¹Privatna ordinacija specijaliste infektologa, Sarajevo, BiH

²Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: sajmadautovic@gmail.com

Sažetak: Borelioza je multisistemska infektivna bolest, koja, neliječena, protiče kao hronična i recidivirajuća bolest. Uzročnik je spiroheta roda borelija, čiji je glavni vektor krpelj iz roda *Ixodes*, koji je istovremeno prirodni rezervoar i izvor zaraze. Bolest može zahvatiti svaki organ, a karakteriše je široki spektar kliničkih manifestacija. Simptomi se javljaju povremeno, a recidivi u 9 - 30% neadekvatno liječenih bolesnika.

Cilj rada: Istražiti učestalost i kliničke oblike hronične borelioze na našem materijalu.

Materijal i metode: Uradjeno je retrospektivno istraživanje ambulantno liječenih bolesnika u periodu od 15. 03. 2013. do 30. 06. 2018. godine. Dijagnoza bolesti postavljena je na temelju anamnestičko-epidemioloških podataka, kliničke slike, toka bolesti, seroloških nalaza te na temelju odgovora na *exyuvantibus* terapiju. Rađene serološke pretrage su ELISA i Immunoblot.

Rezultati rada: U istraživanom periodu pregledano je 1059 bolesnika, od kojih je 9,3% imalo simptome borelioze. S multiorganskom simptomatologijom hroničnog/recidivirajućeg toka bila su 72 pacijenata. Prosječna starost oboljelih bila je 32,4 godine. Prosječno trajanje bolesti do početka terapije bilo je 4,6 godina (Interval 1-16). Dvanaest pacijenata uz jasnu kliničku sliku bolesti imalo je negativne serološke nalaze. Prema mjestu življenja, najviše je pacijenata bilo iz Sarajeva (43), zatim iz Banjaluke (6) pa Zagreba (4) i Splita (4). Ostalo su pojedinačni slučajevi iz različitih gradova. Najviše je bilo oboljelih iz službeničke profesije (18), potom ekonomista (13), pa penzionera (9), a podjednako studenata, domaćica i trgovaca (4). Od hronične borelioze se liječe tri liječnika, jedan veterinar i jedan farmaceut, a zastupljene su sve profesije. Među liječenim je kod 21% bolesnika prethodno postavljena dijagnoza multiple skleroze. U 48,6% bolesnika je ranije potvrđena dijagnoza borelioze i jednokratno ili dvokratno provedena antibioterapija. Kod recidiva bolesti nije ponavljana terapija, uz obrazloženjem da je terapija završena i upućivani su psihijatru.

Zaključak: Humana borelioza postaje sve veći problem u našoj sredini zbog neprepoznavanja i neadekvatnog tretmana bolesti.

10. Poster prezentacija

BORELIOZA U DJEČJEM UZRASTU - PRIKAZ SLUČAJEVA

Krkić-Dautović S¹, Gojak R²

¹Privatna ordinacija infektologa, Sarajevo, BiH

²Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: sajmadautovic@gmail.com

Boreliozna kod djece nije rijetka bolest i može imati akutni i hronični tok. Klinička slika Lajmske bolesti u dječjem uzrastu može proticati kao migrirajući kožni eritem s ili bez povišene temperature, kao afekcija velikih zglobova, neuroboreliozna ili multiorganska boreliozna. Cilj ovog rada je da skrenemo pažnju na moguće sekvele te invaliditet koji nastaju kod kasno postavljene dijagnoze borelioze i neadekvatnog tretmana bolesti u dječjem uzrastu.

U radu smo prikazali atipične slučajeve: 1) akutnog i hroničnog migrirajućeg eritema kod dvoje djece, 2) borelioznu infekciju oba lakatna i jednog koljenog zgloba kod učenika koji je dospio na operacioni stol, 3) multiorgansku lajmsku boreliozu kod 12-godišnjeg dječaka te 4) sekvele neprepoznate lajmske bolesti kod dječaka koji je bolestan od svoje četvrte godine života.

11. Poster prezentacija**PREVENCIJA BRUCELOZE****Derviškadić N**

Kantonalna bolnica „Dr. Safet Mujić“ Mostar

E-adresa: drderviskadic@gmail.com

Uvod: Za sve zoonoze kao i bruceloze jedino je pravo rješenje radikalna zaštita, na način da samo iskorijenjevanjem možemo izbjeći izvor infekcije, odnosno bolest. Čak i u bolje organiziranim društvima ona predstavlja veliki finansijski problem, posebno za našu zemlju koja ima dupli sistem struktura na svim razinama, naročito u zdrastvu, kao i u drugim nivoima vlasti. Ovo je sve rezultiralo postojanjem bruceloze u našoj zemlji, kao i njezinim širenjem epidemijskim razmjerama bez znakova zaustavljanja, kao ni kontrole širenja među osobama koje nisu imale kontakta sa zaraženim životinjama. Te osobe su konzumirale meso zaraženih životinja. Bez stručnog znanja doktora u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti ova bolest bi proizvela više troškove tretmana, koja bi doprinijela daljnjem širenju bolesti u svim dijelovima zemlje, pa čak i u susjedstvu.

Cilj rada: S tačke gledišta važnih grešaka u zaustavljanju budućeg širenja bolesti od primarne medicinske prakse, javnog zdrastva, preko veterinarskih odjela do izvršnih organa vlasti do kada mi moramo predložiti plan i program za edukaciju o zarazi.

Materijali i metodi: Urađena je retrospektivna analiza historija bolesti 15 oboljelih od bruceloze koji su bili hospitalizirani na infektivnom odjelu RMC “Dr. Safet Mujić” Mostar u 2 odvojena dvogodišnja perioda 2000./2001. godine i 2003./2004. U oba ova perioda dijagnoze su postavljene serološkim testom. U dosadašnjem periodu koji je najmerodavniji za analizu, analizirane su kliničke forme oboljenja, laboratorijski indeksi, učestalost oboljenja po spolu i dobi, učestalost kliničkih simptoma, dužina inkubacije, dužina hospitalizacije i terapija.

Rezultati: U prošlom periodu izliječene familije su vraćane kućama te je čak bolest prijavljivana. Nitko nije vršio pregled bolesnih životinja, kao i ubijanje. Da bi bilo gore te životinje su prodavane nekom drugom - izjave tretiranih osoba.

Zaključak: Mi moramo zaustaviti brucelozu što je moguće prije, do relevantnih struktura, koje daju objektivnu aplikaciju EU odluci koja kombinuje slučaj definicije, LAB kriterije za dijagnoze, principe za datume korištenja za odluke o proizvodnji. Ovaj datum je kombinovan s datumom monitoringa i datumom istraživanja Brisel EU No.L86A.

12. Poster prezentacija

CLINICAL FEATURES OF ACTIVE OCULAR TOXOPLASMOSIS – EXPERIENCE OF GENERAL HOSPITAL ZADAR

Pupić-Bakrač A, Konjevoda S, Čanović S, Škara Kolega M, Didović Pavičić A
Department of Ophthalmology, General Hospital Zadar, Bože Peričića 5, 23000
Zadar, Croatia

E-adresa: anapupicbakrac@gmail.com

Introduction: Toxoplasma gondii is etiological factor responsible for the 20-60% of all chorioretinitis. It causes permanent vision reduction in around 25% of eyes. Patological findings in substrate include macular active lesions, macular oedema, optic nerve involvement, vascular occlusion, retinal detachment and late secondary choroidal neovascularization.

Methods: A retrospective, non-consecutive chart review was performed on 11 patients with active ocular toxoplasmosis. Diagnosis was based on physical examination (active lesion on retina) and elevated titer of anti-toxoplasma antibodies. We analysed only patients who were diagnosed, treated and had control check ups at least 6 months after episode of chorioretinitis in General Hospital Zadar. They underwent a complete ophthalmologic examination at each visit.

Results: Eight patients were female, and three patients were male. The mean age of the patients was 42.73. At examination all patients had central active lesions on retina. Preexisting chorioretinal scars were found at seven patients (63.64%). Eight patients (72.73%) had vitritis, and three patients (27.27%) had iridocyclitis. Six patients (54.55%) had macular inflammatory lesions, four (36.37%) had active lesions out of vascular arcades, and one (9.09%) had active lesions inside vasculare arcades but macula was not affected. Mean value of visual acuity at first visit of patients was 0.5. After the resolution of attack mean value of visual acuity was 0.9. In seven patients this was the first diagnosed episode of ocular toxoplasmosis. Four patients had previous recorded episodes of toxoplasmosis chorioretinitis. None of patients had any extraocular involvements. All patients had positive serum anti-toxoplasma IgG antibodies, but negative IgM antibodies. In all cases patients were treated with oral antibiotics, seven patients also received oral corticosteroids, and seven pyrimethamine. All patients with signs of iridocyclitis also had topical corticosteroids.

Conclusion: Although toxoplasmosis chorioretinitis is usually a self-limited infection and generally resolves spontaneously, unrecognised cases can result in severe visual impairments. Setting accurate diagnosis and early application of treatment significantly improves outcome.

13. Poster prezentacija

DIROFILARIJAZA - PRIKAZ BOLESNIKA

Popović S¹, Kuprešanin Begović V¹, Vešović N², Tomić D³, Ristić S⁴

¹Klinika za infektivne i tropske bolesti VMA

²Klinika za grudnu hirurgiju VMA

³Institut za mikrobiologiju VMA

⁴Institut za patologiju i sudsku medicinu VMA

E-adresa: cecapopovic@gmail.com

Uvod: Dirofilarijaza je zoonoza izazvana nematodom iz roda Dirofilarija, koja je parazit pasa i mačaka, a čovek se inficira ubodom komarca.

U Evropi se povećava broj obolelih van endemičnih žarišta. Do sada je u svetu prijavljeno više od 2850 slučajeva humane subkutane/očne filarijaze. U našoj ustanovi su u nazad 30 godina potvrđena 2 slučaja humane dirofilarijaze. Bolest se manifestuje kao kutana forma s razvojem potkožnih nodula zbog lokalne infamacije na prisustvo parazita. Potpuno razvijeni crvi mogu se naći subkonjuktivalno, intra i retroorbitalno. Najčešća lokalizacija visceralne forme je u plućnom parenhimu. Do pojave prvih simptoma bolesti može proći i više desetina godina od nastanka infekcije. Dijagnoza je histološka ili morfološka i/ili primenom molekularnih tehnika. Lečenje je hirurško uklanjanje parazita i primena antiparazitarne terapije.

Prikaz slučaja: U radu su prikazana dva slučaja infekcije Dirofilarijom repens. Prvi slučaj je pacijent s izraženim kašljem i hemoptizijama, kod koga je morfološkim pretragama verifikovana promena nodularnog izgleda u plućnom parenhimu. Patohistološki nalaz ekstirpirane promene je pokazao hronično ganulomsko zapaljenje i prisustvo parazita. Druga bolesnica je imala više godina promene na koži lica migratornog karaktera s formiranjem nodularne promene. Posle incizije induracije na koži zigomatične regije, evakuisan je crv veličine 12 cm, koji je identifikovan kao *Dirophilaria repens*. Patohistološki nalaz ekstirpirane nodularne promene u celosti, na mestu evakusiranog parazita je pokazao da se radi o granulomskoj infamaciji. Lecenje oba bolesnika je završeno uspešno s potpunim oporavkom bez komplikacija, hirurškom intervencijom uz antiparazitarnu terapiju.

Zaključak: Dirofilarijaza je naječešća filarijalna infekcija. Kod ljudi je retko oboljenje i u većini slučajeva dijagnoza se postavlja patohistološki, retko kao u našem slučaju evakuacijom živog parazita. Broj inficiranih ljudi ovom nematodom je u porastu zbog globalnog zagrevanja i povećanog kretanje pasa i kućnih ljubimaca. U slučaju pojave potkožnih nodula ili nejasnih promena na plućima treba misliti i na ovu infekciju.

14. Poster prezentacija

LYME NEUROBORRELIOSIS - NAŠA ISKUSTVA

Petrović M¹, Roganović T^{1,2}, Verhaz A^{1,2}, Kasapović D¹, Ritan S¹, Pašić Lj¹

¹Klinika za infektivne bolesti, Univerzitetski Klinički centar Republike Srpske

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci

E-adresa: petrovicmilan27@hotmail.com

Uvod: Cilj rada je potvrditi značajja evaluacije likvorskog nalaza uz serološku dijagnostiku kod pacijenata sa sumnjom na lajmsku neuroboreliozu.

Materijal i metode: Istraživanje je retrospektivno-prospektivno i obuhvata 47 ispitanika hospitalizovanih u Kliniku za infektivne bolesti UKC RS zbog kliničke slike diseminovane lajmske bolesti od početka 2014. do juna 2018. godine.

Rezultati: Prosječna dob navedenih pacijenata je bila 50,8 godine, bez značajnije razlike u odnosu na pol. Većina pacijenata je bila iz seoskih ili prigradskih naselja. Pozitivnu anamnezu za ubod krpelja je imalo 48,9% pacijenata, a prethodni *erythema migrans* samo 25,5% pacijenata. Povišenu tjelesnu temperaturu je imalo 10,6%, glavobolju 70,21%, ostalu neurološku simptomatologiju 70,21%, kardiološke manifestacije 21,27% pacijenata. Kasne kožne manifestacije je imalo 17,02%.

Vrijednosti leukocita i leukocitarne formule, C-reaktivni protein i aktivnost serumskih aminotransferaza su kod većine pacijenata bile u referentnim vrijednostima.

Citobiohemijska analiza likvora je kod većine pacijenta bila uredna. ELISA *Borrelia burgdorferi* IgM u serumu je bio pozitivan kod 31,9%, a IgG kod 91,48% pacijenata, što je Immunoblot test potvrdio. ELISA *Borrelia burgdorferi* IgM u cerebrospinalnoj tečnosti je bio pozitivan kod 6,5%, a IgG kod 60,86% pacijenata. Indikaciju za EEG je imalo 12 pacijenata, kod četvero je nalaz bio patološki. Radiološke pretrage (KT/NMR glave) je radilo 25 pacijenata, od njih 10 je imalo radiološke promjene u smislu neuroborelioze. Svi pacijenti su liječeni *Ceftriaxonom* kroz 14 - 28 dana, uz nastavak peroralne antibiotske terapije po otpustu.

Zaključak: S obzirom na broj pacijenata s lajmskom neuroboreliozom koja je serološki verifikovana uz povoljan klinički odgovor na ordiniranu antibiotsku terapiju, možemo reći da odsustvu podatka o prethodnoj *erythema migrans* kao i uredni laboratorijski nalazi i nalazi citohemijske analize cerebrospinalne tečnosti nisu kriterijumu na osnovi kojih možemo isključiti sumnju na lajmsku neuroboreliozu.

15. Poster prezentacija**KRPELJNI ENCEFALITIS U PROFESIONALNO IZLOŽENE CIJEPLJENE OSOBE: PRIKAZ SLUČAJA**

Rubil I^{1,2}, Perić Lj^{1,2}, **Sabadi D^{1,2}**, Lišnjić D^{1,2}, Duvnjak M^{1,2}, Šimašek D^{1,2}, Grubišić B^{1,2}, Radočaj V², Biondić D², Bogdanić M³, Tabain I³, Savić V⁵, Prpić J⁵, Jemeršić L⁵, Barbić Lj⁶, Stevanović V⁶, Babić-Erceg A³, Kaić B³, Vilibić-Čavlek T^{3,4}

¹Medicinski fakultet Osijek Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Hrvatska

²Klinika za infektologiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

³Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

⁴Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

⁵Hrvatski veterinarski institut Zagreb, Zagreb, Hrvatska

⁶Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

E-adresa: dariocroatia@gmail.com

Uvod: Krpeljni encefalitis najznačajnija je zoonoza koju prenose krpelji. Na području Hrvatske virus krpelnog encefalitisa (TBEV) je endemski u sjeverozapadnim županijama, no infekcije se bilježe na području cijele kontinentalne Hrvatske. Iako je bolest moguće spriječiti cjepivom, rijetko su opisane infekcije u nepotpuno cijepljenih, ali i osoba koje su uredno cijepljene protiv TBEV-a. U radu prikazujemo slučaj krpelnog encefalitisa u profesionalno izložene osobe nakon uredno provedenog primarnog cijepljenja.

Ispitanici i metode: 36-godišnji inženjer šumarstva, zaprimljen je šestog dana bolesti manifestirane svakodnevnom vrućicom (do 40°C), klonulošću, glavoboljom, mučninom i povraćanjem. Bolesnik navodi višekratne ubode krpelja, posljednji put prije 18 dana (Gorski Kotar). Uredno je cijepljen (primarno cijepljenje) s tri doze cjepiva protiv TBEV-a (2014. godine). Pri prijemu učinjene su rutinske laboratorijske pretrage, EEG i CT mozga te oduzeti uzorci seruma, cerebrospinalnog likvora (CSL) i urina za mikrobiološke analize.

Rezultati: Pri pregledu vrat koči terminalno, meningitički znaci negativni. Učinjene rutinske laboratorijske pretrage pokazale su leukocitozu ($14,1 \times 10^9/L$) i blago povišen CRP (14,4 mg/L). U CSL-u nađeno je $132/mm^3$ stanica s predominacijom limfocita (76%), povišene vrijednosti proteina (0,753 g/L) te normalne vrijednosti glukoze (3,61 mmol/L). Nalaz EEG i CT mozga bio je uredan. Učinjenim serološkim pretragama nađene su visoke vrijednosti protutijela na TBEV u serumu (IgM omjer 5,01; IgG >200 RU/ml) i CSL (IgM omjer 4,35; IgG 191 RU/ml). U parnim uzorcima seruma opaženo je smanjenje titra IgM-a (omjer 4,20; potom 2,82) uz i dalje nemjerljivo visoke vrijednosti titra IgG-a. Serološki nalaz na *Borrelia burgdorferi* bio je negativan. TBEV RNA nije dokazana u CSL-u i urinu. Parenteralno je liječen aciklovirom, ceftriaksonom i moksifloksacinom uz antiedematoznu i drugu simptomatsku terapiju. Od otpusta redovito kontroliran tijekom četiri mjeseca, dobrog je općeg stanja, bez zaostalog neurološkog deficita.

Zaključak: Iako cijepljenje pruža učinkovitu zaštitu protiv TBEV-a, prikazani slučaj potvrđuje mogućnost obolijevanja cijepljenih osoba, posebno onih izloženih učestalim ubodima krpelja.

16. Poster prezentacija

TESTICULAR INVOLVEMENT IN BRUCELOSIS - A STUDY OF 34 CASES

Cana F, Rangelov G, Dimzova M, Demiri I, Bosilkovski M

University Clinic for Infectious Diseases and Febrile Conditions, Medical

Faculty, Skopje, Macedonia

E-adresa: dr.cana@gmail.com

Objective: to present some demographic, epidemiological, clinical and laboratory characteristics in patients with brucellar orchitis/epididymitis.

Materials and methods: A retrospective analysis of medical records and follow-up protocols of 34 patients with brucellar orchitis/epididymitis have been done. All of the patients have been diagnosed and treated at the University Clinic for Infectious Diseases and Febrile Conditions in Skopje, during the period from 1989 to 2011. The diagnosis of brucellosis was made on the basis of compatible clinical signs and symptoms in the presence of positive serological tests. Orchitis and epididymitis were diagnosed by the presence of swelling and tenderness of the testis and/or epididymis, with or without other inflammatory signs. All patients underwent standard diagnostic protocol, comprising of detailed history, physical examination and laboratory analysis, as well as suitable treatment with various antimicrobial combinations composed of two or three antimicrobials with the duration of at least 45 days.

Results: Testicular involvement was noted in 34 out of 1174 (2.9%) male patients with brucellosis. The median age of these patients was 46.5, range 15-77 years. Twenty five of them (73.5%) acquired the illness due to direct contact with infected animals. The illness duration prior to diagnosis was median 30, range 3-360 days. The most frequent symptoms were fever in 32 (94.1%), sweating in 31 (91.2%), and arthralgias in 30 (88.2%) patients. Testicular involvement as the only manifestation of the disease was present in 3 (9%) patients. Epididymo-orchitis, orchitis and epididymitis were found in 26, 7 and 1 patients respectively. Simultaneous osteoarticular involvement was present in 23 (67.6%) patients. The duration of testicular manifestations was median 10, range 7-21 days. Relapses were detected in 8 (23.5%) patients; still 5 of them had concomitant osteoarticular affection.

Conclusion: Brucellosis should be included in the differential diagnosis of testicular affection in endemic countries, especially in the presence of contact with infected animals or ingestion of unpasteurized food products, fever, sweating and arthralgias.

17. Poster prezentacija

EPIDEMIOLOŠKO KLINIČKE KARAKTERISTIKE TRIHINELOZE U VOJVODINI, SRBIJA

Doder R¹, Radosavljević B², Jovelić A³, Kovačević N¹

¹Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Klinički centar Vojvodine, Klinika za infektivne bolesti, Novi Sad, Srbija

²Institut za javno zdravlje Vojvodine, Centar za mikrobiologiju i parazitologiju, Novi Sad, Srbija

³Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Klinika za kardiologiju, Sremska Kamenica, Srbija

E-adresa: radoslavadoder@yahoo.com

Uvod/Cilj: Trihinelozu je zoonoza rasporostanjena u onim zemljama u kojima postoji navika konzumiranja termički nedovoljno obrađenog mesa i mesnih prerađevina. Cilj ovog rada je da opiše epidemiološke, kliničke i najznačajnije laboratorijske karakteristike trihineloze na području Vojvodine tokom dve epidemije, 2011. i 2014. godine.

Metode: Dijagnoza bolesti je postavljena na osnovi kliničkih, laboratorijskih ili epidemioloških kriterijuma, a potvrđena indirektnim imunoflorescentnim testom (IIFT) na *Trichinella spiralis*.

Rezultati: Od trihineloze je u 2011. godini na Klinici za infektivne bolesti u N. Sadu, lečen 21 bolesnik. Najviše obolelih bilo je iz B. Palanke, a izvor infekcije bile su sušene svinjske kobasice. U 2014. godini lečeno je ukupno 18 bolesnika. Više od polovine obolelih bilo je iz N. Sada, a izvor infekcije bile su konjske kobasice, dok je 1/3 obolelih pripadala manjoj epidemiji iz Šajkaša gde su oboleli konzumirali sveže mleveno svinjsko meso. Prosečan uzrast bolesnika iznosio je 39,86 godina u 2011. i 49,11 godina u 2014. Među obolelim bila su zastupljena oba pola. Srednja vrednost inkubacionog perioda u danima bila je podjednaka (9,1 : 10,1). Bol u trbuhu, mučnina i dijareja bile su procentualno manje zastupljenje, dok su parenteralne tegobe registrovane u visokom procentu u obe epidemije. Srednja vrednost ukupnog broja leukocita u perifernoj krvi pri prijemu, kao i broj apsolutnih eozinofila, bile su statistički značajno veće kod bolesnika u 2014 godini. Zabeležena je duža hospitalizacija u 2011. godini (11,57 : 8,25 dana). Tok bolesti bio je povoljan, teže komplikacije i smrtni ishod nisu zabeleženi.

Zaključak: Trihinelozu u Vojvodini nastala je posle konzumacije infestiranog svinjskog i konjskog mesa larvama *T. spiralis*. U kliničkoj slici dominirali su visoka T, bolovi u mišićima, otok kapaka i lica i konjuktivitis. Eozinofilija u perifernoj krvi zabeležena je kod većine obolelih.

18. Poster prezentacija

SUBCONJUNCTIVAL DIROFILARIASIS - A RARE CASE OF OCULAR PARASITOSIS

Pupić-Bakrač A, Čanović S, Konjevoda S, Didović Pavičić A, Škara Kolega M
Department of Ophthalmology, General Hospital Zadar, Bože Peričića 5, 23000
Zadar, Croatia
E-adresa: anapupicbakrac@gmail.com

Introduction: Dirofilariasis is a helminthic infection caused by parasites of the *Dirofilaria* genus. *Dirofilaria repens* is a species that is natural parasite of carnivorous animals, primarily dogs, foxes and cats. The infection is transmitted to humans by insect vector like mosquito. Canine and feline dirofilariasis occurs mainly in southern European countries. Infections in humans are rare and they usually manifest as a subcutaneous nodule or a conjunctival form.

Case presentation: A 49-year-old man presented with sudden intense pain in the right eye. There was no data of injury, and he had no history of allergies. Ten days prior he had acute nasopharyngitis, with subfebrile temperature. He had diabetes mellitus type 2, and three years prior he had meningitis. He had a pet dog. There was no history of travel outside Croatia.

Visual acuity was 1.0 in both eyes. A large live nematode was visualized on slit-lamp examination of the right eye. Nematode was coiled up under temporal part of the bulbar conjunctiva. There was no significant congestion and chemosis of conjunctiva. Rest of the ocular examination did not reveal any abnormality. Complete blood picture, erythrocyte sedimentation rate, C-reactive proteine were within normal values with no evidence of eosinophilia.

The nematode was surgically removed through an incision in the conjunctiva.

Symptoms resolved promptly after surgical extraction. Antihelmintics were not used.

Patient had no ocular or systemic recurrences over a follow-up period of 4 years.

After extraction parasite was sent to the identification on veterinary faculty. Based on size, cuticular and internal morphologic features it was identified as female *Dirofilaria repens*.

Conclusion: Although dirofilariasis in humans occurs rarely, in last two decades over 10 cases have been reported in Croatia. Total number of cases is unknown, because reporting to the epidemiological service is not mandatory. Since Croatia is endemic area it is important to consider human dirofilariosis in the differential diagnosis of orbital inflammation.

19. Poster prezentacija

KLINIČKO–EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE LAJMSKE BOLESTI KOD PACIJENTATA U AMBULANTI KLINIKE ZA INFektivNE BOLESTI KCUS U DVOGODIŠNJEM PERIODU – 2016./2017. GODINA

Mostarac N, Sejtarija-Memišević A, Muratović P, Hadžović-Čengić M, Dautović-Krkić S.

Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: nermin.mostarac@gmail.com

Uvod: Lajmska bolest je multisistemska oboljenje subakutnog i hroničnog toka, koje izazivaju bakterije iz roda *Borrelia*, a prenose krpelji (*Ixodes*). Prva i najčešća klinička manifestacija je *Erythema chronicum migrans*. Da bi se postavila tačna dijagnoza potrebno je uzeti dobru epidemiološku anketu, uraditi detaljan pregled pacijenta i relevantne laboratorijske pretrage.

Cilj rada: Prikazati i utvrditi učestalost Lajmske borelioze kod pacijenata s ugrizom krpelja koji su se javljali u ambulantu Klinike za infektivne bolesti KCUS.

Ispitanici i metode: Podaci prikupljeni za rad dobiveni su retrospektivnom statističkom analizom ambulantnih protokola u dvogodišnjem periodu od 01. 01. 2016. do 01. 01. 2018. godine.

Rezultati: Analizirana je distribucija bolesnika po vremenu obolijevanja, spolu, dobi i kliničkim oblicima javljanja Lajmske bolesti. Statistička obrada dobivenih podataka prikazana je grafički i numerički. Ukupno je analizirano 438 pacijenata s prvim javljanjem u ambulantu (u statističku obradu nisu uzeti kontrolni pacijenti). Oba pola su bila jednako zastupljena: 49,8% M i 50,2% Ž. Učestalost pojave Lajmske bolesti je znatno veća kod ugrizanih žena: 61,5%. Najčešća klinička manifestacija je *Erythema migrans* (155 pacijenata – 35,4% ugrizanih), 10 pacijenata (2,3%) je bilo s neurološkim manifestacijama i 10 pacijenata (2,3%) sa zglobnim manifestacijama hronične *Lyme borelioze*. Najčešći mjeseci u kojima se dešavaju ugrizi krpelja su maj-juni-juli/svibanj-lipanj-srpanj, s vrhom u lipnju.

Zaključak: Najveći broj oboljelih je srednje životne dobi, radno aktivno koje boravi u prirodi, češće obolijevaju ugrizene žene (1 : 1,6). Najčešći vremenski period ugriza krpelja i pojave *Erythema migrans* je kasno proljeće i rano ljeto, s vrhom incidence u šestom mjesecu. Najčešći je primarni oblik obolijevanja (EM) 88,6% pacijenata.



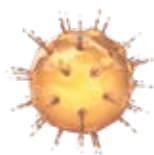
86.000 SMRTI
SVAKE GODINE
UZROKOVANO JE
HEPATITISOM C U
EVROPI³

8,5 MILIJUNA
LJUDI U EVROPI
IMA HRONIČNI
HEPATITIS C¹



~75% BOLESNIKA
NIJE SVJESNO SVOJE
BOLESTI²

60-70% SLUČAJEVA
HEPATOCELULARNIH
KARCINOMA
U EVROPI JE
UZROKOVANO
HEPATITISOM C²



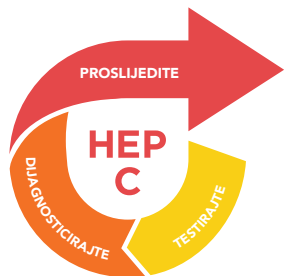
HEPATITIS C MOŽE BITI IZLIJEČEN

PODUZMITE NEŠTO SADA

Sada hepatitis C može biti izliječen s potpuno oralnim režimom liječenja⁴⁻⁹

TESTIRAJTE DIJAGNOSTICIRAJTE PROSLIJEDITE

Vi ste prvi korak prema izlječenju



1. Razavi H. Presentacija na 1st European Roundtable Meeting on Hepatitis Cure & Eradication. Frankfurt, Germany, 2015. Dostupno na <http://www.infectiousdiseasesonline.com/1st-euhepcure-presentations/>. Pristupljeno u travnju 2017. **2.** Hatzakis A *et al.* *J Viral Hepat* 2011;18 (Suppl 1):1-16. **3.** WHO. Data and statistics. Dostupno na <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/data-and-statistics>. Pristupljeno u Aprilu 2017.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Datum sastavljanja: Septembar, 2018

HCV-006-2018

MEDICOPHARMACIA d.o.o., Lužansko Polje 7, 71000 Sarajevo



MEDICOPHARMACIA

TEMA II - HIV/AIDS i hepatitis

20. Pozvano predavanje

NOVOSTI U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU HEPATITISA C

Verhaz A

Klinika za infektivne bolesti, Univerzitetsko klinički centar Republika Srpska, Banja Luka, Bosna i Hercegovina

E-adresa: antonija@blic.net

Uvod/Cilj: Milioni ljudi širom svijeta boluju od hepatitisa C, što može dovesti do teške bolesti jetre, raka jetre i smrti. Procjenjivali smo djelotvornost i sigurnost kombinacije ABT-450 bez interferona s ritonavinom, ombitasvirom, dasabuvirom i ribavirinom u bolesnika s hroničnim hepatitisom C.

Metode: Prikazali smo pacijente s infekcijom HCV genotipom 1 i 4 s i bez ciroze koji su bili liječeni dasabuvir/ombitasvir/paritaprevir/ritonavir tokom 12/24 nedelja, u cilju postizanja stabilnog virološkog odgovora. Primarna krajnja tačka bila je stopa stabilnog virološkog odgovora u 12 nedelji nakon završetka tretmana. Sekundarna tačka bila je procjena sigurnosti lijeka u naših bolesnika.

Rezultati: Ova studija je uključila ukupno 55 bolesnika. RBV je dan svim pacijentima osim onih koji imaju HCV podgenotip 1b. DSV nije primijenjen pacijentima zaraženim HCV genotipom 4. Za većinu bolesnika trajanje liječenja bilo je 12 nedelja. Osam bolesnika s cirozom jetre koji su zaraženi HCV genotipom 1 trajanje liječenja bilo je 24 nedelje. Viremija je procijenjena na četiri tačke u vremenu: na početku, 12 ili 24 nedelja nakon početka liječenja (završetak liječenja - ETR) i 12 nedelja nakon završetka liječenja (stabilni virusni odgovor - SVO).

Kompletna ETR nakon 12 nedelja liječenja postignuta je u 47 bolesnika, dok je u 8 pacijenata s visokim rizikom postignuto nakon 24 nedelje liječenja. Kompletan SVR zabilježen je kod svih pacijenata 12 nedelja nakon završetka liječenja. Ova terapija se dobro podnosila i blage nuspojave zabilježene su samo u 10 bolesnika. Liječenje bolesnika s hroničnom HCV infekcijom s OBV/PTV/RTV + DSV + RBV rezultiralo je izvrsnom antivirusnom aktivnošću i blagim nuspojavama.

Zaključak: Terapijski režim primjenjen kod naših pacijenata dao je visoku stopu stabilnog virusološkog odgovora uz dobru tolerabilnost lijekova. Potrebno je terapijske režime u Republici Srpskoj usaglasiti s novim evropskim smjernicama iz 2018. godine.

21. Usmena prezentacija

EFIKASNOST I SIGURNOST OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR + DASABUVIRA U TRETMANU HRONIČNOG HEPATITISA C U BOSNI I HERCEGOVINI

Ahmetagić S

Klinika za zarazne bolesti, Univerzitetsko klinički centar Tuzla

E-adresa: sead.ahmetagic@ukctuzla.ba

Uvod: Infekcija virusom hepatitisa C je jedan od glavnih uzroka hronične bolesti jetre širom svijeta. Od 2015. godine u BiH dostupna je nova oralna terapija (DAA) kombinacije bez interferona (paritaprevir/ombitasvir/ritonavir, dasabuvir+/- ribavirin) u trajanju 12 sedmica, sa stabilnim virusološkim odgovorom u 95 - 100% pacijenata.

Cilj: Cilj ovog rada je analizirati efikasnost i sigurnost ovog tretmana u dostupnim podacima 53 od 152 do sada liječena pacijenta u BiH.

Bolesnici i metode: Retrospektivna analiza obavljena je na osnovi dostupne medicinske dokumentacije 53 liječena bolesnika u Tuzli i Sarajevu u periodu od 2015. do 2018. godine.

Rezultati: Od 2015. godine do danas u BiH s DAA terapijom je ukupno liječeno 152 bolesnika, od toga u FBiH - 82, u RSBiH - 70. Od ukupno 82 bolesnika liječena u FBiH u Tuzli su liječena 32 bolesnika, u Sarajevu 21. Prosječna dob, godine ($\pm$ SD) za ta 53 bolesnika bila je $50,62 \pm 11,00$, od čega više žena 27 (50,94%). Relapsera je bilo 37 (69,81%), naivnih 16 (30,19%). Stadij fibroze: Fo kod 1 (1,89%), F1 kod 5 (9,44%), F2 kod 8 (15,09%), F3 kod 11 (20,75%), F4 kod 28 (52,83%), ciroza kod 27 (50,94%) bolesnika. HCV genotipovi su bili: 1a kod 9 (16,98%), 1b kod 38 (71,70%), genotip četiri 6 (11,32%) bolesnika. Kod 2 pacijenta (3,77%) bila je urađena transplantacija. Efikasnost DAA terapije kod naših pacijenata bila je 100%.

Praćenjem viremije kod svih bolesnika je došlo do SVR od završetka terapije do danas. Sigurnosni profil uključenih lijekova je bio dobar, ni kod 1 pacijenta nije bio potreban prekid terapije.

Zaključak: Nove terapijske opcije koje će za razliku od prethodnih zaista postati zlatni standard za liječenje hroničnog hepatitisa C će nam olakšati rad, a i moći ćemo definitivno reći da je hepatitis C izlječiva bolest.

22. Usmena prezentacija**ASPERGILOZA - OBVEZAN PRATILAC IMUNODEFICIJENCIJE?****ISKUSTVA KLINIKE ZA INFektivNE I TROPSKE BOLESTI VMA**

Begović Kuprešanin V¹, Stamatović D², Elez M², Popović S¹, Hristović D¹, Ćurčić P¹, Takić Radovanović T¹, Rajić Dimitrijević R¹, Tomić D³, Ristić S⁴

¹Klinika za infektivne i tropske bolesti VMA,

²Klinika za hematologiju VMA,

³Institut za mikrobiologiju VMA,

⁴Institut za patologiju i sudsku medicinu VMA

E-adresa: begovickupresanin@hotmail.com

Uvod: Invazivne gljivične infekcije (IGI) predstavljaju sve veći uzrok morbiditeta i mortaliteta bolesnika lečenih u jedinicama intenzivne nege, na imunosupresivnoj terapiji, posle transplantacije solidnih organa i matičnih ćelija hematopoeze (MČH). Dijagnostika ovih infekcija pre smrti je niska i iznosi oko 12%. U Francuskoj se povećao broj obolelih od invazivne aspergiloze (IA) za 4,4%, posebno u jedinicama intenzivne nege s 42,7% na 53,9%, koja je i dalje vodeći uzrok smrtnosti u odnosu na druge IGI. Terapijski neuspeh kod IA-e javlja se zbog pojave rezistentnih sojeva *Aspergillus fumigatus* na itraconazol i smanjene senzitivnosti na vorikonazol, ali i zbog prisustva komorbidnih stanja.

Cilj: Prikazujemo ne-neutropenične bolesnike s IA-om, kod kojih je, u toku ispitivanja, lečenja i praćenja, dijagnostikovana maligna, hematološka ili autoimuna bolest.

Bolesnici i metode: U periodu od 2008. do 2017. godine u Klinici za infektivne i tropske bolesti VMA lečeno je 35-ero ne-neutropeničnih bolesnika s IA-om pluća, mozga i paranazalnih šupljina. Faktori rizika su bili komorbiditet pluća (tumori i bronhiektazije), IgA imunodeficijencija, primena kortikosteroida, poremećaj rada žlezda s unutrašnjim lučenjem. IA je dijagnostikovana kulturelno, radiološki, serološki i patohistološki. Lečenje je sprovedeno po protokolu za ne-neutropenične bolesnike itraconazolom ili vorikonazolom, a dužina terapije je zavisila od lokalizacije bolesti. Svi bolesnici su ispitani u smislu postojanja maligniteta, primarne ili sekundarne imunodeficijencije. Prikazujemo pacijentkinju kod koje je dijagnostikovana IA maksilarnog sinusa, tri godine pre ispoljavanja NHL-a. Inicijalno je lečena hirurški uz antigljivičnu terapiju trajanja od 9 meseci. Kod šestoro bolesnika je otkriven tumor pluća, želuca i dojke. Kod jednog pacijenta se razvila mijeloproliferativna bolest, a kod drugog je posle 6 godina dijagnostikovana diseminovana TBC pluća, bez dokaza za bilo koji malignitet ili imunodeficijenciju, pa je postavljena sumnja za moguću mutaciju TLR receptora.

Zaključak: Pravovremena dijagnostika IA-e, uz adekvatnu terapiju kod ne-neutropeničnih bolesnika, zahteva ispitivanje više sistema radi isključenja maligniteta, primarne ili sekundarne imunodeficijencije. Redovnim kliničkim, mikrobiološkim i morfološkim praćenjem moguće je povećati preživljavanje ovih bolesnika jer se kod većine naših pacijenata ispoljila maligna bolest neposredno po dijagnostikovanju IA-e ili u periodu praćenja.

23. Usmena prezentacija**STARENJE S HIV-OM: KLINIČKE I DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE HIV PACIJENATA STARIJIH OD 50 GODINA U POREĐENJU S PACIJENTIMA MLAĐIM OD 50 GODINA NA TRETMANU I SKRBI U UNIVERZITETSKOM KLINIČKOM CENTRU U SARAJEVU****Hadžiosmanović V**, Topalović-Četković J, Gojak R

Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: vesnadarjan@yahoo.com

Uvod: Stalno rastući trendovi i broj osoba starijih od 50 godina koji žive s HIV-om je uglavnom posljedica upotrebe antiretrovirusnih terapija koje uspješno prolongiraju život osoba koje žive s HIV-om, te, stoga, očekivani životni vijek osobe koja postigne i održava virusnu supresiju na antiretrovirusnoj terapiji je sada podjednak životnom vijeku osobe koja nije HIV-inficirana.

Cilj rada: Cilj ovog istraživanja je retrospektivna evaluacija demografskih i kliničkih karakteristika, uključujući i komorbiditete, osoba koje žive s HIV-om, na tretmanu i skrbi u Univerzitetском kliničkom centru u Sarajevu, opservirano u dvije usporedne grupe: pacijenti stariji od 50 godina u poređenju s kontrolnom, mlađom grupom pacijenata.

Metode: Retrospektivna, longitudinalna analiza prikupljenih podataka iz medicinske dokumentacije 140 pacijenata liječenih u Klinici za infektivne bolesti KCUS u 15-godišnjem periodu, od 2003. do 2018. godine.

Rezultati: Retrospektivno je evaluirana baza podataka o 140 HIV-pozitivnih osoba, podijeljenih u dvije kategorije: 34 (24,3%) starijih od 50 godina i 106 (75,7%) mlađih od 50 godina. Pacijenti su u prosjeku u prvoj skupini imali $58 \pm 7,73$ godina, dok su u drugoj imali u prosjeku $36,5 \pm 7,29$ godina. Razlika u spolovima u odnosu na dobne skupine nije statistički značajna ($p = 0,387$). Razlike u pušačkom statusu, konzumaciji alkohola, te korištenju intravenskih narkotika u ove dvije dobne skupine nisu statistički značajne ($p = 0,462$; $p = 0,150$; $p = 0,339$). Razlika u načinu transmisije HIV-a po dobnim skupinama je statistički značajna ($p = 0,003$): MSM dominira kod mlađe populacije, dok je HS prijenos dominantan kod starijih od 50 godina. Nadir CD4+ T cell count u grupi mlađih od 50 godina: kod 50,5% pacijenata vrijednost su bile ispod $200 \text{ } \mu\text{L/mm}^3$, a kod 24,8% vrijednosti su se kretale između 201 i $350 \text{ } \mu\text{L/mm}^3$, dok je 24,8% ispitanika imalo vrijednosti iznad $350 \text{ } \mu\text{L/mm}^3$. Kod starijih od 50 godina, 67,6% pacijenata je imalo vrijednosti nadir CD4+ T cell count ispod $200 \text{ } \mu\text{L/mm}^3$, 23,5% između 201 i $350 \text{ } \mu\text{L/mm}^3$, dok je 8,8% pacijenata imalo CD4+ T cell count iznad $350 \text{ } \mu\text{L/mm}^3$. Razlike u vrijednostima nadir CD4+ T cell count po dobnim skupinama su statistički značajne ($p = 0,037$), dok razlike u vrijednostima CD4+ T cell count nakon terapije nisu statistički značajne ($p = 0,503$). Razlika u viremiji nakon iniciranja ARV terapije u odnosu na dobne skupine je statistički značajna ($p = 0,016$). Manji broj starijih ispitanika imao je viremiiju veću od 40 kopija virusa u mL krvi. U dobnoj skupini starijih od 50 godina, 35,3% ispitanika su koristili režim zasnovan na PI-u, 58,8% je koristilo NNRTI, a 2,9% ispitanika je koristilo II, dok je 2,9% ispitanika započelo s PI-om pa nastavilo s NNRTI-om. Hipertenzija i hiperlipidemija su bili učestaliji kod starijih ispitanika ($p = 0,001$). U skupini starijih od 50 godina, svaki peti ispitanik (20%) je imao AIDS-definirajući karcinom, dok se to stanje kod mlađih ispitanika opserviralo rjeđe (2%). Non-AIDS-

definirajući karcinomi su opservirani kod 20% ispitanika starijih od 50 godina, a u skupnima mlađih mnogo rjeđe, svega 1%.

Zaključak: Ovim radom se nastoji skrenuti pažnja na medicinski problem u kojemu su integrirani i HIV i gerijatrijska pitanja, koji sve više zahtijevaju multidisciplinarni angažman zdravstvenih profesionalaca u menadžmentu HIV bolesti. Važna komponenta sveobuhvatne HIV njege je preventivni skrining na lipidne poremećaje, AIDS i non-AIDS definirajuće malignome.

24. Usmena prezentacija

KLINIČKE I EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE HOSPITALIZIRANIH HIV INFIGIRANIH/OBOLJELIH OD AIDS-A U UNIVERZITETSKO-KLINIČKOM CENTRU TUZLA U PERIODU JANUAR 1996. - DECEMBAR 2017.

Jahić R, **Žepić D**, Mujić M

Klinika za infektivne bolesti, Univerzitetsko klinički centar Tuzla

E-adresa: zepic_d@live.com

Uvod: Više od tri desetljeća nakon priznavanja sindroma stečene imunodeficijencije (AIDS) u Sjedinjenim Američkim Državama, pandemija infekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV) dramatično je promijenila globalno opterećenje ovom bolešću.

Cilj: Glavni cilj ovog istraživanja je retrospektivna analiza epidemioloških i kliničkih karakteristika kod 38 pacijenata s HIV-om koji su dijagnosticirani i liječeni u Klinici za zarazne bolesti u Univerzitetskom kliničkom centru Tuzla u razdoblju od januara 1996. do kraja 2017. godine.

Predmeti i metode: Retrospektivna analiza obavljena je na osnovi medicinske dokumentacije 38 HIV-inficiranih osoba. Za testiranje na HIV su korištena dva brza testa (OraQuick Advance test i Vikia HIV1/2), te Elisa combo test i HIV RNA test. AIDS bolest je potvrđena korištenjem kriterija Svjetske zdravstvene organizacije.

Rezultati: Od ukupno 38 osoba zaraženih HIV-om, 31 (81,58%) bili su muškarci, 7 (18,42%) su bile žene, a omjer muški : ženski je 4,4 : 1. U smislu načina prijenosa, veliki udio slučajeva zaražen je heteroseksualnim kontaktom i to njih 26 (68,42%). U prvom posjetu 20 (52,63%) pacijenata imalo je asimptomatsku HIV infekciju, 6 (15,79%) HIV infekcije s drugim simptomima osim infekcija koje definiraju AIDS, a 12 (31,58%) pacijenata imalo je AIDS. U vrijeme prvog posjeta bolnici, broj CD4+ stanica iznosio je od 40 do 1795 / μ l (provedeno u 27 pacijenata), a srednja vrijednost CD4+ stanica bila je 355,14/ μ l, a srednja vrijednost HIV RNA titra bila je 273,729 kopija/ml³. Od 38 osoba s HIV-om razvile su se 42 različite oportunističke bolesti kod ukupno 18 pacijenata (47,37%). Što se tiče učestalosti oportunističkih bolesti, tuberkuloza je zabilježena kod 13 slučajeva (34,21%). Od ukupno 38 bolesnika zaraženih HIV-om, njih 7 (18,42%) umrlo je.

Zaključak: Ova studija epidemioloških i kliničkih značajki pacijenata s HIV infekcijom u regionu oko Tuzle će pomoći u narednom periodu lakšem prepoznavanju, dijagnostici, tretmanu i prevenciji te bolesti.

25. Poster prezentacija

„INTERFERON FREE“ TERAPIJA PACIJENATA S HRONIČNOM HCV INFEKCIJOM U PERIODU 2016. – 2018. GODINE, NAŠA ISKUSTVA

Gojak R, Baljić R, Hadžiosmanović V, Gazibera B

Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: refetmd@gmail.com

Oko 170 miliona ljudi u svijetu je zaraženo hepatitisom C. Ti pacijenti imaju visok rizik od razvoja teških bolesti jetre, kao što su ciroza, steatoza i HCC (hepatocelularni karcinom). Najteži slučaj je HCC i zahtijeva transplantaciju jetre. Cilj terapije pacijenta s hroničnom HCV infekcijom je eradicacija virusa, odnosno spriječavanje širenja infekcije u opštoj populaciji i zaustavljanja napredovanje bolesti samog pacijenta. Pegilirani interferon α i ribavirin su bili standardni tretman hronične HCV infekcije zadnjih decenija, a uspjeh terapije je uglavnom zavisio od genotipa virusa. Nova generacija lijekova koji direktno djeluju na virus DAA (*Direct Acting Antivirals*) znatno je poboljšala ishod bolesti ovih pacijenata.

U periodu 2016. – 2018. godine na našoj klinici obrađeno je 18 hroničnih HCV ispitanika, od toga 4 ženskog pola dobi $54,2 \pm 8$ godina i 14 ispitanika muškog pola u dobi $43,0 \pm 6,5$ godina.

Prosječna dužina trajanja HCV infekcije iznosi 7,5 (4,3 - 10,5) godina. Pet ispitanika su ranije liječeni Interferon/ribavirin „non responderi“, a 13 ispitanika su HCV naivni pacijenti regrutovani kroz VCCT Centar (Centra za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV). Dominantan je genotip 1,16 (88,9%), a genotip 3 imala su 2 (11,1%) ispitanika. Od ukupnog broja 10 (55,6%) ispitanika su bivši intravenski uživaoci droga, 5 (27,8%) ispitanika su dobili HCV infekciju nakon primanja krvi/transfuzija u toku zadnjeg rata, a kod 3 (16,7%) način transmisije ostao je neopoznat. Većina ispitanika 8 (44,4%) ima f0/1 stadij fibroze, 4 (22,2%) f1 i po tri (16,7%) ispitanika f3 i f4 stadij fibroze.

U laboratorijskim nalazima svi su imali povišene vrijednosti ALT 73 (50-119) U/L, a dva ispitanika imala su snižene vrijednosti trombocita između 70 - 80 $\times 10^{12}/L$ uz ostale referentne nalaze krvne slike.

Do trenutka pisanja sažetka 12/18 ispitanika završilo je DAA terapiju, a PCR HCV negativan nalaz imali su svi nakon 12 nedjelja terapije, što predstavlja 100% odgovor.

26. Poster prezentacija

HIV ASOCIRANI KAPOŠI SARKOM

Topalović-Četković J, Hadžiosmanović V, Mulabdić V

Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu

E-adresa: jasnatoce@gmail.com

Kapoši sarkom je multicentrični krvožilni tumor, induciran infekcijom s HHV – 8. Najčešći je malignitet kod HIV indficiranih pacijenata. Receptivni analni odnos je značajan predisponirajući faktor. Istovremeno pojavljivanje KS i PCP kod mladih gay muškaraca 1981. godine je bila jedna od prvih manifestacija AIDS-a. Razvoj bolesti je šarolik, od postojanja malih i rijetkih lezija do izrazito agresivnih slučajeva s brзом progresijom bolesti i letalnim ishodom za nekoliko mjeseci.

U radu je prikazan 26–godišnji biseksualni muškarac koji je tokom osam mjeseci imao povremeno povišenu tjelesnu temperaturu, značajan gubitak na tjelesnoj težini, bjeličaste naslage u ustima i posljednjih mjesec dana pojavu ljubičastih kožnih promjena na nogama. Laboratorijske stigmatе su ukazivale na uznapredovalu HIV infekciju. U naredna tri mjeseca, uprkos antiretrovirusnom liječenju su rapidno progredirale kožno-sluzničke promjene, uz permanentnu febrilnost, organomegaliju, patološki uvećane limfonode, sindrom propadanja, okultno krvarenje iz crijeva i aplaziju koštane srži. Patohistološki je dokazana visceralna forma Kapoši sarkoma. Revidiranom ART-u je asocirana citotoksična kemoterapija.

Izrazita imunodeficijencija i visceralna afekcija su prediktori nepovoljnog ishoda bolesti što korespondira s prognostičkim ACTG kriterijima.

27. Poster prezentacija

EFFICACY AND SAFETY OF OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR ± DASABUVIR REGIMEN IN PATIENTS WITH SEVERE RENAL IMPAIRMENT WITH HCV GENOTYPE 1B INFECTION – CASE REPORT

Verhaz A, Roganović T, Macanović-Kesić T

Klinika za Infektivne bolesti, Univerzitetsko klinički centar Republika Srpska, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

E-adresa: antonija@blic.net

Background: Hepatitis C virus (HCV) infection is common in patients with end-stage renal disease (ESRD). In patients with chronic kidney disease (CKD), the risks for negative outcomes are significantly higher in HCV-infected patients than in those without infection, including progression to cirrhosis, hepatocellular carcinoma, liver-related mortality, and progression to end-stage renal disease (ESRD). Ombitasvir (OBV), paritaprevir (PTV), ritonavir (r), and dasabuvir (DSV) are all hepatically metabolized and, therefore, require no dose adjustment in patients with any degree of renal impairment.

Aims: We investigate the safety and efficacy of OBV/PTV/r + DSV in two patients with stage 4 or 5 chronic kidney disease (CKD).

Methods: Two patients received 12 weeks of OBV/PTV/r + DSV; enrolled treatment-naïve patients with GT1b without cirrhosis. Stage 5 CKD was defined as an eGFR of <15 mL/min/1.73 m², respectively; those on hemodialysis were considered to have stage 5 CKD or ESRD. Drug could be administered at any time without regard for timing of hemodialysis. Degree of liver fibrosis determined with FibroScan and in both of cases were without fibrosis.

The primary endpoint was sustained virologic response at post-treatment week 12 (SVR12). We collected data on on-treatment adverse events (AEs), serious AEs, and laboratory abnormalities.

Results: Both of two patients completed 12 weeks of treatment and achieved SVR12. Adverse events were primarily mild, and no patient discontinued treatment due to an AE. One patient had rash, and another was without AE.

Conclusions: Treatment with OBV/PTV/r ± DSV was well-tolerated and resulted in high rates of SVR12 for patients with HCV GT1b and CKD Stage 5, including those on hemodialysis. The regimen is well tolerated.

28. Poster prezentacija

ZASTUPLJENOST TIPA ANA FLUORESCENCIJE KOD PACIJENATA OBOLJELIH OD HRONIČNOG HEPATITISA C NAKON TERAPIJE PEG INTERFERONOM I RIBAVIRINOM

Drljević E¹, Hondo E², Alić E¹, Škrijelj V¹, Ibrahimagić-Suljić E¹

¹Odjel za infektivne bolesti, Kantonalna bolnica Zenica, Bosna i Hercegovina

²Služba za laboratorijsku dijagnostiku, Opća bolnica Tešanj, Bosna i Hercegovina

E-adresa: ednan.drljevic@kbze.ba

Na Odjelu za infektivne bolesti Kantonalne bolnice Zenica u periodu od 2000. do 2018. godine liječena su 152 pacijenta s hroničnim hepatitisom C, primjenom dvojne kombinarne antiviralne terapije - PEG interferonom i ribavirinom. U većini slučajeva, pozitivan ANA test pokazuje da imunološki sistem pogrešno napada vlastito tkivo, kao u etiologiji autoimunih hepatitisa.

Cilj rada je prikazati zastupljenost tipa ANA fluorescencije kod pacijenata oboljelih od hroničnog hepatitisa C nakon terapije PEG interferonom i ribavirinom.

Ova prospektivna studija izvodi se na Odjelu za infektivne bolesti KBZ u saradnji s Općom bolnicom Tešanj, a obuhvata period od 1. 1. 2018. do 31. 8. 2018. godine.

Uključeno je 16 pacijenata, slučajnim odabirom, koji su nakon završenog antiviralnog tretmana testirani na prisustvo anti-nuklearnih antitijela tehnikom indirektno imunofluorescencije na ćelijskom HEp2 supstratu (ANA IIF-HEp2). Tip fluorescencije je označen u skladu s ICAP kriterijima.

Uvidom u preliminarne rezultate 20 pacijenata oboljelih od hroničnog hepatitisa C i testiranih na ANA, ustanovljeno je da su najzastupljeniji tipovi ANA AC-23 (25,00%), zatim ANA AC-21 i ANA AC-5 (12,50%). ANA AC-23 predstavljaju poseban tip fluorescencije u obliku „rozete“ (*rods and rings*). Svi rezultati su bili u titru 1 : 160. Od ukupnog broja testiranih pacijenata, 31,25% su bili negativni na prisustvo ANA antitijela.

U niskom titru, detektovana su ANA antitijela kod pacijenata oboljelih od hroničnog hepatitisa C. S obzirom na to da etiologija nije autoimuna, to objašnjavamo da je primjenom PEG interferona došlo do imunološke reaktivacije, te su potrebne dalje studije.

29. Poster prezentacija

ZASTUPLJENOST AIDS-A KOD NOVOOTKRIVENIH BOLESNIKA U PERIODU OD 2013. DO 2018. GODINE NA KLINICI ZA INFEKTIVNE BOLESTI KLINIČKOG CENTRA KRAGUJEVAC

Popovska Jovičić B^{1,2}, Čanović P^{1,2}

¹Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Srbija

²Klinika za Infektivne bolesti, Klinički centar Kragujevac, Srbija

E-adresa: biljanapop@yahoo.com

Uvod: Virus humane imunodeficijencije (HIV, engl. *human immunodeficiency virus*) je otkriven osamdesetih godina prošlog veka, poseduje tropizam za CD4⁺ T limfocite koje postepeno uništava, što vodi slabljenju imunskog sistema i razvoju imunodeficijencije. Terminalni stadijum HIV infekcije naziva se sindrom stečene imunodeficijencije (AIDS, engl. *acquired immunodeficiency syndrome*).

Ciljevi istraživanja su bili da se: a) utvrdi učestalost HIV infekcije prema polovima, b) da se utvrde faktori rizika za transmisiju HIV infekcije, c) kao i da se utvrdi učestalost AIDS-a kod novootkrivenih bolesnika i njegove najčešće kliničke manifestacije.

Ispitanici i metod: Istraživanje je obavljeno na Infektivnoj klinici, Kliničkog Centra Kragujevac. U istraživanje su uključeni svi bolesnici s novootkrivenom HIV infekcijom, bez obzira na klinički stadijum. Dobijeni podaci su analizirani metodama deskriptivne statistike.

Rezultati: U petogodišnjem periodu dijagnostikovano je 55 bolesnika s HIV infekcijom. U proseku su bolesnici imali 33 godine, a najveći broj bolesnika je bio muškog pola 50 (91%). Najčešći faktor rizika za transmisiju HIV infekcije bio je homoseksualni kontakt, kod 39 (71%) bolesnika. Čak 29 (55%) bolesnika se prvi put javilo na našu kliniku u fazi terminalne imunodeficijencije. Od kliničkih manifestacija kod više bolesnika su dijagnostikovane oportunističke infekcije kao što su pneumocistis jiroveci pneumonija, Wasting sindrom, citomegalovirusna pneumonija, progresivna multifokalna leukoencefalopatija, diseminovana herpes simpleks infekcija i toksoplazmatski encefalitis, dok su AIDS indikovani tumori dijagnostikovani kod 3 bolesnika.

Zaključak: S obzirom na činjenicu da se kod velikog broja zaraženih HIV-om infekcija otkriva tek stadijumu razvijenog AIDS-a, neophodno je preduzeti mere prevencije u cilju ranog detektovanja. Posebnu pažnju treba posvetiti merama prevencije kao što su selekcija davaoca krvi, edukacija mladih i zdravstveno vaspitanje, kontrolni pregledi, pojačan epidemiološki nadzor, kao i prijavljivanje infekcije. Ipak, najvažnija mera prevencije je vakcina koja još nije na raspolaganju.

TEMA III - SEPSA I BOLNIČKE INFEKCIJE**30. Pozvano predavanje****NOVOSTI U SHVAĆANJU I LIJEČENJU SEPSE****Baršić B**

¹Zavod za infektivnu medicinu i neuroinfektologiju, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: bruno.barsic@bfm.hr

Krajem osamdesetih godina prošlog stoljeća pojavila se potreba za definiranjem sepse kao težeg kliničkog sindroma povezanog s infekcijom. Bolje razumijevanje upalne reakcije, hemodinamskih promjena do kojih dovode teže infekcije te otkriće niza citokina, medijatora upale, pobudilo je nadu u mogućnost terapijskih intervencija koje bi kontrolirale ove promjene i poboljšalo ishod liječenja sepse. U to vrijeme, munjevit razvoj i primjena novih antimikrobnih lijekova dovelo je do spoznaje da samo antimikrobno liječenje, iako ključno u liječenju infekcije, ipak nije dovoljno za uspješan ishod liječenja ukoliko je upalna reakcija toliko jaka da dovodi do šoka i organskog zatajenja. Sve više spoznaja o upalnom odgovoru na infekciju odmaknulo je fokus od infekcije *per se* na sam upalni odgovor, pa su se tražili kriteriji upalnog odgovora, a ne infekcije. To je trebalo omogućiti uključivanje velikog broja bolesnika u klinička ispitivanja jer se pojavila potreba za provođenjem niza kliničkih ispitivanja novih terapijskih mogućnosti kojih je osnovni cilj bilo smanjenje upalnog odgovora neutralizacijom raznih medijatora upale. Međutim, problem je bilo rano uključivanje bolesnika u klinička ispitivanja jer nisu bili jasni klinički kriteriji koji bi definirali septičkog bolesnika. Različitost kriterija dovela je do neusporedivih rezultata. Konsenzus konferencija 1993. godine definirala je sepsu kao infekciju praćenu sa bar dva od četiri kriterija sistemskog upalnog odgovora (SIRS) – vrućica ili hipotermija, tahikardija, tahipneja, leukocitoza ili leukopenija s mladim formama neutrofila u diferencijalnoj krvnoj slici. Tijekom godina shvatilo se ono na što smo mi infektolozi upozoravali još tih ranih godina – kriteriji su nespecifični, korisni kao prvi korak u identificiranju bolesnika, ali nedostatni da bi se moglo govoriti o sepsi. Puno veću težinu davala je definicija teške sepse kao SIRS praćen organskom disfunkcijom (barem dva organska sustava). Infekcije praćene SIRS-om bez organske disfunkcije imale su jednaki ishod kao i one bez SIRS-a. Očito je da je organska disfunkcija koja se javlja kao posljedica upalne reakcije ona koja ugrožava bolesnika pa se trebalo naglasak staviti na rano prepoznavanje organske disfunkcije i intenzivno liječenje istih. To se postiglo postavljanjem novih kriterija za definiciju sepse kao infekcija praćena disfunkcijom barem jednog organskog sustava osim onog zahvaćenog infekcijom. Od kriterija SIRS-a opravdano jedino tahipneja zauzima značajno mjesto u identifikaciji septičkih bolesnika i ušla je u tzv „*quick SOFA score*“. Mišljenja sam da ne treba odbaciti u potpunosti kriterije SIRS-a, već ih i dalje prepoznavati kao potencijalne znakove sepse, ali isto tako pomno analizirati funkciju svakog organskog sustava u infektoloških bolesnika kako bi se na vrijeme moglo započeti sa antimikrobnim i intenzivnim liječenjem organskih disfunkcija.

31. Pozvano predavanje**SAVREMENI PRISTUP U DIJAGNOSTICI I LEČENJU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* INFEKCIJE****Korać M^{1,2}**¹Klinika za infektivne i tropske bolesti, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija²Medicinski fakultet Univerziteta u BeograduE-adresa: milos.korac@med.bg.ac.rs

Uvod/Hipoteza i Cilj: *Clostridium difficile* je vodeći uzročnik postantibiotske dijareje i pseudomembranoznog kolitisa. *C. difficile* infekcija (CDI) se klinički manifestuje kao enterokolitis s učestalim tečnim sluzavim stolicama. Komplikacije su paralitički ileus, toksični megakolon, perforacija i peritonitis. Dijagnoza CDI-a se postavlja enzimskim imunoesej testom za toksine A i B, detekcijom citotoksina u ćelijskoj kulturi, testom za dokazivanje glutamat dehidrogenaze (GDH), kulturom i PCR testom kojim se dokazuju geni koji kodiraju toksine bakterije. Terapija CDI-om podrazumeva primenu metronidazola peroralno/parenteralno ili vankomicina peroralno.

Cilj rada je bio da se razmotri dijagnostički i terapijski pristup CDI-u i da se analizira klinička slika i ishod bolesti kod bolesnika lečenih u Klinici za infektivne i tropske bolesti, Kliničkog centra Srbije.

Ispitanici i metode: U ovu retrospektivnu studiju je uključeno 2781 bolesnika koji su lečeni u periodu od 2009. do 2018. godine. Kod bolesnika su analizirane demografske karakteristike, terapija, incidenca komplikacija i ishod bolesti. Za statističku obradu je korišćena SPSS elektronska baza podataka (verzija 10.0).

Rezultati: Prosečan uzrast bolesnika je bio $67,71 \pm 13,3$ godina, a 58,7% je bilo ženskog pola. Pozitivnu kulturu je imalo je 68,3%, a prisustvo toksina A ili B je potvrđeno kod 88,4% bolesnika. Rezultati ribotipizacije pokazali su ubedljivu dominaciju ribotipa 027 (95,6%). 61% bolesnika je imalo tešku, nekomplikovanu formu, a 22,6% komplikovanu formu CDI-a. Prosečno trajanje dijareje posle započete kauzalne terapije metronidazolom ili vankomicinom je bilo $7,10 \pm 4,88$ dana. Toksični megakolon je imalo 2,8% bolesnika. Refrakternost na terapiju vankomicinom je registrovana kod 7,2% bolesnika, a ti bolesnici su lečeni teikoplaninom ili rifaksimonom. Recidiv je registrovan kod 20,2% bolesnika. Umrlo je 12% bolesnika, uglavnom zbog preegzistentnih hroničnih bolesti.

Zaključak: Infekcija izazvana *C. difficile* je značajan uzrok intrahospitalne dijareje. Bolest je karakteristična za starije, prethodno hospitalizovane osobe s komorbiditetima. Incidenca komplikacija je relativno niska, a prognoza zavisi od uzrasta i preegzistentnih oboljenja.

32. Pozvano predavanje

UPALNE BOLESTI SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA

Santini M^{1,2}, Kusulja M¹

¹Zavod za infektivnu medicinu i neuroinfektologiju, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: marijasantini.ms@gmail.com

Ovo predavanje će sistematizirati i kritički razmotriti međunarodne smjernice za dijagnostiku i liječenje upala središnjeg živčanog sustava (SŽS) te se osvrnuti na problem autoimunih encefalitisa (AI). Također će prikazati podatke o bolesnicima s upalama SŽS-a liječenim u Zavodu za intenzivnu medicinu Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb, 2013. - 2017. godine.

Upalna bolest SŽS-a zahtijeva empirijsku terapiju odmah, često samo na temelju kliničke prezentacije, onda kada su rezultati ciljane obrade nedostupni. Optimalno vrijeme neuroradioloških pretraga je upitno. Najčešće primjenjivani MSCT mozga ne mora prethoditi terapiji i lumbalnoj punkciji, osim u slučaju fokalnih neuroloških ispada, novonastalih epileptičkih napada, značajno promijenjenog mentalnog stanja te u imunokompromitiranih. Ne može se dovoljno istaknuti vrijednost hitne magnetske rezonance (MR), osobito kod upale moždanog debla, kralješničke moždine te u akutnom diseminiranom encefalomijelitisu (ADEM), o čemu još uvijek nije dovoljno raširena svijest. Odluka o liječenju upale SŽS-a najčešće se oslanja na kliničku prezentaciju, epidemiologiju, osnovne neuroradiološke te osnovne likvorske nalaze. Veliko poboljšanje u smislu brze, ciljane terapije očekuje se od novih molekularnih metoda koje bi unutar nekoliko sati uz krevet bolesnika mogle dijagnosticirati najčešće bakterijske, virusne i gljivične patogene u likvoru i/ili krvi. Molekularna dijagnostika je vrijedna, osobito kada je rezultat kultivacije negativan. Međutim, ostaje otvoreno pitanje osjetljivosti uzročnika i potrebe za primjenom lijeka za potencijalno rezistentnog uzročnika (kao u slučaju *Streptococcus pneumoniae*). Adjuvantna primjena kortikosteroida smatra se opravdanom kod sumnje na bakterijski meningitis, osobito u slučaju *S. pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, dok je u virusnim infekcijama SŽS-a vrlo upitna i preporučljiva samo u teškom edemu mozga. Svakako je važno pomno praćenje bolesnika upalama SŽS-a, osobito u smislu dinamike EEG-a. AI su „nova“ skupina bolesti, prouzročeni protutijelima na sinaptičke antigene. Klinički se očituju raznoliko, od psihotičnih stanja do centralne hipoventilacije. Njihovo otkriće predstavlja veliki napredak jer se većinom mogu uspješno liječiti imunosupresivnom i imunomodulatornom terapijom.

33. Usmena prezentacija

THE USEFULNESS OF SOFA SCORES TO PREDICT THE OUTCOMES OF PATIENTS WITH SEPSIS

Grozdanovski K, Demiri I, Spasovska K, Cvetanovska M

University Clinic for Infectious Diseases, Skopje, Republic of Macedonia

E-adresa: kgrozdanov@hotmail.com

Introduction: Sepsis is a life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection. Physiological scoring systems are often used to predict outcomes in intensive care units.

The aim of this study is to compare the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) with a Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) and the Mortality Prediction Model (MPM₂₄) to predict the outcome of patients with sepsis and septic shock during the first 24 hours of diagnosis.

Material and methods: The research was conducted in the Intensive Care Unit at the University Hospital for Infectious Diseases in Skopje. It included 386 adult patients with sepsis and septic shock treated during the period from 2009 to 2016. Sepsis was defined by "sepsis-3" definitions from 2016. The main outcome measurement was 28-day mortality. The predictive ability of the analyzed scores was determined with receiver operating characteristic curve (ROC), and binary logistic regression was used for identifying the independent outcome predictors.

Results: During the analyzed period, a total of 1845 patients were admitted in the intensive care unit, of which 271 (70.2%) were with sepsis and 115 (29.8%) with septic shock. Pneumonia was the most common site of infection, registered in 221 (57.3%) cases and 107 (27.7%) patients had ARDS. Mechanical ventilation was used in 223 (57.8%), and hemodialysis in 54 (14.0%) patients. Blood culture was positive in 92 (23.8%) patients. Overall mortality was 49.7%. The area under the ROC curve for the SAPS II score was 0.75, for MPM₂₄ 0.77 and for SOFA 0.69. Logistic regression analysis pointed out the SAPS II (OR: 0.96; CI95% 0.94-0.97, $p < 0.001$) and MPM₂₄ (OR: 1.05; CI95% 1.03-1.07, $p < 0.001$) as independent predictors of the outcome.

Conclusion: Besides the importance of SOFA for diagnosis of sepsis, the score has no role in prediction of the outcome within the first 24 hours, whereas the predictive models SAPS II and MPM₂₄ have been shown to be superior.

34. Usmena prezentacija

ZASTUPLJENOST POJEDINIH INTRAHOSPITALNIH INFEKCIJA U KANTONALNOJ BOLNICI ZENICA U PERIODU OD 01. 01. 2016 DO 31. 12. 2017.

Hadžić E¹, Šestić S², Brčaninović M³, Čolić S³

¹Odjel za Infektivne bolesti, KB Zenica

²Odjel mikrobiološke dijagnostike, KB Zenica

³Odjel za higijensko epidemiološki nadzor, KB Zenica

E-adresa: eldira.hadzic63@gmail.com

Uvod: Nadzor nad intrahospitalnim infekcijama (IHI) je najbitniji u prevenciji istih.

Cilj rada: Kroz analiziranje vrste i broja prijavljenih intrahospitalnih infekcija pronaći nove načine koji bi omogućili smanjenje broja intrahospitalnih infekcija u Kantonalnoj bolnici Zenica (KBZ).

Metode: Retrospektivno su analizirani podaci iz godišnjih izvještaja Komisije za IHI u periodu od 01. 01. 2016. do 31. 12. 2018.

Rezultati: U posmatranom periodu prijavljene su ukupno 163 bolničke infekcije (u 2016. je 79, a u 2017. 84). Najzastupljeniji uzročnik intrahospitalnih infekcija je *Clostridium difficile* (CDI), registriran u 82 (50,3%) pacijenta. *Acinetobacter species* je registriran u 34 (20,8%), *Serratia species* u 32 (19,6%), a MRSA u sedam (4,3%) pacijenata. CDI se najčešće javljala na Odjelu urologije, Odjelu traumatologije i ortopedije i na Odjelu za interne bolesti. *Acinetobacter species* je najčešće izoliran u Jedinicama intenzivne njege (JINJ) iz uzoraka rana, urina i krvi, te iz uzoraka dobivenim invazivnim procedurama na respiratornim putevima. *Serratia species* se izolira u hiruškim, neurološkim JINJ, iz uzoraka rana, sputuma, krvi i urina.

Zaključak: Najčešći razlozi nastanka intrahospitalnih infekcija su neracionalna upotreba antibiotika, neadekvatna sanitarna obrada pacijenata i nepridržavanje preporučenih smjernica dobre higijenske prakse. Prijedlog mjera prevencije je izrada internih vodiča za antibiotsku profilaksu i terapiju, izrada procedura za uzročnike intrahospitalnih infekcija, kao i nadzor nad primjenom istih.

35. Usmena prezentacija

KLINIČKE ZNAČAJKE STAFILOKOKNOG SPONDILODISCITISA

Puljiz I, Topić A, Lukić Lj

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

E-adresa: ipuljiz@bfm.hr

Cilj: Analizirati kliničke značajke pacijenata sa stafilokoknim spondilodiscitisom koji su hospitalizirani u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu od 01. 01. 2013. do 31. 12. 2017. godine.

Metode: Retrospektivno smo analizirali 38 pacijenata. Klinička dijagnoza bolesti postavljena je temeljem kliničke slike, laboratorijskih nalaza i radioloških pretraga, a etiologija infekcije potvrđena izolacijom zlatnog stafilokoka iz hemokulture (36) ili operativne rane (2).

Rezultati: Većina pacijenata su bili muškarci (27/11), odrasle ili starije životne dobi (32/38 > 50 godina). Najčešće je zahvaćena lumbalna/lumbosakralna (12/4), potom torakalna (13), te cervikalna regija (4). Pet pacijenata imalo je zahvaćeno više segmenata kralježnice. Svi pacijenti su navodili bol u leđima ili šiji, a većina njih je zabilježila vrućicu. U polovice pacijenata trajanje simptoma iznosilo je 10 dana ili kraće. U 9/38 pacijenata bilježi se neka od poticajnih bolesti, a neurološki deficit u jedne trećine njih (13/38). Tek se u jedne četvrtine pacijenata može razjasniti patogeneza bolesti. Od laboratorijskih nalaza bilježi se povišena vrijednost C-reaktivnog proteina i ubrzana sedimentacija eritrocita u svih, a leukocitoza u manje od polovice pacijenata. Širenje upalnog procesa na okolne strukture s razvojem apscesa ili spinalnog meningitisa bilježi se u 23/38 pacijenata. Sekundarno žarište otkriva se u 10/38 pacijenata, i to: endokarditis u 5, septički artritis u 3, a apsces bubrega i empijem pleure u po jednog pacijenta. U većine pacijenata inicijalno je započeta parenteralna kombinirana antimikrobna terapija, a 12 pacijenata je dobivalo monoterapiju kloksacilinom. Trajanje antimikrobne terapije u većine pacijenata bilo je 6 (24/38), odnosno 6 - 12 tjedana (14/38), a neurokirurški zahvat učinjen je u 11 pacijenata. Nuspojava antimikrobne terapije bilježi se u 8 pacijenata, a 3 pacijenta su tijekom hospitalizacije razvili nozokomijalnu infekciju/sepsu. Četiri bolesnika su umrla. **Zaključak:** Stafilokokni spondilodiscitis se u polovice pacijenata prezentira akutnom kliničkom prezentacijom, nerijetko je praćen razvojem komplikacija i sekundarnih žarišta, a mortalitet iznosi 10%.

36. Usmena prezentacija

UPRAVLJANJE ANTIMIKROBNOM TERAPIJOM U OPĆOJ BOLNICI „DR. T. BARDEK“ U KOPRIVNICI

Mađarić V., Betica Radić Lj

Opća bolnica Koprivnica

E-adresa: vesna.madadic@gmail.com

Do 50% antibiotika je nepotrebno ili neprimjereno propisano i rezistencija na antibiotike globalno se kontinuirano povećava. Prije više od 70 godina Alexander Fleming je upozorio kako će prekomjerna upotreba penicilina dovesti do bakterija otpornih na penicilin i da će pacijenti zbog toga umirati.

Kako bismo poboljšali upotrebu antibiotika u zdravstvu, moramo tražiti strategije koje pomažu kliničarima smanjiti nepotrebnu, neprikladnu, nedovoljnu i potencijalno štetnu upotrebu antibiotika. "Programi kontrole antibiotika (ASPs)" mogu optimizirati liječenje infekcija i smanjiti nuspojave povezane s uporabom antibiotika. Ovi programi pomažu kliničarima poboljšati kvalitetu skrbi pacijenata i poboljšati sigurnost pacijenata kroz povećanje stopa uspjeha liječenja infekcija, smanjenje neuspjeha liječenja i povećanu učestalost ispravnog propisivanja antimikrobne terapije i profilakse. Antibiotički nadzor ne osigurava samo dati pravi antibiotik, pravu dozu, na pravi način, uz pravi interval doziranja i pravilno trajanje terapije. To je proces koji osigurava da se antibiotici koriste razumijevajući razliku između empirijske i konačne terapije, koji prepoznaju kada promijeniti široko spektralni u usko spektralni antibiotik, razumijeti obilježja lijeka (kao što su farmakodinamika i učinkovitost na mjestu infekcije), respektirati karakteristike domaćina koje utječu na rezultat antimikrobne terapije i štetne učinke antimikrobnih lijekova na domaćina te konačno troškove liječenja.

Uobičajene pogreške u primjeni antibiotika su: produženo empirijsko antimikrobno liječenje bez jasnih dokaza infekcije, liječenje pozitivne kliničke kulture u odsutnosti bolesti, bez promjene na ciljanu antimikrobnu terapiju kada je identificiran uzročni mikroorganizam, produljenje profilaktičke terapije, prekomjerna uporaba određenih antimikrobnih lijekova. Međutim, često se previdi činjenica da je ispravno postavljena dijagnoza kamen temeljac Antibiotičkog upravljanja. Prema nedavnim izvješćima, neodgovarajuće antimikrobno propisivanje kod hospitaliziranih pacijenata često se odnosi na pogrešku u dijagnozi i sastavni je dio sigurne uporabe antibiotika. Vrlo je važno znati kada konzultirati specijalistu infektologa i identificirati situacije kada antimikrobna terapija nije potrebna.

37. Poster prezentacija

INICIJALNA KLINIČKA SLIKA, CITOHEMIJSKI I BAKTERIOLOŠKI NALAZ LIKVORA KAO MOGUĆI PREDIKTIVNI FAKTOR U DIJAGNOZI BOLNIČKOG BAKTERIJSKOG AKUTNOG MENINGITISA

Hadžović-Čengić M, Mostarac N, Mulabdić V, Jusufi-Hurić I, Gojak R, Hrvo S
Klinika za infektivne bolesti, Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu
E-adresa: melica74@gmail.com

Uvod: Bolnički-nozokomijalni bakterijski meningitis (BBM) nastaje kao posljedica različitih invazivnih prevashodno neurohirurških procedura kao što su kranijotomija, implantacija vanjskih ili unutarnjih ventrikularnih katetera, lumbalna punkcija, intratekalna terapija, spinalna anestezija i trauma glave ili spinalne regije. U odnosu na ostale bolničke infekcije nema vremenskog ograničenja, a akutnim se smatra u odnosu na vrijeme dijagnosticiranja. Bolnički bakterijski meningitis nema specifičnosti u kliničkoj slici što otežava postavljanje sumnje.

Ispitanici i metode: U retrospektivno-prospektivno kliničko ispitivanje bilo je uključeno 40 pacijenata s potvrđenom dijagnozom BBM-a. Analizirani su sljedeći podaci: demografsko-epidemiološke karakteristike, klinički znaci i simptomi koji su potakli sumnju, rezultati organoleptičkog, citološkog i hemijskog nalaza, bakteriološki nalaz likvora i/ili krvi.

Rezultati: Povišena tjelesna temperatura je vodeći simptom. Kvantitativni poremećaji svijesti pristni su kod (24/40) bolničkih meningitisa. Organoleptički izgled likvora, odnosno njegova zastupljenost je sljedeća: sukrvičav/hemoragičan zastupljen je s 36,1%, opalescentan s 27,8%, mliječan s 25%. Ispitanici s bolnički akviriranim meningitisom imali su Med = 557 (177 - 5921) - broja stanica. Izolirano je 14 različitih mikroorganizama iz kulture likvora.

Zaključak: Kvantitativni poremećaji svijesti u kombinaciji s povišenom tjelesnom temperaturom bi mogli imati prediktivne karakteristike za sumnju na bolnički bakterijski meningitis. Analizom pripadajućih antibiograma iz mikrobioloških izolata likvora (BBM) ne smijemo "slijepo" slijediti protokolarne sheme za antibiotsku terapiju.

38. Poster prezentacija

TUBERKULOZNI MENINGITIS S TUBERKULOZNIM GRANULOMIMA U TRUDNOĆI - PRIKAZ SLUČAJA

Čuković O, Roganović T, Katan I

Klinika za infektivne bolesti UKC RS Banja Luka

E-adresa: olja_d@teol.net

Tuberkulozni meningitis (TBM) je specifično zapaljenje moždanih ovojnica prouzrokovano bacilom tuberkuloze koji u CNS dospijeva hematogenim putem iz tuberkuloznih žarišta koja se obično nalaze u plućima. Jedan je od najtežih ekstrapulmonalnih oblika tuberkuloze i značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta u odraslih i djece.

Cilj: Prikazati trudnicu s tuberkuloznim meningitisom i tuberkuloznim granulomima u sklopu njega, te dijagnostičke i terapijske dileme.

Metode: Retrospektivna analiza dijagnostike, kliničke slike i toka bolesti. Dijagnoza se temeljila na mikrobiološkim povrdama bacila tuberkuloze u sputumu i likvoru, te kasnije i na radiološkoj potvrdi tuberkuloznih granuloma mozga.

Rezultati: Analiziranim rezultatima likvorskih nalaza, te drugih laboratorijskih i mikrobioloških nalaza, kao i radioloških nalaza, uočili smo dugotrajno zadržavanje pleocitoze i proteinorahije u likvoru, koji je pratio razvoj tuberkuloznih granuloma mozga, uz relativno mirne upalne parametre. Od prvih simptoma do početka odgovarajućeg antimikrobnog liječenja proteklo je svega nekoliko dana, te je i terapijski efekat i klinički oporavak uslijedio brzo, uprkos razvoju tuberkuloznih granuloma mozga.

Zaključak: Dugotrajnom kontinuiranom tuberkulostatskom terapijom, uz kratkotrajnu kortikosteroidnu terapiju, došlo je do dobrog kliničkog oporavka i potpune regresije tuberkuloznih granuloma mozga. Kontinuirana terapija je nakon 12 mjeseci nastavljena intermitento do ukupno 18 mjeseci, nakon čega je nastavljeno ambulantno praćenje pacijentice koja je na otpustu bila urednog kliničkog i neurološkog statusa, kao i urednog likvorskog i neuroradiološkog nalaza.

39. Poster prezentacija

CLOSTRIDIUM DIFFICILE – RESPEKTABILNI ETIOPATOGEN POSTANTIMIKROBNE DIJAREJE SA SVE ČEŠĆIM RECIDIVIMA BOLESTI

Dizdarević I, Hrvo S, Pinjo F

Klinika za Infektivne bolesti Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu

E-adresa: irmadizdarevic9@gmail.com

Uvod: *Clostridium difficile* je sporogeni, anaerobni, Gram+ mikroorganizam prisutan u probavnom traktu djece i odraslih. Spore bakterije mogu se naći na različitim površinama i predmetima koji se svakodnevno koriste, posebno u bolničkim sredinama, ali i na odjeći i rukama zdravstvenih radnika koji imaju značajnu ulogu u širenju bolesti. Incidenca i težina *Clostridium difficile* infekcije (CD) povećala se u cijelom svijetu u posljednjih 20 godina. Noviji podaci evropskih studija pokazuju incidencu CDI-a u zdravstvenim ustanovama 4,1 na 10000 bolesničkih dana sa značajnom varijabilnošću od 0,0 do 36,3. Toksikogeni sojevi *C. difficile* koji proizvode toksin A i toksin B su najčešći etiopatogeni probavnih tegoba evidentiranih poslije ili u toku antibiotske terapije. Posebno su osjetljivi stariji, hospitalno liječeni bolesnici s koincidentnim komorbiditetima. Klinička slika CDI-a varira od asimptomatske forme bolesti do vrlo teških oblika pseudomembranoznog kolitisa koji često završavaju kolektomijom i s mortalitetom 10-20% slučajeva. Liječenje je najčešće učinkovito, ali su mogući i recidivi u 10-20% slučajeva.

Cilj: Ukazati na evidentan porast broja bolesnika s CDI-om u toku i poslije antibiotske terapije te na mogućnost recidiva bolesti.

Ispitanici i metode: Retrospektivno su analizirane istorije bolesti hospitaliziranih bolesnika u Klinici za infektivne bolesti UKC Sarajevo, a detaljnije je prikazan slučaj bolesnika s ozbiljnim recidivom *C. difficile* infekcije (CDI).

Zaključak: Postantimikrobna dijareja uzrokovana *C. difficile* je česta komplikacija antimikrobne terapije. Klinička slika varira od blagih do vrlo teških formi bolesti koje mogu završiti i kolektomijom. Recidivi se javljaju u 10 - 20% slučajeva. Ishod liječenja zavisi od težine kliničke slike, pravovremeno postavljene dijagnoze, adekvatnog tretmana i komorbiditetnih bolesti.

40. Poster prezentacija

PREGLED BOLNIČKIH INFEKCIJA I NAJČEŠĆIH UZROČNIKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA SKB MOSTAR

Mihalj M, Vlatić D, Matić B, Karlović Z

Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje, SKB Mostar

E-adresa: mmmihalj@gmail.com

Uvod: Cilj istraživanja je utvrditi pojavnost bolničkih infekcija u multidisciplinarnoj Jedinici intenzivnog liječenja (JIL) SKB Mostar i ustanoviti koji su patogeni mikroorganizmi najčešći uzročnici istih. Za utvrđivanje bolničke infekcije smo koristili tradicionalnu definiciju prema kojoj su bolničke infekcije one koje se razvijaju 48 sati nakon prijema u JIL.

Isptanici i metode: U pitanju je retrospektivna studija u koju su uključeni bolesnici koji su zaprimljeni u JIL i boravili u njemu duže od 48 sati, u razdoblju od 1. 1. 2017. do 31. 12. 2017. godine. Za analizu su korišteni uzorci hemokultura, urinokultura i bronhoaspirata koji su uzimani minimalno 48 sata nakon prijema bolesnika u JIL. Svi podaci su preuzeti iz povijesti bolesti i informacijskog bolničkog sustava, a s obzirom na to da je u pitanju pregledna studija za analizu istih su korištene deskriptivne statističke metode.

Rezultati: Od ukupno 644 bolesnika primljenih u JIL u danom razdoblju, 277 je odgovaralo postavljenim kriterijima od kojih je 70 (25,27%) imalo barem jedan pozitivan mikrobiološki nalaz. Od navedenih bolesnika, njih 13 (18,57%) je imalo infekst u dva sustava organa, dok je 5 (7,15%) bolesnika bilo pozitivno na sve 3 vrste uzoraka. Najčešće su bile disajne infekcije (54,84%), potom infekcije mokraćnog sustava (26,88%) i infekcije krvotoka (18,28%). Kao uzročnici disajnih i krvotoknih infekcija prednjače *Acinetobacter spp*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Serratia spp*. Najčešći uzročnici urinarnih infekcija su *Enterococcus spp* i *Candida albicans*.

Zaključak: Bolničke infekcije ostaju značajan zdravstveni problem koji povećava morbiditet i mortalitet bolesnika, naročito u jedinicama intenzivnog liječenja. Učestalost bolničkih infekcija u našem JIL-u je nešto veća nego u zemljama SAD-a i zapadne Europe, ali je manja nego u državama s niskim do srednjim prihodima. Zastupljenost infekcija disajnog sustava je nešto viša nego u većini drugih radova sa sličnom tematikom.

41. Poster prezentacija

TUBERKULOZNI MENINGOENCEFALITIS KAO KOMPLIKACIJA MILIJARNE TUBERKULOZE KOD DVANAESTOGODIŠNJE DJEVOJČICE

Gazibera B, Osmić A, Baljić R, Jusufi-Hurić I, Gojak R

Klinika za infektivne bolesti, Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu

E-adresa: gazibera.belma@gmail.com

Uvod: Milijarna tuberkuloza nastaje limfohematogenim rasapom bakterije *Mycobacterium tuberculosis*, koja se kod djece često dijagnosticira klinički.

Tuberkuloza centralnog nervnog sistema (CNS) predstavlja najrazorniju manifestaciju tuberkuloze, koja je povezana sa značajnim komplikacijama CNS-a.

Prikaz slučaja: Dvanaestogodišnja djevojčica je primljena u pedijatrijsku Kliniku zbog četverodnevnog upornog povraćanja i febrilnosti. Sumnja na akutnu milijarnu tuberkulozu postavi se nakon standardne radiografije pluća i odmah uključi antituberkulozna terapija. Zbog pogoršanja na neurološkom planu infektolog posunja na infekciju CNS-a, realizira se lumbalna punkcija (LP) kojom se potvrdi involviranost CNS-a te bude premještena u Kliniku za infektivne bolesti gdje se nastavi dijagnostika i tretman. Nalaz magnetne rezonance ukazuje na leptomeningealnu inflamaciju kao i promjene u smislu svježih vaskularnih ishemijskih lezija na terenu vaskulitisa. Uz antituberuloznu terapiju prati se postepen, ali zadovoljavajući oporavak. Naknadno se dobije pozitivan izolat *Mycobacterium tuberculosis* iz kulture ispljuvka.

Zaključak: Tuberkulozni meningoencefalitis je relevantna dijagnoza kod djece s protrahiranom febrilnosti i neurološkom simptomatologijom koji ne reaguju na konvencionalnu antibiotsku terapiju.

42. Poster prezentacija

***CLOSTRIDIUM DIFFICILE* INFEKCIJA - BOLNIČKA EPIDEMIJA 2015. GODINE**

Terkeš V, Morović M, Dželalija B

Odjel za Infektologiju, Opća bolnica Zadar

E-adresa: vedranafalak@yahoo.com

Clostridium difficile je jedan od vodećih uzroka smrtnosti bolničkih infekcija. Glavni rizični faktori obolijevanja i smrtnosti od CDI-a su prethodna antimikrobna terapija, hospitalizacija, starija dob te pojava hipervirulentnog soja 176. Na zadarskom području je 2015. godine zabilježena i prva veća bolnička epidemija.

43. Poster prezentacija

PACEMAKER LEAD INFECTION DUE TO STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS: A CASE REPORT

Topić A¹, **Puljiz I**^{1,2}

¹Department of Skin and Locomotor System Infections, University Hospital for Infectious Diseases „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb, Croatia

²University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

E-adresa: ipuljiz@bfm.hr

Staphylococcus species constitutes a very important group of pathogens in infections of the cardiovascular system. The pathogenic significance and aggressiveness of these bacteria are well known. Infections with *S. lugdunensis*, described as a separate species of coagulase negative staphylococci (CoNS), tend to have a more fulminant course, causing severe complications in native and prosthetic valve endocarditis. It has also been shown to cause pacemaker lead endocarditis which is hard to manage conservatively and lead extraction or complete removal of all the foreign material is always advisable.

We present a case of a 60-y-old man with proven *S. lugdunensis* bacteraemia and pacemaker lead infection, accentuating the difficulties of the patient management.

44. Poster prezentacija

RECURRENT INVASIVE MENINGOCOCCAL DISEASE CAUSED BY SEROGROUPS Y AND W IN CROATIA – CASE REPORT & LITERATURE REVIEW

Stevanović V, Prtorić L, Miše B, Tešović G

Pediatric Infectious Diseases Department, University Hospital for Infectious Diseases, Zagreb, Croatia

E-adresa: vedran.stevanovic@gmail.com

Introduction: Serogroup B of *Neisseria meningitidis* dominates in Croatia as elsewhere in Europe. Most cases caused by serogroups B and C occur in immunocompetent children. Serogroups Y and W are more prominent in those aged 65 years and over. We aim to emphasize the cause of recurrence, the role of polymerase chain reaction (PCR) in diagnosis of invasive meningococcal disease and the need to provide appropriate chemoprophylaxis and/or immunoprophylaxis to certain individuals.

Materials and methods: We report a case of a young man who presented with meningococcal meningitis and sepsis caused by serogroup Y and nine months later with meningococcal septicaemia caused by serogroup W. Literature regarding the epidemiology, pathophysiology, clinical features, diagnosis, investigations, and management of invasive meningococcal disease was searched from the PubMed database.

Results: *N. meningitidis* was not found in blood cultures, nasopharyngeal and pharyngeal swab culture or in CSF culture. However, PCR for *N. meningitidis* in blood came back positive for serogroup Y and nine months later in the second episode of invasive meningococcal disease, for serogroup W. Complement deficiency is the proven cause of recurrence. Both times, he received intravenous ceftriaxone, recovered fully and was discharged from the hospital. As a chemoprophylaxis he received phenoxymethylpenicillin until he will be vaccinated.

Conclusions: Compared to conventional culture-based methods, PCR-based methods are not at risk from loss of viable organisms through early antibiotic treatment and sample processing. Patients with complement deficiencies are at increased risk of recurrent meningococcal disease. There are widely available proper regimens for eradication of nasopharyngeal carriage and chemoprophylaxis of close contacts with a case of invasive meningococcal disease. However, there are no clear objectives on how to prevent recurrent disease. Several vaccines targeting different serogroups are available for the prevention of invasive meningococcal disease.

TEMA IV - CIJEPLJENJE I CIJEPLJENJEM PREVENTABILNE BOLESTI

45. Pozvano predavanje

PROBLEMI I POSLJEDICE IZOSTANKA PROVOĐENJA OBVEZNOG PROGRAMA CIJEPLJENJA

Tešović G^{1,2}

¹Zavod za infektivne bolesti djece, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: gtesovic@bfm.hr

Univerzalna aktivna imunizacija djece pridonijela je posljednjih desetljeća značajnoj promjeni spektra infekcijskih bolesti u populaciji. Sustavno provođenje cijepljenja dovelo je do značajne redukcije u pobolu od infekcijskih bolesti, a neke su bolesti gotovo nestale iz populacija kako razvijenih, tako i zemalja u razvoju. Zadržavanje visokih cjepnih obuhvata garancija je održavanja postignutoga stanja. Unatoč nedvojbenoj učinkovitosti i sigurnosti suvremenih cjepiva, u mnogim zemljama suvremenoga svijeta jača antivakcinalno raspoloženje, koje prijeti smanjenju optimalnih cjepnih obuhvata, što za posljedicu ima povrat nekih „zaboravljenih bolesti“ u populacije iz kojih su spomenute bolesti eliminirane. Recentna situacija u nekim zemljama europske regije (Rumunjska, Italija, Srbija, Grčka, Ukrajina) u kojima se posljednjih godina bilježe velike epidemije ospica najbolje odražava opasnost koja prijeti u slučaju daljnjeg podržanja situacije suboptimalnih cjepnih obuhvata. Uloga i obveza educiranih medicinskih profesionalaca je upozoravanje na moguće pogubne posljedice pada procijepljenosti i kontinuirana edukacija pučanstva o potrebi nastavka cijepljenja i protiv onih bolesti koje su iz neke populacije iščezle upravo zahvaljujući cijepljenju.

46. Pozvano predavanje**CIJEPLJENJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA I NEZDRAVSTVENOG OSOBLJA – PRAVO ILI OBVEZA?****Čivljak R** ^{1,2}¹Klinika za infektivne bolesti “Dr. Fran Mihaljević”, Zagreb²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, ZagrebE-adresa: rok.civljak@gmail.com

Liječnici, medicinske sestre/tehničari, laboratorijsko osoblje i drugi zdravstveni radnici koji dolaze u izravni kontakt s bolesnicima i njihovim tjelesnim tekućinama i tkivima izloženi su većem riziku akviriranja infektivnih bolesti. Osim toga, uzročnicima infektivnih bolesti češće su izloženi i studenti i učenici zdravstvenih učilišta, kao i osoblje zdravstvenih ustanova koje nije zdravstvene struke (čistačice, spremačice, psiholozi, socijalni radnici, vozači, tehničko osoblje, razni volonteri i drugi) koji svakodnevno borave u zdravstvenim ustanovama i u kontaktu su s bolesnicima. Kako je cijepljenje najbolji način sprječavanja infektivnih bolesti, pa i njihovih komplikacija i smrti, važno je postići visoku stopu procijepljenosti zdravstvenih radnika i u interesu zaštite njih samih, ali i bolesnika s kojima svakodnevno dolaze u kontakt. To se odnosi na sve zdravstvene ustanove koje pružaju akutnu skrb, ali i druge ustanove i trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti, medicinske rehabilitacije i dugoročne njege, pa i domove socijalne skrbi i pravne osobe koje pružaju usluge smještaja u okviru socijalne skrbi i njege u kući.

Cjepiva za cijepljenje zdravstvenih radnika dijelimo u dvije kategorije: 1) ona protiv bolesti za koje se preporuča rutinsko cijepljenje prema nacionalnom kalendaru cijepljenja i 2) ona za koje se preporuča cijepljenje u određenim okolnostima. U prvu kategoriju spadaju cjepiva protiv tuberkuloze, hepatitisa B, difterije, tetanusa, hripavca, poliomijelitisa, ospica, zaušnjaka i crvenke. U drugoj su kategoriji cjepiva protiv sezonske gripe, meningokoka, trbušnog tifusa, hepatitisa A, bjesnoće, žute groznice, kolere i varicele. Od cijepljenja mogu biti izuzete osobe koje imaju dokumentirani imunitet na tu određenu bolest (prethodno cijepljeni ili preboljeli). Stopa procijepljenosti pučanstva, pa i zdravstvenih radnika, posljednjih je godina u padu što je dijelom posljedica antivakcinacijskih pokreta, ali i neodgovornog ponašanja zdravstvenih radnika i javnozdravstvenih ustanova. Stoga je potrebno unaprijediti edukaciju zdravstvenih radnika, ali i poboljšati komunikaciju s javnosti u cilju postizanja optimalnih stopa procijepljenosti protiv svih bolesti koje se uspješno mogu spriječiti cijepljenjem. Je li cijepljenje zdravstvenih radnika njihovo pravo ili obveza te treba li uvoditi sankcije za one koji odbijaju cijepljenje? Necijepljenje zdravstvenih radnika potiče nepovjerenje u zdravstveni sustav te daje loš primjer javnosti. Budu li zdravstveni radnici i ubuduće odbijali i izbjegavali cijepljenje, ne bi nas smio začuditi pad povjerenja javnosti u cijepljenje kao najučinkovitiju mjeru sprječavanja infektivnih bolesti.

47. Usmena prezentacija

EPIDEMIOLOGIJA CIJEPLJENJEM PREVENTABILNIH BOLESTI NA PODRUČJU FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

Pehar D., Jurić A

Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, Mostar

E-adresa: d.pehar@zzjzfbih.ba

Uvod: Obvezni program cijepljenja u Federaciji Bosne i Hercegovine (F BiH) reguliran je Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti te Pravilnikom o obveznoj imunizaciji kao i dodatnom Naredbom koju donosi ministar zdravstva za tekuću godinu. U F BiH je obuhvaćeno 10 zaraznih bolesti kalendarom cijepljenja, cjepiva protiv (tuberkuloze, hepatitisa B, difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječje paralize, hemofilusa influence tip b, morbila, rubeole i parotitisa). Svjedoci smo vremena u kojem zbog raznih društvenih trendova, anticijepnih lobija dolazi do pada cjepnog obuhvata djece, a sa tim u vezi dolazi do sve češćih epidemija zaraznih bolesti. U F BiH su od 2010. godine do danas zabilježene 3 veće epidemije cijepljenjem preventabilnih bolesti: epidemija rubeole 2010 godine s 2018 registriranih slučajeva, epidemija parotitisa 2011/2012 godine s 7902 slučajeva i epidemija morbila 2013/2014 godine kada je registrirano ukupno 5204 slučaja. Cilj ovog rada je bio prikazati trend cjepnog obuhvata u F BiH za petogodišnje razdoblje (2012-2017).

Ispitanici i metode: Analiziranjem podataka dobivenih iz nadzora obaveznog programa cijepljenja u F BiH su prikupljeni iz svih cjepnih centara u Federaciji u razdoblju od 01.01.2012. do 31.12.2017. godine. Analizom su obuhvaćeni podaci o primoimunizaciji djece do 18 godina na području F BiH u posljednjem petogodišnjem razdoblju kako bi se kvantificirala pokrivenost i utvrdio trend cjepnog obuhvata.

Rezultati: U zadnjem petogodišnjem razdoblju u F BiH (2012-2017) bilježi se pad pokrivenosti svih cjepiva iz programa primoimunizacije. Pokrivenost cjepivom BCG: 2012 (98,8%), 2017 (97,7%); cjepivo protiv hepatitisa B 2012 (87,3%), 2017 (72%), DTaP 2012 (90,2%), 2017 (68,7%); cjepivo protiv poliomijelitisa 2012 (90,2%), 2017 (68,7%); cjepivo Hib 2012 (84,9%), 2017 (55%) te cjepivo MRP 2012 (92,2%) i 2017 (63,9%).

Zaključak: Utvrđen je trend opadanja obuhvata cijepljenja svih cjepiva iz programa primoimunizacije na području F BiH, što rezultira sve češćom pojavom cijepljenjem preventabilnih bolesti u regiji.

48. Usmena prezentacija

MORBILI – STARA BOLEST ILI NOVA PRETNJA?

Stevanović O¹, Radovanović Spurnić A^{1,2}, Korać M^{1,2}, Milošević M^{1,2}, Karić U¹, Pešić Pavlović I³, Grebenarević J⁴, Marković A¹, Nikolić N¹, Petković A¹, Peruničić S¹, Milošević B^{1,2}, Urošević A^{1,2}, Stevanović G^{1,2}

¹Klinika za infektivne i tropske bolesti, Kliničkog Centra Srbije, Beograd

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

³Služba mikrobiologije, Kliničkog Centra Srbije, Beograd

⁴Služba Radiološke dijagnostike, Kliničkog Centra Srbije, Beograd

E-adresa: stevanovicolja74@gmail.com

Uvod: Morbili, koji su u prošlosti bili stavljeni pod kontrolu vakcinacijom, danas zbog pada obuhvata ponovo počinju da dobijaju na značaju. Javljaju se u većini zemalja Evrope u formi manjih ili većih epidemija. Tokom 2017./2018. desila se i epidemija na teritoriji Beograda.

Materijal i metode: U radu su prikazane karakteristike toka bolesti, kliničkih i laboratorijskih nalaza, komplikacije kod hospitalno lečenih bolesnika koji su primljeni u Kliniku za infektivne i tropske bolesti, Kliničkog Centra Srbije (KCS), a tokom epidemije morbila 2017./2018. Tokom lečenja korišćene su metode koje su u rutinskoj upotrebi u KCS-u.

Rezultati: Kod obolelih prevlađuje uzrast od 30 - 40 godina starosti i većina su ili nevakcinisani ili nepoznatog vakcinalnog statusa. Najčešća komplikacija morbila je bila upala pluća. Od drugih komplikacija zapaženi su hepatitisi, gastrointestinalne komplikacije, kao i konjuktivitisi. Dok nije bilo komplikacija na centralnom nervnom sistemu, a otitisi i sinuzitisi su bili izuzetno retki. Kod velikog broja bolesnika zapažen je i pad broja leukocita i trombocita.

Diskusija: Prema raspodeli i tipu komplikacija u ovom uzorku ukupnog broja obolelih uočljiva je izmena u odnosu na zastupljenost komplikacija u dosada opisanim epidemijama morbila na teritoriji Srbije. Kao i značajno teži tok kod osoba koje nisu primile ni jednu dozu vakcine ili imaju neko stanje imunodeficijencije.

Zaključak: U odnosu na podatke drugih autora iz skorašnjih epidemija morbila u Evropi, a što je potvrđeno i u našem uzorku, dolazi do izmene u učestalosti pojave pojedinih komplikacija od kojih dominiraju upale pluća. Također se zapaža i povećana proporcija hepatitisa, kao i gastrointestinalnih komplikacija, a pre svega lezija želudačne sluznice, što nameće potrebu daljeg ispitivanja i eventualne izmene dosadašnjih terapijskih protokola.

49. Usmena prezentacija

KARAKTERISTIKE OBOLJELIH OD MUMPS MENINGITISA I NJIHOV VAKCINALNI STATUS

Roganović T^{1,3}, Kezić Z¹, Bojanić J^{2,3}

¹Klinika za infektivne bolesti, Univerzitetski Klinički centar Republike Srpske

²Institut za javno zdravstvo Republike Srpske

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci

E-adresa: tanja-roganovic@blic.net

Uvod: Cilj rada je analiza vakcinalnog statusa, kliničke slike i cerebrospinalne tečnosti (CST) kod oboljelih od mumps meningitisa u epidemiji mumpsa 2011. i 2012. godine u Republici Srpskoj.

Materijal i metode: Istraživanje je retrospektivno i obuhvata 140 ispitanika liječenih u Klinici za infektivne bolesti UKCRS od oktobra 2011. do decembra 2012. godine pod dijagnozom mumps meningitisa. Za statističku analizu je korišten *software*: SPSS 16.0 for Windows; MS Office Word 2007 i MS Office Excel 2007. Kao statistički značajne uzimane su vrijednosti $p < 0,05$.

Rezultati: Za najveći broj oboljelih podaci o vakcinaciji su bili nedostupni, slijede oboljeli koji su primili jednu dozu vakcine, nevakcinisani te potpuno vakcinisani. Srednja vrijednost uzrasta oboljelih je bila 20,0 godina (18,0 - 24,5; IQ). Oboljeli rođeni od 1985. do 1996. godine su statistički značajno više ($p < 0,001$) imali mumps meningitis od ostalih oboljelih. Parotitis je registrovan kod 75,71% oboljelih, srednja vrijednost pojave prije meningitisa je bila 5,0 dana (3,0 - 7,0; IQ). Kod 43,57% oboljelih meningealni znakovi nisu bili pozitivni. Srednja vrijednost pleocitoze je bila $1192,0/\text{mm}^3$ (583,0 - 1976,0; IQ), a proteinorahije 0,7 g/l (0,5 - 1,0; IQ). Etiološka dijagnostika je rađena određivanjem ELISA mumps specifičnih IgM i IgG antitijela i mumps *Realtime* PCR ispitivanjem. Nije uočena statistički značajna razlika u polnoj distribuciji, utisku o težini bolesti na prijemu, prisustvu vodećih simptoma meningitisa, pozitivnosti meningealnih znakova, dužini hospitalizacije, vrijednosti pleocitoze i proteinorahije u CST između oboljelih različitog vakcinalnog statusa.

Zaključak: Epidemija mumpsa tokom 2011. i 2012. godine je posljedica održavanja virusa u nevakcinisanoj populaciji, uglavnom zbog propusta nastalih u ratnim i ranim poslijeratnim godinama i nedovoljno duge zaštite nakon vakcinacije, prije svega jednokratne. Odsustvo pozitivnih meningealnih znakova kod sumnje na mumps meningitis nije kriterijum na osnovi koga treba odlagati lumbalnu punkciju. Nije uočena statistički značajna razlika u kliničkoj slici i citohemijskoj analizi CST među oboljelim od mumps meningitisa različitog vakcinalnog statusa.

50. Ušmena prezentacija

VARIČELE - DA LI JE VRIJEME ZA VAKVINACIJU U BIH?

Baljić R, Gojak R, Sejtarija-Memišević A, Hrvo S, Dizdarević A

Klinika za infektivne bolesti KCU Sarajevo, Bolnička 25, 71000 Sarajevo

E-adresa: rusmir.ba@gmail.com

Varičele predstavljaju visokokontagiozno oboljenje dječje dobi izazvano *varicella-zoster* virusom (VZV). Pored djece, od varičela mogu da obole i odrasli koji u djetinjstvu nisu preležali bolest ili nemaju dovoljan titar. Kod imunokompetentne djece klinička slika je uglavnom lakša do srednje teška, rijetki su slučajevi s komplikacijama. Međutim, imunokompromitirana djeca i odrasle osobe pod povećanim su rizikom za razvoj različitih komplikacija. Posebnu grupu čine trudnice, jer akviriranje oboljenja u ranoj fazi trudnoće nosi sa sobom rizik za razvoj kongenitalnih malformacija ili smrti ploda. S druge strane, česta je pojava respiratornih komplikacija kod trudnica koje obole u trećem trimestru. Kao posebno težak klinički entitet navodi se kongenitalni varičela sindrom te neonatalna varičela. Naša iskustva govore o povećanom broju odraslih, koji nakon primoinfekcije *varicella-zoster* virusom razvijaju komplikacije s neizvjesnom prognozom. Pored navedenog, određen broj djece razvijaju postvaričelozni cerebelitis, a zabilježeni su i slučajevi encefalomeningitisa.

Zbog svega toga veliki broj zemalja dugi niz godina praktikuje vakcinaciju djece, ali i odraslih s povećanim rizikom od razvoja komplikacija u slučaju infekcije VZV-om.

51. Poster prezentacija**EKSPOZICIJSKI INCIDENATI KAO RIZIK KRVNOPRENOSIVIH INFEKCIJA U BOLNIČKIH ZDRAVSTVENIH RADNIKA****Jahić R¹**, Piljić D¹, Porobić-Jahić H¹, Petrović J¹, Piljić D²¹Klinika za infektivne bolesti UKC Tuzla²Klinika za kardiovaskularne bolesti UKC TuzlaE-adresa: rahima.jahic@ukctuzla.ba

Uvod: Bolnički zdravstveni radnici (BZR) su profesionalno izloženi riziku razvoja krvlju prenosivih infekcija tokom ekspozicijskih incidenata putem perkutane povrede ili direktnim kontaktom s krvlju i drugim tjelesnim tekućinama. Cilj istraživanja je komparativni prikaz epidemioloških karakteristika ekspozicijskih incidenata krvlju u različitim profesionalnih skupina BZR.

Ispitanici i metode: Provedena je presječna studija „Upitnikom o izloženosti bolničkog osoblja krvi i infekcijama koje se prenose krvlju“ u Univerzitetskom kliničkom centru u Tuzli od 01. marta do 31. decembra 2014. godine. Ukupan uzorak ispitanika $n = 1031$ (65% svih zaposlenih), bio je stratificiran u tri profesionalne skupine: ljekari, medicinske sestre i pomoćno osoblje.

Rezultati: Zabilježen je 1231 (54,8%) ekspozicijski incident najmanje jednom u zadnjih 12 mjeseci. Prosječan broj ekspozicijskih incidenata po jednom zdravstvenom radniku na godišnjem nivou bio je $1,19 \pm 2,671$. Prosječan broj ekspozicijskih incidenata po jednom zdravstvenom radniku u ukupnom radnom stažu je $7,07 \pm 8,041$. Barem jedan oblik ekspozicijskih incidenata tokom cijelog radnog vijeka doživjelo je 70% ispitanika. Uočena je viša stopa višekratnih kontakata kod medicinskih sestara u odnosu na ljekare i pomoćno osoblje ($\chi^2 = 37,73$; $df = 4$; $p < 0,001$). Učestalost incidenata u medicinskih sestara/tehničara na hirurškim bolničkim odjelima je skoro 2 puta (1,7) češća. Dvije trećine ispitanika, 75,5% (778/1031) nije prijavilo ekspozicijske incidente. Ljekari značajno manje prijavljuju doživljene incidente od medicinskih sestara i od pomoćnog osoblja. Postojala je signifikantna razlika u stopama prijavljivanja ($\chi^2 = 32,66$; $df = 4$; $p < 0,001$). Ljekari u odnosu na iskustvo ekspozicijskih incidenata iste nije prijavilo čak u 91,5% slučajeva (118/129).

Zaključak: Zdravstveni radnici u bolnicama imaju veliku prevalenciju profesionalne izloženosti infekcijama prouzročenim krvlju. Sedamdeset posto BZR-a je povremeno ili stalno izloženo ili je povezano s krvlju. Medicinske sestre su najčešće izložena profesionalna skupina među BZR-om, dok je najniža stopa izvješćivanja o incidentu izloženosti među ljekarima.

52. Poster prezentacija

KARAKTERISTIKE MORBILA DANAS

Pašić Lj¹, Roganović T^{1,2}, Verhaz A^{1,2}, Kezić Z¹, Petrović M¹, Ritan S¹

¹Klinika za infektivne bolesti, Univerzitetski Klinički centar Republike Srpske

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci

E-adresa: ljiljana1pasic1@gmail.com

Uvod: Cilj rada je analiza epidemioloških i kliničkih karakteristika morbila kod osoba hospitalizovanih u Univerzitetskom kliničkom centru Republike Srpske (UKCRS) u posljednjih pet godina.

Materijal i metode: Istraživanje je retrospektivno-prospektivno i obuhvata 145 ispitanika hospitalizovanih zbog morbila u Kliniku za infektivne bolesti UKCRS u posljednje dvije epidemije, od oktobra 2014. do juna 2015. godine i druge koja je u toku od aprila 2018. godine. Za statističku analizu su korišteni *softwari*: SPSS 16.0 for Windows; MS Office Word 2010 i MS Office Excel 2010.

Rezultati: Nepoznat vakcinalni status je imalo 39,72% ispitanika, nekompletno vakcinisanih je bilo 26,02%, kompletno 23,28% a nevakcinisanih 10,95%. Prosječna životna dob ispitanika je 22,11 godina (od mjesec dana života do 54 godine), nešto više je bilo muškaraca (51,36%). Većina je imala srednje tešku kliničku sliku (98,58%). Klasičnu kliničku sliku je imalo 92% ispitanika - povišena tjelesna temperatura 99,31%, kašalj 86,97%, konjuktivitis 47,26%, laringitis 2,05%, Koplikove mrlje 52,05%. Osip se prosječno javljao 3,37 dan bolesti (od 1. do 8. dana), kod 92,46% je bio tipičan. Prosječna vrijednost C-reaktivnog proteina je bila 28,49 mg/L, trombocitopenija je uočena kod 30,13% ispitanika (min. vrijednost $16 \times 10^9/L$), povišen AST kod 71,23% (maks. 740) i ALT kod 45,89% (maks. 631). Serološka dijagnostika na prisustvo morbili specifičnih IgM i IgG antitijela je rađena ELISA testovima. Od komplikacija pneumoniju je imalo 19,17% ispitanika, sinusitis 19,86%, meningitis 0,68%, proliv 21,91%. Antibiotik je korišten kod 65,75% ispitanika, najčešće Azitromicin – 64,58%. Prosječna dužina hospitalizacije je bila 5,92 dana. Smrtnih ishoda nije bilo.

Zaključak. Morbili u 21. vijeku nisu izmjenili glavne karakteristike bolesti, s tim da se danas sreću i atipične forme zbog vakcinacije. U prevenciji obolijevanja od morbila najvažniji je dobar obuhvat vakcinacijom, u suprotnom morbili postaju važan zdravstveni problem.

53. Poster prezentacija

VAKCINACIJA I ANTIVAKCINALNI POKRET

Muratović P, Sejtarija-Memišević A

Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo

E-adresa: planinka.muratovic@gmail.com

Vakcinacija je jedna od najdjelotvornijih i najuspješnijih medicinskih intervencija u prevenciji infektivnih bolesti. Predstavlja bezbjedan, jednostavan, efikasan i ekonomski isplativ način zaštite zdravlja djeteta od određenih za život opasnih infektivnih bolesti. Zakonski je obvezna, ali nije prisilna. Obavlja se po kalendaru vakcinacije koji predstavlja redoslijed davanja vakcina u odnosu na uzrast djeteta. Njome se smanjuje mortalitet, morbiditet, invalidnost, troškovi liječenja oboljelih od vakcinacijom preventabilnih bolesti. Pored koristi u vidu individualne zaštite, bitna je i za zaštitu populacije koja nije vakcinisana i stvaranje kolektivnog imuniteta. Iako je vakcinacija medicinska intervencija s dokazanom učinkovitosti, nastoji se neutemeljeno osporiti. Odbijanje i odgađanje vakcinacije predstavlja rizik za dijete, ali i za cijelu populaciju. Sve su snažniji antivakcinalni pokreti koji nastoje istaći da su vrlo česti i ozbiljni neželjeni efekti primjene vakcinacije koji čine vakcinaciju opasnijom od oboljevanja, tj. opasnijom od infektivne bolesti od koje treba da zaštiti. Time se dovodi do pada broja vakcinisane djece i pojave epidemija vakcinacijom preventibilnih bolesti. Žalosno i zabrinjavajuće je da izvjestan broj ljekara i zdravstvenih radnika pripada i podstiče antivakcinalni pokret.

54. Poster prezentacija**EPIDEMIJA MORBILA U HERCEGOVAČKOJ I SARAJEVSKO-ROMANIJSKOJ REGIJI U PERIODU 2014. - 2015. GODINE****Firesku-Govedarica J**

Univerzitetska bolnica Foča

E-adresa: firesku@yahoo.com

Uvod: Morbili su visoko kontagiozno, akutno infektivno egzantematozno oboljenje. Prirodni imunitet prema morbilima ne postoji ni kod jedne rase, ni kod jednog naroda. Nakon jednom preboljele bolesti ostaje doživotan imunitet. Vakcinacija protiv morbila, kao najefikasnija preventivna mjera, uvedena je sedamdesetih godina dvadesetog vijeka. U Bosni i Hercegovini je MMR vakcina obavezna od 1980. g. Ukoliko dođe do pada obuhvata MRP vakcinom morbili se mogu javiti u epidemijskom obliku.

Hipoteza i ciljevi rada: Analizirati kliničku sliku i pojavu komplikacija kod bolesnika liječenih u periodu 2014./2015. god. prema polu, starosnoj strukturi i vakcinalnom statusu.

Materijal i metode: Retrospektivnim istraživanjem smo obuhvatili 170 bolesnika koji su liječeni u Univerzitetskoj bolnici Foča i JZU Bolnica Istočno Sarajevo u toku epidemije u periodu 2014./2015. god. Bolesnici su ispitivani sledećim redoslijedom: anamneza (s posebnim osvrtom na socioepidemiološku anketu i vakcinalni status) i fizikalni pregled. Od laboratorijskih analiza smo se više bazirali na: krvnu sliku, CRP, ALT, AST i radiološke: radiografiju pluća i ultrasonografiju abdomena.

Obilježja posmatranja su bila podvrgnuta deskriptivnim analizama (srednja vrijednost, mjere varijabiliteta). Međugrupne razlike su analizirane neparametarskim i parametarskim metodama. Testovi statističke značajnosti (Hi kvadrat test, ANOVA) su se koristili za analiziranje razlika između grupa. Za statističku obradu podataka koristili smo statistički paket SPSS.

Rezultati: Od ukupnog broja ispitanika samo 16,5% je vakcinisano, 5,3% su nepotpuno vakcinisani dok preostalih 78,2% ispitanika nisu vakcinisani ili su nepoznatog vakcinalnog statusa. Statistički značajna razlika između ispitanika različitog vakcinalnog statusa nije uočena u pogledu postojanja starosti, komplikacija, komorbiditeta i većine laboratorijskih nalaza. Uočena je statistički značajna razlika u pogledu srednje vrijednosti neutrofila i limfocita.

Zaključak:

1. Pad obuhvata vakcinacije u periodu građanskog rata od 1992. do 1995. god., uslijed nedostatka iste, je doprinio povećalom broju oboljelih.
2. Vakcinacija je jedina i najbolja preventivna mjera za sprečavanje morbila.

55. Poster prezentacija

KOMPLIKACIJE VARIČELA U KLINICI ZA INFEKTIVNE BOLESTI UKC RS U ŠESTOGODIŠNJEM PERIODU 2012. – 2017. GODINE

Verhaz A, Jović-Đokanović O

Klinika za Infektivne bolesti, Univerzitetsko klinički centar Republika Srpska, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

E-adresa: antonija@blic.net

Uvod/Cilj: Varičela je osipna groznica koja najviše pogađa dječju populaciju, nerijetko oboljevaju i odrasli. Bolest kod djece protiče obično bez komplikacija, ali kod pojedinih bolesnika čak i bez prethodnih faktora rizika mogu nastati teške i za život opasne komplikacije. Cilj rada je bio da se analizira broj i vrsta komplikacija kod oboljelih od varičele različitih uzrasta u šestogodišnjem periodu.

Metode: Urađena je retrospektivna analiza medicinske dokumentacije bolesnika koji su liječeni u Klinici za infektivne bolesti UKC RS u periodu od 1. 1. 2012. do 31. 12. 2017. godine. Kod hospitalizovanih bolesnika analizirana su karakteristike: pol, starost, dužina hospitalizacije, postojanje imunosupresije, prisustvo i vrsta komplikacija. Pacijenti su svrstani u grupu odraslih (starosti ≥ 16 godina) i djece/mladih (starosti ≤ 15 godina).

Rezultati: U šestogodišnjem periodu liječeno je ukupno 146 pacijenata. Ispitivani su bili pacijenti uzrasta od 2 mjeseca do 60 godina pri čemu je 87 pacijenata (59,68%) bilo starijih od 15 godina, a 59 pacijenata (40,41%) je bilo starosti do 15 godina. Najčešća komplikacija u obe grupe ispitanika bila je varičelozna pneumonija i to kod 40 (46,51%), zatim trombocitopenija kod 9 pacijenata (10,46%), sedam pacijenata je imalo febrilne konvulzije (8,13%), bakterijske infekcija kože kod 5 (5,81%), a 5 bolesnika s infekcijom CNS-a (5,81%), anemije kod 4 (4,65%), infekcija gornjeg respiratornog sistema sa sporadičnom pojavom sinuzitisa i rinitisa kod 8 bolesnika (9,30%), lezija jetre kod 5 (5,81%), akutni miokarditis kod 2 pacijenta (2,32%), jedan pacijent je imao pankarditis (1,16%).

Zaključak: Nije postojala statistički značajna razlika u incidenciji komplikacija kao ni u vrsti komplikacija između starosnih grupa. I kod odraslih i kod djece/mladih najzastupljenija komplikacija je bila varičelozna pneumonija, dok su se ostale komplikacije razlikovale po uzrastu. Nisu zabilježeni smrtni ishodi.

56. Poster prezentacija

INVAZIVNA PNEUMOKOKNA BOLEST UZROKOVANA SEROTIPOM 3

Didović D¹, Valenčak-Ignjatić I¹, Roglić S¹, Tešović G^{1,2}

¹Zavod za infektivne bolesti djece, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb, Hrvatska

²Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

E-adresa: didovic.diana@gmail.com

Uvod: *Streptococcus pneumoniae* uzročnik je mukoznih i invazivnih bolesti najčešće u djece mlađe od 5 godina i starijih od 65 godina. Za prevenciju pneumokokne bolesti dostupno je polisaharidno i dva konjugirana cjepiva (engl. *pneumococcal conjugate vaccine*, PCV): PCV10 i PCV13. Iskustva zemalja koje koriste PCV pokazuju smanjenje incidencije nazofaringealnog kliconoštva, mukoznih i invazivnih bolesti uzrokovanih cjepnim sojevima, izuzev serotipa 3.

Prikaz slučaja: Prikazujemo dvije djevojčice i jednog dječaka, s teškim oblicima invazivne pneumokokne bolesti uzrokovane serotipom 3, liječenih u Klinici za infektivne bolesti od ožujka do svibnja 2018. godine. Od troje bolesnika samo je dječak bio cijepljen dvjema dozama PCV13. Radilo se o bakterijemičnim pneumonijama s respiratornom insuficijencijom i razvojem pleuralnog empijema. Teži oblik bolesti razvio se u 14-mjesečne djevojčice. Tijek bolesti komplicirao se razvojem nekrotizirajuće pneumonije s apscesima, potom pneumatocelama i nastankom recidivirajućih pneumotoraksa, desnostranog pleuralnog empijema te lijevostranog izljeva. U početku bolesti bila je prisutna i koinfekcija s virusom influence tip A. Kliničko stanje je zahtijevalo mehaničku ventilaciju, dugotrajnu torakalnu drenažu te u konačnici kirurško zbrinjavanje multiplih pneumatocela i pneumotoraksa. 23-mjesečna djevojčica imala je desnostranu apscedirajuću pneumoniju i pleuralni izljev. Kod 4,5-godišnjeg dječaka došlo je do razvoja bilateralne apscedirajuće pneumonije i desnostranog pleuralnog izljeva. Liječeni su ceftriaksonom i klindamicinom.

Zaključak: Premda je dječak cijepljen PCV-om 13, razvio je teški oblik pneumokokne pneumonije. Studije u Švedskoj i Engleskoj koje su uspoređivale učinkovitost PCV13 u odnosu na PCV7 nisu pokazale statistički značajnu promjenu incidencije invazivnih bolesti uzrokovanih serotipom 3, odnosno pokazale su slabu imunogenost serotipa 3. Za Hrvatsku takve podatke nije moguće evaluirati s obzirom na to da je broj procijepljene djece premali. Postavlja se pitanje je li još teža klinička slika u mlađe djevojčice bila posljedica dobi, koinfekcije s virusom influence ili činjenicom da nije primila niti jednu dozu PCV-a 13, koji bi je unatoč slaboj imunogenosti serotipa 3 ipak barem djelomično zaštitio od razvoja iznimno teškog oblika bolesti.

57. Poster prezentacija

SEROLOŠKI STATUS ZA OSPICE ZAPOSLENIKA KLINIKE ZA INFEKTIVNE BOLESTI „DR. FRAN MIHALJEVIĆ“ U ZAGREBU

Zember S, Đaković Rode O, Cetinić Balent N, Tomić A, Puljiz I

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević”, Zagreb

E-adresa: zember.sanja@gmail.com

Cilj: Utvrditi serološki status za ospice zaposlenika Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ te dobivene nalaze analizirati u korelaciji s podacima o provedenom cijepljenju ili preboljelim ospicama.

Metode: U uzorcima seruma određena su protutijela IgG na virus morbila imunoenzimnim testom (Measles ELISA IgG Testkit, Virotech Diagnostics GmbH, Njemačka). Testiranje je rađeno prema naputku proizvođača. Nalaz je označen kao pozitivan ako je titar IgG bio veći od 11 VE, graničan od 9 do 11 VE i negativan manji od 9 VE. Prikupljeni su podaci o preboljelim ospicama i provedenom cijepljenju.

Rezultati: Prikazujemo preliminarne podatke testiranja 366 od 679 zaposlenika Klinike. Tijekom narednih mjeseci obradit ćemo podatke i za ostale djelatnike Klinike. Testirano je 277 zdravstvenih (75,68%) i 89 (24,32%) nezdravstvenih djelatnika. Prema anamnestičkim podacima, dobivenim od 325 zaposlenika, 43 (13,23%) je preboljelo ospice, 2 (0,62%) vjerojatno, 65 (20%) ne zna, a 215 (66,15%) nije preboljelo ospice. Jednu dozu cjepiva primilo je 22 (6,77%), dvije doze cjepiva 121 (37,23%) ispitanik, dok je 18 (5,54%) zaposlenika izjavilo da nije cijepljeno. Ostalih 164 (50,46%) zaposlenika ne zna svoj cjepni status za ospice. Zaštitni titar protutijela (≥ 12 VE) zabilježen je u 339 (92,62%) zaposlenika, granični titar (9 - 11 VE) imalo je 13 (3,55%), a 14 (3,83%) ispitanika nije imalo zaštitni titar (< 9 VE) protutijela na virus morbila.

Zaključak: Prema preliminarnim rezultatima 14 ili 3,83% zaposlenika Klinike potrebno je cijepiti kako bi se spriječila, profesionalno akvirirana zaraza ospicama. Dobiveni rezultati nameću potrebu testiranja djelatnika, koji ne znaju svoj imunosni status za ospice, prije započinjanja rada, posebno u infektivnim klinikama ili odjelima.

58. Poster prezentacija

ZNANJE, STAV I PRAKSA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O CIJEPLJENJU ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PROTIV INFLUENCE U SVEUČILIŠNOJ KLINIČKOJ BOLNICI MOSTAR

Mimica I¹, Šegvić O², Nikolić J^{1,3}, Vasilj I^{1,4}, Grgić S^{1,3}

¹Medicinski fakultet Sveučilište u Mostaru, Bosna i Hercegovina

²Dom zdravlja "Dr. Ante Franulovic" Vela Luka, Hrvatska

³Klinika za infektivne bolesti Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Bosna i Hercegovina

⁴Fakultet zdravstvenih studija Sveučilište u Mostaru, Bosna i Hercegovina

E-adresa: mimica.ivan@gmail.com

Uvod: Cijepljenjem zdravstvenog osoblja može se smanjiti prijenos infekcije na bolesnike koji nose visok rizik od razvoja komplikacija i broj smrti povezanih s influencom. Stoga cilj ovog istraživanja je bio ispitati znanje, stav i praksu zdravstvenih djelatnika u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar o cijepljenju istih protiv influence.

Ispitanici i metode: Ispitanici u ovom istraživanju bili su liječnici i medicinske sestre zaposleni na klinikama za neurologiju, dječje bolesti, infektivne bolesti, Odjelu za plućne bolesti, te Centru za urgentnu medicinu SKB Mostar. Korišten je upitnik za ispitivanje znanja, stava i prakse zdravstvenih djelatnika o cijepljenju zdravstvenih djelatnika protiv influence.

Rezultati: Većinu očekivanih reakcija nakon cijepljenja, komplikacija influence i pitanje sigurnosti cijepiva doktori medicine su značajno češće znali od medicinskih sestara. Većinu mogućih komplikacija nakon cijepljenja i indikacije za cijepljenje protiv influence češće su znali doktori medicine zaposleni na Klinici za infektologiju od ostalih kolega. Medicinske sestre značajno češće mislile da svi zdravstveni djelatnici trebaju biti obvezno cijepljeni protiv influence za razliku od liječnika. Za razliku od kolega liječnici Klinike za infektologiju značajno su češće smatrali da svi zdravstveni djelatnici trebaju biti obvezno cijepljeni protiv influence. Liječnici značajno su češće savjetovali i promovirali cijepljenje protiv influence od medicinskih sestara.

Zaključak: Prosječna procijepljenost protiv influence zdravstvenih djelatnika u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar je bila niska, njihovi stavovi negativni, a znanje o influenci i cijepljenju protiv influence nedovoljno.

TEMA IV - RAZNO

59. Poster prezentacija

DIJAGNOZA CERVICALNOG TUBERKULOZNOG LIMFADENITISA: PRIKAZ SLUČAJA

Terkeš V, Perić M, Morović M, Dželalija B

Odjel za Infektologiju, Opća bolnica Zadar

E-adresa: vedranafalak@yahoo.com

Prikazujemo slučaj cervikalnog limfadenitisa uzrokovanog s *Mycobacterium tuberculosis* u imunokompetentne osobe u području niske endemičnosti tuberkuloze i HIV prevalencije. Diferencijalna dijagnostika u tim je slučajevima povezana s brojnim dijagnostičkim mogućnostima i metodama, od kliničkog pregleda preko radioloških pretraga (UZV, MSCT) do mikrobioloških pretraga (ZN, izolacija, PCR).

60. Poster prezentacija

Prednost kombiniranog liječenja koamoksiklavom i aminoglikozidima nad cefalosporinima III. generacije u liječenju teških infekcija mokraćnog sustava

Karlović K¹, Nikolić J^{1,2}, Arapović J^{1,2}

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bijeli Brijeg bb, Mostar, BiH

²Klinika za infektivne bolesti Sveučilišne kliničke bolnice Mostar, Kralja Tvrtka bb, Mostar, BiH

E-adresa: kristiankarlovic@live.com

Uvod: Cilj ovog rada je istražiti postojanje razlika u antimikrobnom liječenju teških infekcija mokraćnog sustava (IMS) u bolesnika kojima je liječenje započeto kombinacijom koamoksiklava i aminoglikozida u odnosu na bolesnike kojima je iskustveno antimikrobno liječenje započeto cefalosporinima treće generacije.

Ispitanici i metode: U ovo istraživanje je bilo uključeno 325 bolesnika koji su liječeni od teške bakterijske infekcije s ishodištem u mokraćnom sustavu u Klinici za infektivne bolesti SKB Mostar u vremenskom razdoblju od 01. lipnja 2011. do 31. svibnja 2017. godine. Kod uključenih bolesnika bila je postavljena dijagnoza kompliciranih IMS ili sepse s ishodištem u mokraćnom sustavu. Iz istraživanja su isključeni svi bolesnici mlađi od 18 godina i bolesnici koji su zaprimljeni zbog gljivične infekcije mokraćnog sustava. Za statističku analizu rabljen je programski sustav SPSS for Windows (inačica 23.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excel (inačica 10, Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Za usporedbu nominalnih varijabli korišten je χ^2 test. Raspodjela kontinuiranih varijabli je odstupala od normalne te je za usporedbu korišten Mann-Whitney test i Kruskal-Wallis test.

Rezultati: Bolesnici liječeni cefalosporinima treće generacije su prosječno dulje boravili u bolnici ($p = 0,012$), te su češće razvijali komplikacije ($p = 0,023$) i reinfekcije mokraćnog sustava ($p < 0,001$) u usporedbi sa skupinom bolesnika liječenih kombinacijom koamoksiklava i gentamicina. Nije bilo statistički značajne razlike između dvije ispitivane skupine bolesnika s obzirom na ishod liječenja ($p = 0,137$). Najčešće komplikacije su bile reinfekcija mokraćnog sustava, pri čemu je *Enterococcus spp.* izoliran isključivo u bolesnika koji su inicijalno liječeni cefalosporinima treće generacije ($p = 0,002$).

Zaključak: U liječenju kompliciranih infekcija mokraćnog sustava ne bi trebalo koristiti cefalosporine treće generacije kao prvi lijek izbora zbog veće učestalosti enterokoknih reinfekcija i produženog boravka u bolnici.

61. Poster prezentacija

DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE DILEME TRETMANA MULTIPLIH MIKOTIČNH APSCESA MOZGA KOD IMUNOKOMPROMITOVANOG PACIJENTA OBOLJELOG OD ULCEROZNOG KOLITISA

Hrvo S¹, Hadžović-Čengić M¹, Ibrahimpašić N², Gojak R¹, Dizdarević I¹; Begić A³

¹Klinika za infektivne bolesti Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu

²Odjel za zarazne bolesti Kantonalne bolnice "Dr. Irfan Ljubljankić"

³Odjel za infektivne bolesti Kantonalne bolnice Zenica

E-adresa: hrvosemir@gmail.com

Uvod: Candida infekcija CNS-a je najučestalija mikotična infekcija mozga, najčešće se manifestuje kao multipli mikroabcesi koji su udruženi s diseminiranom infekcijom kod imunokompromitovanog domaćina. Vrlo često izazivaju stanje koje je nalik na hronični meningitis.

Prikaz slučaja: Pacijent N. K. 1966. s prije pet godina dijagnosticiranim ulceroznim kolitisom na kontinuiranoj imunosupresivnoj terapiji Mesalazinom. Javlja se infektologu u Bihaću sa simptomima općeg infektivnog stanja uz profuzno povraćanje. Nakon hospitalizacije simptomi progrediraju do konfuzno smušenog – delirantnog stanja. U nalazima na prijemu: SE 85, CRP 134, Lkc13 u DKSA Ne 86%. Nalaz cerebro spinalnog likvora: serozan, 12 Le; prot 0,60 g/L; ŠUL 2,2mmol/L. U stolici dokazana kultura Candide > 5000 cfu/ml. Na CT-u mozga opisane višebrojne lezije moždanog parenhima koje dif dg mogu odgovarati piogenim granulomatoznim kolekcijama, što se dodatno potvrdi na MRI mozga. Pacijent tretiran VI sedmica Ceftriaxon-Vankomicin-Metronidazol uz Fluconasol i.v. Nakon provedene terapije dolazi do djelimične regresije abcesnih kolekcija. Realizira se dodatna MRI dijagnostika mozga na kojem se dobije nalaz temporofrontoparijetalno, para i supravenrikularno promjene koje bi mogle odgovarati fungalnim abscesima. Dodatnom radiološkom dijagnostikom se isključi diseminacija infekta na druge organe. Protokolarno se nastavi terapija antimikotika uz dijagnostički nadzor.

Zaključak: Po svemu sudeći radilo se o kolonizaciji probavne cjevi Candidom na terenu osnovne bolesti (ulcerozni colitis) i njezinoj hematogenoj diseminaciji u mozak i razvoju simetričnih mikroabscesnih kolekcija koji su sporije regredirale na ordiniranu terapiju.

62. Poster prezentacija

SALMONELOZA KOD DJECE – STARA PRIČA NOVI PRISTUP

Tomić T, Kolobarić A

Klinika za dječje bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Kralja Tvrtka, bb Mostar, 88000, Bosna i Hercegovina

E-adresa: anita.kozul@gmail.com

Cilj: Ispitati razliku kombiniranog antibiotskog i simptomatskog liječenja (nadoknada izgubljene tekućine, korigiranje elektrolitskog disbalansa i primjena probiotika probiotičke kulture *Lactobacillus rhamnosus* GG) od isključivo simptomatskog liječenja kod gastroenteritisa uzrokovanog *Salmonelom*. Utvrditi da li postoji razlika u trajanju bolesti ovisno o terapijskom pristupu.

Ispitanici i metode: Istraživanje je obuhvatilo bolesnice i bolesnike liječene u Klinici za dječje bolesti Sveučilišne kliničke bolnice Mostar, kojima je temeljem kliničke slike i učinjene mikrobiološke analize uzorka stolice postavljena dijagnoza gastroenteritisa uzorkovanog *Salmonelom*.

Rezultati: Naše istraživanje je pokazalo da nema značajne razlike u trajanju bolesti kod bolesnika kojima je uz simptomatsku terapiju provedena i antibiotska terapija u odnosu na bolesnika kojima je provedena samo simptomatska terapija u liječenju gastroenteritisa uzrokovanog *Salmonelom*.

Zaključak: Kombinirana simptomatska i antibiotska terapija u odnosu na isključivu primjenu simptomatske terapije nema značajan učinak u liječenju gastroenteritisa. U našem istraživanju nismo dobili značajnu razliku između trajanja povišene tjelesne temperature niti trajanja proljevastih stolica između ove dvije skupine. Osvrnemo li se i na to da bakterije imaju izvrsno razvijene mehanizme genetske prilagodbe i posljedica uporabe antibiotika je uvijek, brži ili sporiji razvoj rezistencije bakterija na njih stoga te vrlo djelotvorne i značajne lijekove treba upotrebljavati razborito i oprezno.

63. Poster prezentacija

PALIVIZUMAB: UČINCI PROFILAKTIČKE IMUNIZACIJE NA POJAVNOST INFEKCIJA UZROKOVANIH RESPIRATORNIM SINCICIJALNIM VIRUSOM U PERIODU OD 2008. DO 2016. GODINE.

Jerković Raguž M., Mustapić A, Šimunović Glamuzina D, Polić Mlinarević I, Brzica J
Klinika za dječje bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Kralja Tvrtka, bb Mostar, 88000, Bosna i Hercegovina

E-adresa: marjanajerkovic@yahoo.co.uk

Uvod: U dojenčadi imunizirane Palivizumabom smanjena je učestalost respiratornih infekcija uzrokovanih RSV-om.

Cilj: Utvrditi učestalost i tijek eventualnog ponovnog liječenja infekcije respiratornog sustava uzrokovanih RSV virusom dojenčadi imunizirane Palivizumabom u ispitivanom razdoblju.

Ispitanici i metode: Retrospektivno osmogodišnje istraživanje je provedeno na Odjelu neonatologije i intenzivnog liječenja novorođenčadi (NICU) Klinike za dječje bolesti SKB Mostar. 101 dojenče činilo je ispitivanu skupinu koje je zadovoljilo stroge kriterije za imunizaciju. Nacionalne smjernice određene su na temelju ranijih istraživanja i preporuka AAP-a. Parametri praćeni od strane djece su: spol, gestacijska dob (GD), rodna masa, vrsta i dužina terapije u NICU, rizični čimbenici koji se boduju za imunizaciju, način poroda i paritet majke, tijekom eventualnog ponovnog liječenja. Za testiranje razlika među normalnim varijablama se koristio Hi kvadrat test i Fisherov egzaktni test.

Rezultati: Od ukupno imuniziranih, 47 djece su bila nedonoščad (46%), a 47 (46%) su djeca sa prirođenom srčanom greškom (PSG), dok je 7 (8%) djece imalo druge individualne čimbenike rizika. Od 47 prematurusa 29 (61%) djece je bilo između 28-31 GD, razlika nije statistički značajna ($p = 0,843$). U prvoj sezoni (2008./2009.) imunizacija je provedena samo kod troje djece s PSG-om, nakon čega slijedi kontinuirani porast broja djece koja su primila Palivizumab. Od ukupno imunizirane djece 25 (24%) je ponovno primljeno u bolnicu na Odjel pulmologije zbog infekcije respiratornog sustava. Tijekom ponovnih hospitalizacija proveden je brzi test za dijagnozu RSV infekcije koji je u svih liječenih bio negativan.

Zaključak: Rehospitalizirana, a s pet preporučenih doza imunizirana, djeca nisu imala pozitivan RSV test tijekom liječenja. Također u nedostatku etiološkog liječenja infekcija uzrokovanih RSV-om, palivizumab predstavlja jedinu preventivnu mjeru i učinkovit način borbe protiv navedenog virusa koji uzročnik smrtnosti među rizičnom djecom osobito u zemljama u razvoju.

64. Poster prezentacija

SAMOMEDIKACIJA ANTIBIOTICIMA MEĐU PACIJENTIMA OBITELJSKE MEDICINE I RODITELJIMA

Redžić L¹, Zalihić A²

¹Odjel za infektivne bolesti, Kantonalna bolnica „Dr. Safet Mujić“ Mostar, Maršala Tita 294, 88000 Mostar

²Odjel obiteljske medicine, Dom zdravlja Mostar, Ul. Hrvatskih branitelja bb, 88000 Mostar

E-adresa: leonorakerelaj@yahoo.com

Uvod: Samomedikacija antibioticima je aktualna u nekim zemljama svijeta. Hipoteza istraživanja: pacijenti zbog gužvi u ambulantama ne mogu čekati pregled te uzimaju antibiotik bez recepta. Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi stupanj samomedikacije među pacijentima obiteljske medicine i roditeljima djece dovedena pedijatru.

Metode: Istraživanje je obuhvatilo pedijatrijske ambulante i ambulante obiteljske medicine Doma zdravlja u Mostaru. Istraživanje je provedeno u travnju 2016. godine. Korištena je anonimna anketa.

Rezultati: Prema rezultatima, 7% roditelja je odgovorilo da su nekad samoinicijativno dali svom djetetu antibiotik, dok je 25% pacijenata obiteljske medicine samoinicijativno uzimalo antibiotik. Kao razlog uzimanja antibiotika većina je navela da im je antibiotik pomogao prošli put kad su osjećali iste tegobe (roditelji 93,1% i pacijenti 58,3%). Najčešći simptomi ili tegoba zbog kojih je uziman antibiotik je grlobolja (roditelji 55,2% i pacijenti 29,3%). Samomedikacija antibioticima je ispitana koristeći omjer izgleda (Odds ratio, OR). Omjer izgleda za samoordiniranje antibiotika kod roditelja je 4,8 puta veći u odnosu na pacijente ($p = 0,0001$, $OR = 4,8$). Žene su sklonije samoordiniranju antibiotika ($p = 0,018$, $OR = 1,9$). Ispitanici s OŠ imaju manji omjer izgleda za samoordiniranje antibiotika ($p = 0,012$; $OR = 0,28$) u odnosu na ispitanike s VSS-om. Ispitanici s primanjima 300-499 KM u odnosu na primanja više od 900 KM imaju manji rizik za samordiniranje antibiotika ($OR = 0,46$ $p = 0,045$).

Zaključak: Roditelji imaju veću sklonost za samoordiniranje od pacijenata. Ispitanici s OŠ imaju manji rizik za samoordiniranje od ispitanika s VSS. Ispitanici s manjim primanjima 300-499 KM u odnosu na primanja više od 900 KM imaju manji rizik za samordiniranje antibiotika.

65. Poster prezentacija

PRIKAZ JEDNOGODIŠNJEG DJEČAKA SA SPONDILODISCITISOM

Zovko Marić A, Grgić S, Soldo I, Boban Raguž A

Klinika za pedijatriju, SKB Mostar, Odjel neuropedijatrije.

E-adresa: anci.zovko@gmail.com

Uvod: Spondilodiscitis je upala intervertebralnog diska i trupa kralješka. Incidencija javljanja je u odraslih 2,4 – 6,5 na 100 000, dok je u djece 0,3 na 100 000. Djeca sa spondilodiscitisom se prezentiraju širokom kliničkom slikom. Iako može biti uzrokovana *Mycobacterium tuberculosis* i zlatnim stafilokokom hemokulture su najčešće negativne, stoga zlatni standard za postavljenje dijagnoze je magnetska rezonanca.

Materijali/ispitanici i metode: Opisat ćemo pacijenta sa spondilodiscitisom.

Rezultati: Jednogodišnji dječak iz prve uredne trudnoće, porod prirodnim putem u očekivanom terminu. Psihomotorni razvoj bio je uredan do početka tegoba, dječak počeo odbijati oslanjati se na noge i hodati, takvo ponašanje traje tri tjedna, izraženo je grčenje u snu, te bolno plače po buđenju. Kliničkim pregledom po buđenju vidljivo je da dječak zauzima antalglični položaj, pri sjedenju plače, tonus donjih ekstremiteta snižen, a tetivni refleksi se teže izazivaju. Na MRI snimcima lumbosakralne regije vidljivo u razini L4-L5 inflamatorna promjena koja zahvaća trupove kralježaka, pedikle te pripadajući intervertebralni disk. Uključena je antibiotska (kroz 6 tjedana) i antituberkulostatska terapija (kroz 4 mjeseca). Po provedenoj terapiji uslijedilo je kliničko i radiološko poboljšanje te potom potpuni oporavak.

Zaključak: U djece s bolovima u kralježnici, osobito s noćim bolovima je potrebno učiniti magnetsku rezonancu radi isključivanja ili potvrde spondilodiscitisa, kako bi se na vrijeme započela odgovarajuća terapija.

66. Poster prezentacija

SEPTIČKI ARTRITIS MULTIPLIH LOKALIZACIJA U TRINAESTOGODIŠNJEG DJEČAKA - PRIKAZ SLUČAJA

Kolobarić A, Letica I, Brkić V

Klinika za dječje bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Kralja Tvrtka, bb Mostar, 88000, Bosna i Hercegovina

E-adresa: anita.kozul@gmail.com

Cilj: Prikazati bolesnika s bakterijemijom i posljedičnim septičkim artritisom multiplih lokalizacija uslijed moguće imunodeficiencije.

Ispitanici i metode: Prikaz slučaja dječaka hospitaliziranog na Odjelu nefrologije Klinike za dječje bolesti SKB Mostar uvidom u medicinsku dokumentaciju.

Prikaz slučaja: Riječ je o trinaestogodišnjem dječaku koji je nakon ambulantnog liječenja amoksisicilin/klavulanskom kiselinom upućen nefrologu radi perzistentne infekcije mokraćnog sustava te skolioze s akutnim nastankom praćene bolovima u lumbalnom dijelu leđa lijevo te lijevoj nozi. Postavi se sumnja na postinfektivni glomerulonefritis uslijed povišenih vrijednosti upalnih parametara uz eritrocituriju, leukocituriju i proteinuriju, te sterilnu urinokulturu. U laboratorijskim nalazima za izdvojiti je normokomplementemija, snižene vrijednosti IgA (0,01), te pANCA iznad referentnih vrijednosti. Inicijalno ordiniran Ceftriakson parenteralno. Petoga dana liječenja po cijelom tijelu uočena jasna stafilodermija, bris nosa pozitivan na *Staphylococcus aureus*. Hemokultura pozitivna na *Moraxella catarrhalis*. CT adomena pokaže otečene bubrege te spondilodiscitis. Osmog dana liječenja Ceftriakson zamijenjen Ciprofloksacinom i Klindamicinom parenteralno. Daljnjom dijagnostikom se pokaže kako je inflamacijom zahvaćeno više lokalizacija uključujući osam kralježaka (sa suspektom frakturom dva kralješka), lijevi sternoklavikularni zglobovi te desna noga u području kuka i gležnja.

Rezultati: Nakon provedenog parenteralnog antibiotskog liječenja kroz šest tjedana, dječak se otpusti na kućno liječenje uz nastavak antibiotske terapije peroralno te korzet imobilizacijom. Šestomjesečno praćenje ukaže na regresiju svih simptoma, uz uredan somatski i neurološki status pacijenta, uredan nalaz MRI torakalne i slabinske kralježnice te uredne parametre bubrežne funkcije.

Zaključak: Septički artritis je upala zglobova izazvana bakterijama od kojih je najčešći uzročnik *Staphylococcus aureus*. Uporaba visokih doza antibiotika je smanjila, ali ne i dokinula potrebu za kirurškim liječenjem. Najčešće je zahvaćen zglobovi kuka, slijedi koljenski zglobovi zatim gležanj, lakat i rame. U 15% slučajeva bolest je poliartrikularna. Promjene u više zglobova su češće u imunokomprimiranih ili u bolesnika s već oštećenim zglobovima (npr. RA, artroza).

67. Poster prezentacija**PROLONGIRANO LIJEČENJE DISEMINIRANE EHINOKOZOZE****Sulaver Ž¹**, Skočibušić S^{1,2}, Nikolić J^{1,2}¹Klinika za infektivne bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Bosna i Hercegovina²Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bosna i HercegovinaE-adresa: zeljana.sulaver@gmail.com

Uvod: Ehinokokoza je parazitarne infekcije uzrokovana ličinkama ehinokoka. Cističnu ehinokokozu izaziva *E. granulosus*, dok rjeđi oblik bolesti, alveolarnu ehinokokozu, izaziva *E. multilocularis*. Uzročnik u tijelu domaćina stvara mjehuraste šupljine ispunjene tekućim sadržajem koje se još nazivaju i hidatidne ciste. Unutar ovih cista stvaraju se čahure legla koje sadrže brojne sitne, infektivne protoskolekse. Najčešća lokalizacija cisti je jetra, potom pluća, ali je moguća infekcija i drugih organa. Infekcija može dugo vremena biti asimptomatska, a simptome najčešće izaziva mehanički pritisak rastuće ciste. Kod simptomatskih cisti liječenje je uglavnom kirurško, a uvođenje kemoterapije antihelminticima poput albendazola značajno je utjecalo na povećanje uspjeha liječenja.

Prikaz bolesnice: U Kliniku za infektivne bolesti zaprimljena je prethodno zdrava 22-godišnja žena koja se klinički prezentirala intenzivnim tupim bolovima u trbuhu. Prethodno je ambulantno učinjena obrada koja je uključivala temeljnu radiološku dijagnostiku, serologiju na ehinokoka i pregled kirurga te je postavljena opravdana sumnja na ehinokoknu bolest. Za vrijeme hospitalizacije učinjena je daljnja dijagnostička obrada te se potvrdilo da se radi o diseminiranoj bolesti koja je zahvatila jetru, slezenu, pluća, bubrege i srce. Započne se liječenje u ciklusima albendazolom 2 x 400 mg peroralno tijekom 28 dana uz 14 dana stanke između ciklusa. Prvi ciklus terapije bolesnica je provela u bolnici. Kroz ambulantno praćenje je tijekom 2 godine provela ukupno 17 ciklusa liječenja albendazolom, terapiju je sve vrijeme dobro podnosila te nije došlo do komplikacija liječenja antihelminticima. U konačnici, dolazi do regresije simptoma, a radiološki je potvrđeno smanjenje veličine cisti. Bolesnica je i dalje na kontinuiranom ambulantnom praćenju u našoj Klinici, od svibnja 2017. godine je na stanci liječenja zbog trudnoće, a nastavak se planira po završetku dojenja.

Zaključak: Prolongirano liječenje albendazolom kod bolesnika s diseminiranom ehinokoknom bolesti dovodi do povoljnog učinka u smislu subjektivnog i objektivnog poboljšanja uz dobro podnošenje terapije.

68. Poster prezentacija

POJAVNOST EPIDEMIČNOG PAROTITISA U HERCEGOVINI

Dalmatin M¹, Skočibušić S^{1,2}, Nikolić J^{1,2}

¹Klinika za infektivne bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Bosna i Hercegovina

²Medicinski fakultet, Sveučilište u Mostaru, Bosna i Hercegovina

E-adresa: monikadalmatin5@gmail.com

Uvod: Parotitis je akutna, zarazna virusna bolest s karakterističnim akutnim povećanjem i bolnošću parotidnih žlijezda. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, a liječenje je potpuno.

Cilj ovog rada bio je istražiti pojavnost, kliničke manifestacije i epidemiološke odrednice oboljelih od epidemičnog parotitisa (EP) koji su liječeni u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar (SKB Mostar).

Ispitanici i postupci: U istraživanje je bilo uključeno oboljelih 145 bolesnika s EP-om, od kojih je 40 hospitalizirano, a 105 liječeno ambulantno, u razdoblju od 1. ožujka 2011. do 31. ožujka 2012. godine. Ulazni parametri bili su: demografske, epidemiološke i kliničke odlike oboljelih od epidemičnog parotitisa. Izlazni parametar je bila pojavnost parotitisa u nepotpuno cijepljenih osoba.

Rezultati: Istraživanje je pokazalo da je pojavnost EP-a u Klinici za infektivne bolesti SKB Mostar, tj. u Hercegovini, u promatranom razdoblju, iznosila 4,4% kao i značajno veću pojavnost EP-a u muškaraca. Najviše bolesnika dolazilo je iz općine Mostar, a dobna skupina s najvećim brojem bolesnika bila je od 15 do 29 godina. Najučestalije su oboljevale nepotpuno cijepljene osobe. U kliničkoj slici hospitaliziranih bolesnika, u značajno većem broju, zahvaćene su obje parotidne žlijezde, a jednostrani orhitis je bila najčešća je manifestacija bolesti.

Zaključak: Pojavnost EP-a u promatranj populaciji se povećala tijekom epidemijskog izbijanja bolesti u FBiH. Bolest se najčešće javljala u muškaraca adolescentne i mlađe životne dobi, koji su u najvećem broju dolazili iz općine Mostar. Bolesnici su bili većinom nepotpuno cijepljeni. Najčešća klinička manifestacija je bila orhitis.

69. Poster prezentacija

REUMATIČNA POLIMIALGIJA I GIGANTOCELULARNI ARTERITIS NAKON SEZONSKOG CIJEPLJENJA PROTIV GRIPE - PRIKAZ SLUČAJA

Soldo Ćorić L¹, Miljko S^{2,3}, Nikolić J^{1,2}, Arapović J^{1,2}

¹Klinika za infektivne bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Bosna i Hercegovina,

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru

³Klinika za unutarnje bolesti i hemodijalizu, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Bosna i Hercegovina

E-adresa: lindasoldocoric1@gmail.com

Cilj: Prikazati bolesnika s reumatičnom polimialgijom i gigantocelularnim arteritisom nakon sezonskog cijepljenja protiv gripe.

Ispitani i metode: Prikaz slučaja bolesnika liječenog u Klinici za infektivne bolesti SKB Mostar uvidom u medicinsku dokumentaciju.

Prikaz slučaja: Radi se o 73-godišnjem bolesniku koji se prezentirao febrilitetom do 38,6°C bez zimice i tresavice uz mialgije u proksimalnim dijelovima udova te ramenom i zdjeličnom obroču, visokim upalnim parametrima i ubrzanom sedimentacijom (SE) eritrocita. Bolesnik je naveo da se mjesec dana ranije cijepio protiv gripe kao i prethodnih nekoliko godina kada je imao slične tegobe koje bi se spontano povukle. Bolesniku je ordinirana antimikrobna terapija, ali bez željenog učinka. S obzirom na dob bolesnika, kliničku sliku, neodgovarajući učinak antimikrobne terapije i laboratorijske nalaze (povišena SE, CRP i Le, uz normalne imunološke markere i CK) posumnja se na reumatičnu polimialgiju. U dogovoru s reumatologom ordinirana je terapija metilprednizolonom nakon koje je bolesnik postao kritički afebrilan uz regresiju ostalih subjektivnih tegoba. Od dodatnih pretraga učinjen je CT toraksa i abdomena koji ukazuje na aneurizmu korijena aorte te abdominalnog dijela aorte što upućuje da se kod bolesnika radi i o pridruženom gigantocelularnom arteritisu. Učinjena je i HLA tipizacija te je dokazano prisustvo genotipa HLA B57, HLA B38 i HLA DRB1. Bolesnik je otpušten nakon tri tjedna bolničkog liječenja na kućno liječenje afebrilan, urednih upalnih parametara i bez tegoba.

Zaključak: Kod starijeg bolesnika, koji je inicijalno liječen kao bakterijemija nepoznatog ishodišta, zapravo se radilo o reumatičnoj polimialgiji i gigantocelularnom arteritisu koji su se javili nakon cijepljenja protiv gripe s jasnom genetskom predispozicijom razvoju ovih bolesti.

70. Poster prezentacija

RETROSPEKTIVNA ANALIZA BOLESNIKA S RENALNIM I PERIRENALNIM APSCESOM LIJEČENIH U KLINICI ZA INFEKTIVNE BOLESTI „DR. FRAN MIHALJEVIĆ“ U DESETOGODIŠNJEM RAZDOBLJU

Puškaric I., Skuhala T, Mudrovčić M, Markotić A

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ Zagreb

E-adresa: ivana.puskaric@bfm.hr

Uvod: Većina renalnih kortikalnih apscesa nastaje hematogenim širenjem iz udaljenih žarišta (čest uzročnik je *Staphylococcus aureus*), dok kortikomedularni i perinefritički apscesi najčešće nastaju kao komplikacija infekcija mokraćnog sustava. CT s primjenom kontrasta je metoda izbora u dijagnostici spomenutih apscesa. Apscesi do 5 cm veličine se mogu pokušati liječiti samo antibioticima, a ako je apsces veći od 5 cm, preporučuje se perkutana drenaža apscesa u kombinaciji s antibiotskim liječenjem ili operacija.

Cilj: Analizirati kliničke, laboratorijske i radiološke pokazatelje te liječenje i ishod bolesti u bolesnika s renalnim ili perinefritičkim apscesom.

Ispitanici i metode: Retrospektivna opisna studija na 34 odrasla bolesnika hospitalizirana u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu s otpusnom dijagnozom renalnog ili perinefritičkog apscesa u desetogodišnjem razdoblju (siječanj 2008. - prosinac 2017.).

Rezultati: Dob bolesnika je bila od 20 do 88 godina (medijan 64 godine), dominirao je ženski spol (76,5%). Uzročnik je bio dokazan u 82,3% bolesnika, najčešće je izolirana *Escherichia coli* (70,6%), od čega ESBL soj 12,5%, zatim *Staphylococcus aureus* (5,9%). Hemokultura je bila pozitivna u 41,2%, a urinokultura u 71,6% bolesnika. Najčešći simptomi bili su: vrućica (100%), tresavica (76,5%), bolovi lumbalno (58,8%), smetnje s mokrenjem (41,1%) i povraćanje (38,2%). Većina bolesnika imala je leukocitozu (88,2%), CRP > 100 mg/L (88,2%), ubranu sedimentaciju eritrocita (90,6%) i leukocituriju (85,3%). Šećerna bolest (26,5%), urolitijaza (26,5%) i bubrežne ciste (20,6%) bili su najčešći predisponirajući čimbenici, dok 41,2% bolesnika nije imalo rizičnih čimbenika. Troje bolesnika (8,8%) imalo je endokarditis sa septičkim komplikacijama (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus gallolyticus*). Apsces je češće zahvaćao lijevi bubreg (61,8%), dok je u 5,9% bolesnika zahvaćao oba bubrega. Najčešći izbor terapije bio je amoksisicilin-klavulanat (58,8%), ciprofloksacin (55,9%) i ceftriakson (29,4%). Kirurško liječenje provedeno je u bolesnika s većim apscesima (14,7%).

Zaključak: Uz ispravno i što ranije započeto liječenje renalnih i prerenalnih apscesa, prognoza bolesti je dobra uz potpuno izlječenje.

71. Poster prezentacija**AKTINOMIKOZA TEMPORALNE KOSTI, MENINGITIS I LIMFADENITIS VRATA - PRIKAZ BOLESNICE**

Knežević S, Slavuljica I, Gorup L, Poljak I, Cekinović Grbeša Đ, Rončević Filipović M, Pavić I, Trošelj Vukić B

Klinika za infektivne bolesti, KBC Rijeka

E-adresa: samira.knezevic.rijeka@gmail.com

Aktinomikoza je rijetka kronična infekcija uzrokovana anaerobnom, gram pozitivnom bakterijom iz roda *Actinomyces*. Većina infekcija je polimikrobijalne etiologije. Prema anatomske lokalizaciji razlikuju se cervikofacijalna, torakalna, abdominalno-zdjelična i cerebralna aktinomikoza, a u generaliziranom obliku infekcija se hematogeno širi do udaljenih organa. Postavljanje dijagnoze otežavaju indolentan tijek bolesti, nespecifični simptomi i otežana izolacija uzročnika. Liječenje aktinomikoze najčešće zahtijeva kombinaciju kirurškog liječenja te dugotrajne antimikrobne terapije s penicilinom kao lijekom izbora.

Prikazan je slučaj aktinomikoze temporalne kosti, meningitisa i limfadenitisa vrata u imunokompetentne bolesnice s anamnezom povremene sekrecije iz uha nakon traume starijeg datuma. Prezentirala se glavoboljom, povraćanjem i vrtoglavicom u trajanju od dva tjedna. Analizom cerebrospinalnog likvora dokazana je infekcija središnjeg živčanog sustava s mononuklearnom pleocitozom, proteinorahijom i hipoglukorahijom. Mikrobiološka analiza cerebrospinalnog likvora ostala je negativna, a MSCT temporalne kosti verificirao je masu u području srednjeg uha s destrukcijom krova piramide. Bolesnica je podvrgnuta radikalnoj trepanaciji piramide temporalne kosti, a iz intraoperativno uzorkovanog materijala porasli su *Actinomyces spp.* i *Pseudomonas aeruginosa*. U tijeku liječenja verificirana je i nekrotična masa u području vrata zbog čega je također podvrgnuta operativnom zahvatu. Kombinirana antimikrobna terapija provedena je meropenemom i ciprofloksacinom po dva tjedna i penicilinom G tijekom šest tjedana. Bolesnica je otpuštena iz Klinike u dobrom općem stanju i urednog neurološkog statusa, a liječenje je nastavljeno penicilinom V do ukupno godinu dana.

Kombinirano kirurško i dugotrajno antimikrobno liječenje pokazalo se uspješnim u ove bolesnice i nije došlo do relapsa bolesti.

72. Poster prezentacija

KONATALNA TOKSOPLAZMOZA U NOVOROĐENČETA S INCONTINENTIA PIGMENTI – SIMPTOMATSKA ILI ASIMPTOMATSKA INFEKCIJA?

Sipl M¹, **Valenčak-Ignjatić I²**, Didović D², Tešović G^{2,3}

¹Klinika za pedijatriju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

²Zavod za infektivne bolesti djece, Klinika za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević», Zagreb, Hrvatska

³Sveučilište u Zagrebu, Medicinski Fakultet, Zagreb, Hrvatska

E-adresa: ivanavalencak@gmail.com

Uvod: Konatalni oblik toksoplazmoze javlja se u novorođenčadi čije su majke neposredno prije začeća ili tijekom trudnoće akvirirale infekciju parazitom *Toxoplasma gondii*. Težina kliničke slike ovisi o razdoblju akviriranja infekcije za vrijeme trudnoće, a uključuje hidrocefalus, intraparenhimalne kalcifikacije, psihomotornu retardaciju, cerebralne napadaje, hiperproteinuriju, korioretinitis, uveitis, mikrooftalmiju, kataraktu i oštećenja sluha. Incontinentia pigmenti (IP, Bloch-Sulzbergerov sindrom) je X-vezana bolest čija je incidencija 1 : 40 000. Primarno zahvaća žensku djecu i letalna je u većine muške djece za vrijeme fetalnog života.

Prikaz slučaja: Prikazujemo žensko nedonošče, gestacijske dobi 36 tjedana, kod kojeg su odmah pri rođenju bile prisutne pustulozne, vezikulozne i hemoragične promjene po koži trupa i ekstremiteta uz rascjep mekog nepca. Iz učinjene dijagnostičke obrade ističemo apsolutnu eozinofiliju, pozitivnu serologiju na *Toxoplasma gondii*, prisutnost parazita u krvi dokazanu lančanom reakcijom polimerazom i proteinuriju. Aparaturnim pretragama uočeni su ovalni hiperehogeni odjeci obostrano frontoparijetalno, koji mogu odgovarati kalcifikatima, te bilateralna preretinalna i retinalna krvarenja. Nakon potvrđene infekcije toksoplazmom započeta je terapija pirimetaminom, sulfadiazinom i foliničnom kiselinom. Međutim, zbog kliničke sumnje na IP učinjena je patohistološka obrada kožnih promjena koja je odgovarala kliničkoj dijagnozi. Dijagnoza sporadične IP postavlja se klinički ukoliko su prisutna dva ili više major ili jedan major i jedan ili više minor kriterija. U major kriterije ubrajamo tipične kožne lezije distribuirane po Blaschkovim linijama, a u minor kriterije anomalije zuba, očiju, središnjeg živčanog sustava, nepca, tipičan patohistološki nalaz kožne promjene, eozinofiliju, itd. S obzirom na preklapajuću simptomatologiju, zasada ne možemo tvrditi jesu li simptomi posljedica infekcije, genetske bolesti ili kombinacije.

Zaključak: Kod novorođenčeta od simptoma koji mogu biti uzrokovani konatalnom toksoplazmozom ističemo okularne manifestacije, suspektne intracerebralne kalcifikacije te proteinuriju. Zbog preklapajućih simptoma konatalne toksoplazmoze i IP, radi li se o simptomatskoj ili asimptomatskoj toksoplazmi moći ćemo definirati tek nakon provedene terapije.

73. Poster prezentacija**ANTIMIKROBNO LIJEČENJE OROFARINGEALNOG MUKOZITISA TIJEKOM RADIO(KEMO)TERAPIJSKOG LIJEČENJA PACIJENATA S TUMORIMA GLAVE I VRATA – ISKUSTVA KLINIKE ZA ONKOLOGIJU SKB MOSTAR****Berić Jozić G**, Tica Sedlar I

Klinika za onkologiju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

E-adresa: gordanabj1@gmail.com

Uvod: Orofaringealni mukozitis je uobičajena nuspojava tijekom liječenja pacijenata s tumorima glave i vrata radio(kemo)terapijom. Manifestira se eritemom, ulceracijama, izraženim bolovima, a do 85% pacijenata zahtijeva tekuću ishranu ili ima onemogućen unos hrane/tekućine (WHO gradus 3/4 ili NCI CTC v.4.03 gradus 2/3). Mukozitis je ograničavajući čimbenik tijekom liječenja te su simptomatsko - suportivne mjere neophodne za održavanje kvalitete radio(kemo)terapije. Značajno pogoršanje može uzrokovati lokalna infekcija ili trauma. Uloga antimikrobne terapije u prevenciji i liječenju je diskutabilna. Rezultati istraživanja su uglavnom negativni ili miješani za većinu lijekova.

Cilj je prikazati učestalost orofaringealnog mukozitisa i primjene antimikrobne terapije u njegovoj prevenciji i liječenju na Klinici za onkologiju SKB Mostar.

Materijali i metode: Retrospektivna analiza pacijenata liječenih od siječnja 2014. do lipnja 2018 na Klinici za onkologiju. Podaci su prikupljeni iz Bolničkog informacijskog sustava (BIS) za pacijente liječene zbog tumora glave i vrata, radioterapijskim dozama 50 – 70 Gy $\pm$ kemoterapijom. Praćena je pojavnost mukozitisa gradusa ≥ 2 (NCI CTCAE v.4.03) te primjena antimikrobnih lijekova u preventive i/ili terapijske svrhe.

Rezultati: Radioterapijom je liječeno 99 pacijenta s tumorom glave i vrata. Konkomitantna kemoterapija je ordinirana kod njih 51 (51,5%). Mukozitis gradusa ≥ 2 je zabilježen u 76 pacijenata (76,8%). 12 pacijenata (12,1%) je liječeno lokalnom primjenom nistatina, mikonazolom 1 pacijent i klorheksidinom 1 pacijent. Svi oni su imali mukozitis gradus ≥ 3 , 2/3 (9 od 14) je primalo konkomitantnu kemoterapiju. Mikrobiološka analiza nije rađena prije ordiniranja antimikotika.

Zaključak: Učestalost orofaringealnog mukozitisa tijekom radio(kemo)terapijskog liječenja pacijenata s tumorima glave i vrata na Klinici za onkologiju SKB Mostar je očekivana i sukladna objavljenim podacima. Primjena antimikrobnih lijekova je uglavnom ograničena na lokalnu primjenu antimikotika u terapijske svrhe. Smjernice za prevenciju i liječenje oralnog mukozitisa (MASCC/ISOO, NCCN, ESMO) uglavnom ne preporučuju primjenu preparata s klorheksidinom, a za nistatin i mikonazol ne postoje jasne smjernice.

74. Poster prezentacija**PREPLAVLJUJUĆA STRONGILOIDOZA U BOLESNIKA S NON-HODGKINOVIM LIMFOMOM) – PRIKAZ BOLESNIKA****Vicković N**, Desnica D

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević, Zagreb

E-adresa: nina_vickovic@yahoo.com

Strongiloidoza je parazitarna bolest uzrokovana s nematodom *Strongyloides stercoralis*, koja je najčešće asimptomatska i prezentira se povišenim vrijednostima eozinofila u krvnoj slici ili/i blagim bolovima u abdomenu uz blažu dijareju. U oko petine bolesnika pojavljuju se karakteristične linearne urtike koje brzo nestaju i ponovno se pojavljuju najčešće na koži gluteusa, donjeg dijela leđa i trbuha. U bolesnika s oslabljenim imunitetom (neoplazma, bolesnici pod kortikosteroidnom i imunosupresivnom terapijom, proteinska malnutricija, hipogamaglobulinemija) može doći do teškog oblika bolesti - hiperinfekcije čija je smrtnost i do 85%. Prezentirat ćemo 60-godišnjeg bolesnika koji se unatrag nekoliko mjeseci liječio po hematologu zbog non-Hodgkinovim limfomom plaštene zone te je primio 5 ciklusa kemoterapije po R-CHOP protokolu (rituximab, ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin, prednizon), uz nastavak terapije metilprednizolonom. Premješten je u Kliniku za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ iz Kliničkog bolničkog centra „Zagreb“ gdje je primljen radi obrade kašlja i otežanog disanje te su mu tijekom obrade u iskašljaju dokazane filariformne ličinke *Strongyloides stercoralis*. U našoj Klinci su dokazane rabditiformne i filariformne ličinke *Strongyloides stercoralis* u stolici. Odmah po prijemu započeta je terapija albendazolom i kombinirana parenteralna antimikrobna terapija uz postepeno ukidanje metilprednizolona. No usprkos svim poduzetim mjerama liječenja tijekom boravka se komplicirao razvojem paralitičkog ileusa i respiratorne insuficijencije radi čega dolazi do smrtnog ishoda. Ovaj prikaz je zanimljiv i poučan jer se možda mogao izbjeći smrtni ishod da je prije započinjanja kemoterapije učinjena parazitološka obrada stolica i provedeno liječenje strongiloidoze, jer se non-Hodgkinovim limfom u ovog bolesnika prezentirao bolovima u zglobovima, gubitom na težini te anemijom i eozinofilijom u perifernoj krvi.

75. Poster prezentacija

TUBERKULOZA U IMUNOKOMPETENTNOG DOJENČETA: PRIKAZ SLUČAJA

Prtorić L¹, Stevanović V¹, Barušić Z¹, Roglić S¹, Tešović G^{1,2}

¹Zavod za infektivne bolesti djece, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb, Hrvatska

²Medicinski Fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska

E-adresa: aurapp3@gmail.com

Uvod: Incidencija tuberkuloze je u padu u razvijenim zemljama svijeta, međutim i dalje ostaje važan javnozdravstveni problem. Hrvatska se stopom incidencije od 10,6 na 100000 stanovnika nalazi u europskom prosjeku. Djeca najčešće obolijevaju ubrzo nakon infekcije te su indikator transmisije tuberkuloze u populaciji. Rizik od razvoja diseminirane infekcije i meningitisa je najviši u onih mlađih od dvije godine te u prikazu naglašavamo važnost ranog postavljanja dijagnoze i započinjanja liječenja.

Ispitanici i metode: Prikazali smo žensko dojenče u dobi od 5 tjedana hospitalizirano u Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u lipnju 2018. godine. Korišteni su podaci iz medicinske dokumentacije.

Rezultati: Imunokompetentno žensko dojenče u dobi od 5 tjedana hospitalizirano je radi dijagnostičke obrade zbog dokazane plućne tuberkuloze u majke. U rodilištu je BCG-irano. Dojenče je bilo afebrilno, urednog somatskog statusa, napredovalo je na tjelesnoj težini, a druge simptome izuzev kašlja nije imalo. Učinjen rendgenogram pluća je bio uredan. IGRA test je bio pozitivan, ali u mikroskopskom razmazu lavata želuca nisu nađeni acidorezistentni bacili. Molekularnim Xpert MTB-RIF testom dokazan je *M. tuberculosis* iz želučanog lavata, a naknadno je pristigla i pozitivna kultura. Lumbalnom punkcijom isključena je infekcija središnjeg živčanog sustava. Započeto je liječenje antituberkuloticima koje dobro tolerira i napreduje na tjelesnoj težini.

Zaključak: Incidencija tuberkuloze u djece u Republici Hrvatskoj je niska, a najveći broj primarnih tuberkuloza pluća u djece je asimptomatski te je pozitivna epidemiološka anamneza indikativna za postavljanje sumnje na infekciju. Dojenčad i djeca do 2 godine starosti zbog nezrelosti imunološkog sustava imaju povećan rizik od razvoja ozbiljnih oblika bolesti s nepovoljnim ishodom te je zato potrebno pravodobno postaviti dijagnozu i započeti liječenje. Liječenje plućne tuberkuloze se u područjima niske prevalencije HIV-a i rezistencije na izoniazid provodi dvomjesečnim režimom izoniazida, rifampicina i pirazinamida nakon kojeg slijedi terapija izoniazidom i rifampicinom u trajanju od 4 mjeseca.

76. Poster prezentacija

NEUROTOKSIČNE MANIFESTACIJE DEJSTVA OTROVA POSKOKA - prikaz slučaja

Firesku-Govedarica J

Univerzitetska bolnica Foča

E-adresa: firesku@yahoo.com

Uvod: Od približno 3500 poznatih vrsta zmija, samo je njih 10% otrovno za čovjeka. U našem podneblju su značajne dvije otrovnice: šarka ili riđovka (*Vipera berus*) i poskok (*Vipera ammodytes*). Zmijski otrovi predstavljaju mješavinu više toksičnih proteina i enzima koji imaju raznovrstan mehanizam djelovanja (neurotoksini, hemolizini, kardiotoksini, holinesteraze itd.). Otrov poskoka sadrži neurotoksin.

Na kliničku sliku i ishod utiču:

- starost i zdravstveno stanje - djeca su više ugrožena
- lokalizacija ujeda
- vrsta i veličina zmije
- broj i trajanje ujeda
- tjelesni napor (kretanje, trčanje)
- godišnje doba.

Cilj rada: Prikazati neurotoksične manifestacije dejstva otrova poskoka.

Prikaz slučaja: Dječak starosti 9,5 godina je bio hospitalizovan zbog ujeda zmije u području hipotenara desne šake. Berući mahovinu je osjetio jak bol u području šake. Trčao je kući nakon što je ugledao sivu zmiju. Nakon 15-ak minuta su ga roditelji odveli u nadležni DZ gdje su ordinirali: serum antiviperinum, antihistaminike i simptomatsku terapiju. Transportovan je u pratnji medicinske sestre sanitetskim vozilom u našu ustanovu. U transportu je povratio 5-6 puta. Dijete je iz Gacka, do hospitalizacije zdravo. Na prijemu: Na hipotenaru desne šake su dvije ujedne ranice razmaka 15 mm, šaka i podlaktica su jako otečene i lividne. Lab. analize na prijemu: Le: 16,6, Tr: 81, P.V.: 18" (46,1%), INR: 1,60. Ostali nalazi su u referentnim vrijednostima. Ordinirana je simptomatska i antibiotska terapija uz antitetanusnu zaštitu. Drugi dan hospitalizacije se žalio na zamućen vid i došlo je do ptoze kapaka. Pravio je konvergentni strabizam lijevog oka. Motilitet mekog nepca je bio smanjen. Otok se širio do ramenog zgloba. Pregledali su ga pedijatar i oftalmolog. Kontrolne lab. analize: Le: 12,5, Tr: 253. Ptoza kapaka i otok ruke su se postepeno povlačili.

Zaključak: Kod djece ujed poskoka daje težu kliničku sliku jer je veća količina otrova na jedinicu tjelesne mase. Ptoza kapaka je izazvana neurotoksičnim dejstvom tog otrova. Trčanje do kuće je ubrzalo distribuciju otrova.

77. Poster prezentacija**TERAPIJSKI PRISTUP TE KLINIČKE I SOCIO-EPIDEMIOLOŠKE ZNAČAJKE LIJEČENJA AKUTNE MONONUKLEOZE UZROKOVANE VIRUSOM EPSTEIN-BARR U SVEUČILIŠNOJ KLINIČKOJ BOLNICI MOSTAR****Komšić M¹**, Šušak B^{1,2}, Nikolić J^{1,2}, Arapović J^{1,2}¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bijeli Brijeg bb, Mostar, B&H²Klinika za infektivne bolesti Sveučilišne kliničke bolnice Mostar, Kralja Tvrtka bb, Mostar, B&HE-adresa: martinakomsic1809@gmail.com

Uvod: Cilj ovog rada bio je dokazati brži oporavak kod bolesnika liječenih antibioticima s kliničkom slikom srednje teške mononukleoze i patomorfološkim nalazom na ždrijelu te karakterizirati kliničke i socio-epidemiološke značajke infektivne mononukleoze.

Ispitanici i metode: Istraživanje je uključilo 101 bolesnika liječenih od akutne infektivne mononukleoze uzrokovane virusom *Epstein-Barr* u Klinici za infektivne bolesti SKB Mostar u vremenskom razdoblju od 1. siječnja 2012. do 31. prosinca 2017. godine. Iz istraživanja su isključeni bolesnici oboljeli od nespecificirane infektivne mononukleoze, mononukleoze uzrokovane citomegalovirusom i toksoplazmom i ambulantno liječeni bolesnici. Za statističku analizu rabljen je programski sustav SPSS for Windows (inačica 23.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excel (inačica 10, Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Za usporedbu nominalnih varijabli korišten je χ^2 test i Fisherov egzaktni test.

Rezultati: Oba spola su podjednako obolijevala ($P = 0,619$). Značajan broj bolesnika pripadao je dobnoj skupini od 18 do 30 godina ($P < 0,001$). Većina bolesnika bila je iz grada ($P < 0,001$). Nije bilo razlike u pojavnosti s bolesti obzirom na godišnja doba ($P = 0,165$). Značajan broj bolesnika imao je tonzilitis ($P < 0,001$), limfadenopatiju ($P < 0,001$) i hepatosplenomegaliju ($P < 0,001$). Značajan broj bolesnika imao je povišenu tjelesnu temperaturu $\geq 39^\circ\text{C}$ prije prijama ($P < 0,001$), a kod većine bolest ($P < 0,001$) i povišena tjelesna temperatura ($P < 0,001$) su trajali do tjedan dana prije prijama. Nije bilo razlike u vrijednostima CRP-a ($P = 0,230$), leukocita ($P = 0,204$), AST ($P = 0,354$), ALT ($P = 1,687$), LDH ($P = 0,567$) i bilirubina ($P = 0,491$) na prijamu u bolesnika koji su uzimali antibiotike u odnosu na one koji nisu uzimali antibiotsku terapiju. Nije bilo razlike u duljini hospitalizacije ($P = 0,261$) i danima potrebnim za normalizaciju povišene tjelesne temperature ($P = 0,813$) onih bolesnika koji su liječeni antibioticima u odnosu na one bolesnike koji su liječeni simptomatski.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo da primjena antibiotika nema prednost u vidu skraćenja boravka u bolnici i trajanja povišene tjelesne temperature nad primjenom samo simptomatske terapije u terapiji infektivne mononukleoze.

78. Poster prezentacija

POTROŠNJA ANTIMIKROBNIH LIJEKOVA U PERIODU OD 01. 03. 2009. DO 01. 03. 2014. ZA SVEUČILIŠNU KLINIČKU BOLNICU MOSTAR

Fideršek V¹, Grgić S², **Markotić F³**

¹Služba za medicinsku opskrbu, SKB Mostar

²Klinika za infektivne bolesti, SKB Mostar

³Centar za kliničku farmakologiju, SKB Mostar

E-adresa: filipa.markotic@gmail.com

Uvod: Analize potrošnje lijekova omogućuju praćenje i ocjenjivanje utjecaja i svih događaja vezanih uz propisivanje, izdavanje, primjenu i uzimanje lijekova. Praćenje potrošnje lijekova ima za glavni cilj racionalizaciju propisivanja lijekova. Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) u studijama praćenja potrošnje lijekova primjenjuje se ATK/DDD sustav (DDD = definirane dnevne doze; ATK = anatomsko terapijsko kemijska – klasifikacija). Primjena tog međunarodnog standarda omogućuje usporedbe i praćenja potrošnje lijekova između zdravstvenih ustanova, regija ili zemalja. Istraživanje provedeno u Norveškoj u periodu 2006. - 2011. godina našlo je da je potrošnja antimikrobnih lijekova bila 62,7 – 73,0 DDD na 100 BOD. Također su našli da je potrošnja antimikrobnih lijekova bila manja u sveučilišnim zdravstvenim ustanovama nego u nesveučilišnim. Međunarodna multicentrična studija je našla da je raspon potrošnje antimikrobnih lijekova u bolnicama 30 - 111 DDD/100 BOD. Studija provedena u 139 europskih bolnica našla je da je prosječna potrošnja antibiotika 49,6 DDD/100 BOD. Druga međunarodna multicentrična studija provedena u 25 bolnica u Cipru, Egiptu, Jordanu, Libanonu, Malti, Tunisu i Turskoj našla je da je potrošnja antimikrobnih lijekova bila u prosjeku 112 DDD/BOD, raspona 84 - 428 DDD/BOD.

Cilj analize potrošnje antimikrobnih lijekova od 01. 03. 2009. do 01. 03. 2014. godine je utvrđivanje postojećeg stanja i razvoja trenda.

Hipoteza: Potrošnja antimikrobnih lijekova u SKB Mostar će biti manja od 50 DDD/100 BOD.

Materijali i metode: Podatke o potrošnji antimikrobnih lijekova smo preuzeli iz informatičke baze podataka SKB Mostara, a ATK klasifikaciju s DDD-ovim iz baze SZO u Norveškoj. Analiziran je period od 01. 03. 2009. godine do 01. 03. 2014. godine.

Rezultati: U periodu od 01. 03. 2011. do 01. 03. 2014. godine u SKB Mostaru je ostvareno ukupno 885840 bolničko-opkrbnih dana (BOD). Potrošnja antimikrobnih lijekova je bila 36,11 DDD na 100 BOD, a ukupni troškovi za antimikrobne lijekove su bili 9283171,61 KM.

Zaključak: Rezultati studije potrošnje antimikrobnih lijekova pokazuju da je 36,11% hospitaliziranih bolesnika tijekom perioda 01. 03. 2009. - 01. 03. 2014. vjerojatno primalo neki antimikrobni lijek.

79. Poster prezentacija

EPIDERMALNA TOKSIČNA NEKROLIZA – PRIKAZ BOLESNIKA

Benedeti Češko S

Klinika za unutarnje bolesti, SKB Mostar

E-adresa: silvija.benedeticesko@gmail.com

Bolesnica u dobi od 50 godina hospitalizirana zbog makuloznog osipa po tijelu. Osip se najprije javlja na udovima, te potom širi po cijelom tijelu uz ljuštenje kože i bolnost te erodirane sluznice usne šupljine s posljedičnim kapilarnim krvarenjem. Tegobe se javljaju treći dan po uzimanju analgetika (Zaracet tbl i Oximal tbl). Analgetici uključeni u terapiju od neurologa, a zbog bolova u lumbosakralnom dijelu kralježnice i nogama, praćenih parastezijama.

Radi se o bolesnici s terminalnim stadijem bubrežnog zatajenja na hemodijaliznom tretmanu. Unatrag mjesec dana operirana. Učini se histerektomija i obostrana adnektetomija (PHD - *leomyomatoma corporis uteri, cervicitis chr. partim metaplastica, leomyoma, endometriosis ovarii*).

Tijekom hospitalizacije pregledana od dermatologa, oftalmologa, kirurga. Dijagnoza se postavlja već na temelju anamneze i fizikalnog pregleda. S obzirom na zahvaćenost tijela promjenama - 75%, radilo se o teškom stupnju. Četvrtog dana dolazi do ireverzibilnog hemoragijskog šoka zbog razvoja akutnog abdomena s distenzijom cirjeva kao vjerojatna posljedica kapilarnog krvarenja vidljivog duž sluznice cijelog probavnog sustava bez indikacije za kirurški tretman te letalni ishod nastupi petog dana liječenja.

Iako je bolesnica liječena prema važećem protokolu za liječenje epidermalne toksične nekrolize (supportivnom, supstitucijskom, kortikosteroidnom i antibiotskom terapijom), nije bilo adekvatnog odgovora na ordiniranu terapiju zbog progresivnog tijeka bolesti.

80. Poster prezentacija

**KOMPARACIJA KLINIČKOG TOKA PERINATALNE VARIČELE NAKON
TRETMANA VARIČELA ZOSTER HUMANIM IMUNOGLOBULINIMA G (HIGG) I
ACIKLOVIROM**

Ibrahimagić-Suljić E, Hadžić E, Alić E, Škrijelj V

Odjel za Infektivne bolesti, Kantonalna bolnica Zenica, Bosna i Hercegovina

E-adresa: enisa.dr@icloud.com

Varičela zoster virus pripada skupini herpes virusa i uzrokuje varičelu. Perinatalno akvirirana infekcija i klinički razvijena bolest u neonatalnom periodu, uslijed nezrelosti imuniteta djece i nedostatka pasivnog imuniteta od majki, nosi sa sobom veliki rizik od smrtnosti (30%) ili rizik od razvoja teške kliničke slike.

Cilj rada je prikazati dvije studije slučaja perinatalne varičele, te komparirati klinički tok uz profilaktičku primjenu varičela zoster HIGG, i bez primjene istog u drugom slučaju.

Klinički tok pacijenta koji je primio profilaktički varičela zoster HIGG je bio povoljniji, pacijent liječen ambulantno, tretman kraće trajao i nije zahtijevao primjenu antiviralne terapije aciklovirom.

S obzirom na veliku rasprostranjenost infekcije varičela zoster virusom, komplikacije koje mogu nastati tokom infekcije u trudnoći, visoku smrtnost i tešku kliničku sliku u perinatalno akviriranom periodu, treba ispitati mogućnost uvođenja vakcine protiv varičele u redovni program imunizacije.

81. Poster prezentacija**EPIDEMIJA IZAZVANA PARAINFLUENZA VIRUSOM TIP 3 U ŠTIĆENIKA CENTRA ZA ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM I TEŠKOĆAMA U RAZVOJU****Huljev E¹**, Čivljak R^{1,2}, Rajić Torić I¹, Kotarski V¹, Turčić N³, Ljubin-Sternak S^{2,4}¹Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb³Dom zdravlja Zagrebačke županije, ispostava Dugo Selo, Dugo Selo⁴Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, ZagrebE-adresa: rok.civljak@gmail.com

Uvod: Parainfluenza virus (PIV) česti je uzročnik akutnih respiratornih infekcija (ARI) koje se mogu pojaviti sporadično i epidemijski. Cilj rada bio je istražiti etiologiju, epidemiološke i kliničke osobitosti epidemije akutne respiratorne bolesti u štićenika centra za osobe s invaliditetom.

Ispitanici i metode: Provedeno je retrospektivno istraživanje epidemije u Centru za rehabilitaciju Stančić u Dugom Selu u kojemu se pružaju usluge smještaja i rehabilitacije odraslih osoba s invaliditetom i teškoćama u razvoju (tjelesnim, intelektualnim, osjetilnim i/ili mentalnim oštećenjima). U Centru je smješteno 203 štićenika raspoređenih u 10 odjela. Za etiološki dokaz uzročnika ARI korištene su metode: hemokulture, dokaz legionela antigena u urinu te multipleks-PCR za detekciju respiratornih virusa iz obrisa každrijela i nazofarinksa kojima se otkrivaju adenovirus, koronavirus 229E/NL63 i OC43, PIV tip 1, 2, 3 i 4, influenza virus tip A i B, respiratorni sincicijski virus tip A i B, metapneumovirus, bokavirus, rinovirus i enterovirus.

Rezultati: Od 22. lipnja do 3. srpnja 2018. godine u Centru je izbila epidemija ARI tijekom koje je u 5 odjela u kojima je inače smješteno 106 štićenika oboljelo 23 (21,7%) štićenika. Oboljeli su bili prosječne dobi 46 godina (raspon 22 – 73 godine); 19 (82,6%) ispitanika bilo je muškog spola. Svi bolesnici bili su febrilni uz opći alglički sindrom i simptome gornjeg dišnog sustava. Od 23 bolesnika, 6 (26,1%) je razvilo pneumoniju zbog čega su hospitalizirani i liječeni u Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu. Bolest je trajala prosječno 9,7 (raspon 4 – 28) dana, a u većine ambulantno liječenih bolesnika bila je blažeg kliničkog tijeka. Svi bolesnici hospitalizirani zbog pneumonije otpušteni su nakon 4 – 12 dana kao izliječeni. U svih bolesnika ishod bolesti bio je povoljan. Multipleks-PCR metodom je u obriscima 18/23 (78,3%) dokazan PIV tip 3, u uzorcima troje bolesnika nije dokazan ni jedan virus, dok se rezultati testa za dva bolesnika nisu mogli interpretirati. Drugim mikrobiološkim metodama nije dokazan ni jedan drugi uzročnik ARI. Niti u jednog zaposlenika Centra nisu registrirani simptomi ARI za vrijeme trajanja epidemije.

Zaključak: Parainfluenza virus tip 3 značajan je uzročnik ARI koja se može komplicirati pneumonijom. Multipleks-PCR doprinosi sveobuhvatnijoj i bržoj etiološkoj dijagnozi ARI, pravodobnom razjašnjavanju etiologije epidemija te posljedično bržem uvođenju mjera za sprečavanje i kontrolu istih u domovima za kronični smještaj.

82. Poster prezentacija**OBILJEŽJA I ISHODI SINDROMA TEŠKE AKUTNE RESPIRATORNE INFEKCIJE KAO POKAZATELJ TEŠKIH OBLIKA INFLUENCE****Bagić M¹**, Čeljuska Tošev E², Draženović V³, Huljev E², Tomasović D², Al-Mufleh M⁴, Rajić Torić I², Kuzman I^{1,2}, Čivljak R^{1,2}¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb²Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb⁴Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb³Županijska bolnica Čakovec, ČakovecE-adresa: moris.bagic@gmail.com

Uvod: Influenca je sezonska bolest koja zahvaća respiratorni sustav i značajan je uzrok pobola i smrtnosti pučanstva. Virusi influence neprestano se mijenjaju i odgovorni su za epidemije koje se pojavljuju svake godine u zimskim mjesecima, te uzrokuju teške oblike bolesti u osoba s rizičnim čimbenicima. Pojava pandemijskog virusa influence A(H1N1)pdm09 naglasila je važnost uspostave sustava nadzora i praćenja influence, a jedna od mogućnosti je praćenje sindroma teške akutne respiratorne infekcije (SARI, engl. *Severe Acute Respiratory Infection*) kao pokazatelj učinka influence na zdravlje pučanstva, osobito pobol i smrtnost, neovisno o dokazanim slučajevima influence.

Ispitanici i metode: Provedeno je prospektivno istraživanje u odraslih bolesnika hospitaliziranih u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu. Istraživanje je provedeno tijekom epidemije influence 2017./2018. godine. Za definiciju SARI korištena je definicija slučaja Svjetske zdravstvene organizacije. Podatci o obilježjima i ishodima uzeti su iz prijemnog i otpusnog lista svakog ispitanika. RT-PCR je bila metoda kojom je laboratorijski potvrđena influenza.

Rezultati: Tijekom istraživanih razdoblja hospitalizirano je 497 odraslih bolesnika sa sindromom SARI. Tjedni broj slučajeva SARI odgovarao je broju slučajeva influence. Najčešći simptomi i znakovi bolesti bili su: kašalj (100%), vrućica (96,4%), tahipneja i/ili dispneja i/ili bol u prsima (70%). Konačne otpusne dijagnoze u bolesnika bile su: akutna respiratorna infekcija u 429 (86,3%), sepsa u 34 (6,8%), uroinfekcija u 10 (2%), ostale infektivne bolesti u 19 (3,6%) te nejasno febrilno stanje u 6 (1,2%) bolesnika. Klinička dijagnoza influence potvrđena je u 264 (53,1%), a etiološki potvrđena u 204 (41%) bolesnika. Indikaciju za cijepljenje protiv influence imalo je 439 (88,3%) bolesnika, a cijepljeno je bilo svega 71 (14,3%). Smrtnost među bolesnicima sa sindromom SARI iznosila je 8%.

Zaključak: Praćenje sindroma SARI pokazalo se kao dobar pokazatelj aktivnosti virusa influence u populaciji i teških kliničkih oblika influence. Unapređenje nadzora i praćenja SARI pružilo bi javnozdravstvenim ustanovama korisne informacije te omogućilo bolje planiranje odgovarajućih intervencija u prevenciji i zbrinjavanju influence.

INDEKS AUTORA

- Ahmetagić S, 7,8,13,42
 Alić E, 14,19,50,102
 Al-Mufleh M, 19,104
 Arapović J, 7,9,17,18,19,82,91,99
 Babić-Erceg A, 12,35
 Bagić M, 19, 104
 Baljić R, 8,9,11,13,15,16,28,47,63,72
 Barbić Lj, 12,35
 Baršić B, 14,52
 Barušić Z, 19,97
 Bebek Ivanković H, 8
 Begić A, 17,83
 Begovac J, 8
 Begović Kuprešanin V, 7,12,13,33,43
 Benedeti Češko S, 19, 101
 Berić Jozić G, 18,95
 Betica Radić Lj, 14,58
 Biondić D, 12,35
 Boban Raguž A, 18,87
 Bogdanić M, 12,35
 Bojanić J, 16,71
 Bosilkovski M, 7, 11,12,21,36,
 Brčaninović M, 14,56
 Brkić V, 18,88
 Brzica J, 17,85
 Cana F, 12,36
 Cekinović Grbeša Đ, 18,93
 Cetinić Balent N, 17,79
 Cvetanovska M, 14,55
 Cvetko Krajnović L, 11,22
 Čanović P, 14,51
 Čanović S, 12, 32, 38
 Čeljuska Tošev E, 19,104
 Čivljak R, 8,9,19,68,103,104
 Čolić S, 14,56
 Čuković O, 15,60
 Ćurčić P, 13,43
 Dalmatin M, 18,19
 Delić D, 11,24
 Demiri I, 12,14,36,55
 Derviškadić N, 12,31
 Didović D, 17,18,78,94
 Didović Pavičić A, 12,32,38
 Dimzova M, 12,36,
 Dizdarević A, 16,72
 Dizdarević I, 15,17,61,83
 Doder R, 12,37
 Draženović V, 19,104
 Drljević E, 7,11,14,26,50
 Duvnjak M, 12,35
 Dželalija B, 15,17,64,81
 Đaković Rode O, 7,11,17,22,23,79
 Elez M, 13,43
 Fideršek V, 19,100
 Firesku-Govedarica J, 16,19,76,98
 Gaković V, 11,24
 Gazibera B, 11,13,15,28,47,63
 Gojak R, 11,13,15,16,17,28,30,44,47,
 59,63,72,83,
 Gorup L, 18,93
 Grebenarević J, 16,70
 Grgić S, 8,9,17,18,19,80,87,100
 Grozdanovski K, 8,14,55
 Grubišić B, 12,35
 Hadžić E, 8,14,19,56,102
 Hadžimulić I, 11,24
 Hadžiosmanović V, 7,8,13,44,47,48
 Hadžović-Čengić M, 11,12,15,17,28,
 29,39,59,83
 Halilović Z, 11,26
 Hondo E, 14,50
 Hristović D, 13,43
 Hrvo S,15,16,17,59,61,72,83
 Huljev E, 19,103,104
 Ibrahimagić-Suljić E, 14,19,50,102
 Ibrahimpašić N, 11,17,24,83,
 Jahić R, 9,13,16,43,73
 Jemeršić L, 12,35
 Jerković Raguž M, 17,85
 Jovelić A, 12,37
 Jović-Đokanović O, 16,77
 Jurić A, 16,69
 Jusufi-Hurić I, 11,15,28,59,63
 Kaić B, 12,35
 Karić U, 16,70
 Karlović K, 17,82
 Karlović Z, 15,62
 Kasapović D, 11,12,25,34
 Katan I, 15,60
 Kezić Z, 16, 71,74
 Knežević S, 18,93
 Kolobarić A, 17,18,84,88
 Komšić M, 19,99
 Konjevoda S, 12,32,38

- Korać M, 8,14,53,70
 Kordun M, 11,22
 Kotarski V, 19,103
 Kovačević N, 12,37
 Krkić-Dautović S, 11,12,29,30,39
 Kurult IC, 11,22
 Kusulja M, 14,54
 Kuzman I, 19,104
 Letica I, 18,88
 Lišnjić D, 12,35
 Lukić Lj, 14,57
 Ljubin-Sternak S, 19,103
 Macanović-Kesić T, 13,49
 Mačak Šafranko Ž, 11,22
 Mađarić V, 14,58
 Markotić A, 7,11,18,22,92
 Markotić F, 19,100
 Marković A, 16,70
 Matić B, 15,62
 Mehanić S, 11,28
 Mihalj M, 15,62
 Milošević B, 16,70
 Milošević M, 16,70
 Miljko S, 18,91
 Mimica I, 17,80
 Miše B, 15,66
 Morović M, 15,17,64,81
 Mostarac N, 12,15,39,59
 Mudrovčić M, 18,92
 Mujić M, 13,46
 Mulabdić V, 13,15,48,59
 Muratović P, 11,12,16, 27,39,75
 Musa S, 9
 Mustapić A, 17,85
 Nikolić J, 7,17,18,19,80,82,89,90,91,99
 Nikolić N, 16,70
 Osmić A, 15,63
 Pašić Lj, 11,12,16,25,34,74
 Pavić I, 18,93
 Pehar D, 16,69
 Perić Lj, 12,35
 Perić M, 17,81
 Peruničić S, 16,70
 Pešić Pavlović I, 16,70
 Petković A, 16,70
 Petrović J, 16,73
 Petrović M, 11,12,16,25,34,74
 Piljić D, 9
 Pinjo F, 15,61
 Polić Mlinarević I, 17,85
 Poljak I, 18,93
 Popović S, 12,13,33,43
 Popovska Jovičić B, 14,51
 Porobić-Jahić H, 16,73
 Prpić J, 12,35
 Prtorić L, 15,19,66,97
 Puljiz I, 8,14,15,17,57,65,79
 Pupiće-Bakrač A, 12,32,38
 Puškarić I, 18,92
 Radočaj V, 12,35
 Radosavljević B, 12,37
 Radovanović Spurnić A, 16,70
 Rajić Dimitrijević R, 13,43
 Rajić Torić I, 19,103,104
 Rangelov G, 12,36
 Redžić L, 17,86
 Ristić S, 12,13,33,43
 Ritan S, 7,11,12,16,25,34,74
 Roganović T, 8,11,12,13,15,16,25,34, 49,60,71,74,
 Roglić S, 17,19,78,94
 Rončević Filipović M, 18,93
 Rubil I, 12,35
 Sabadi D, 12,35
 Santini M, 8,14,54
 Savić V, 12,35
 Sejtarija-Memišević A, 12,16,27,39,72, 75
 Sipl M, 18,94
 Skočibušić S, 7,9,18,89,90
 Skuhala T, 18,92
 Slavuljica I, 18,93
 Soldo Ćorić L, 18,91
 Soldo I, 18,87
 Spasovska K, 14,55
 Stamatović D, 13,43
 Stevanović G, 18,70
 Stevanović O, 16,70
 Stevanović V, 12,15,19,35,66,97
 Sulaver Ž, 7,18,89
 Svoboda P, 11,22
 Šabotić E, 7,11,24
 Šegvić O, 17,80
 Šestić S, 14,56
 Šimašek D, 12,35
 Šimunović Glamuzina D, 17,85
 Škara Kolega M, 12,32,38
 Škrijelj V, 14,19,50,102
 Šušak B, 19,99
 Tabain I, 12,35

Takić Radovanović T, 13,43
Terkeš V, 15,17,64,81
Tešović G, 8,15,17,18,19,66,67,78,
94,97,
Tica Sedlar I, 18,95
Tomasović D, 19,104
Tomić A, 17,79
Tomić D, 12,13,33,43
Tomić T, 17,84
Topalović-Četković J, 13,44,48
Topić A, 14,15,57,65
Trošelj Vukić B, 18,93
Turčić N, 19,103
Urošević A, 16,70
Valenčak-Ignjatić I, 17,18,94
Vasilj I, 17,80
Verhaz A, 7,8,9,11,12,13,16,25,34,
41,49,74,77
Vešović N, 12,33
Vicković N, 18,96
Vilibić-Čavlek T,12,35
Vladić D, 15,62
Zalihić A, 17,86
Zember S, 17,79
Zovko Marić A, 18,87
Žepić D, 7,13,46
Žmak Lj, 11,22

SPONZORI SIMPOZIJA



ZLATNI SPONZOR



GILEAD



MEDICOPHARMACIA

SREBRNI SPONZOR



BRONČANI SPONZOR



OSTALI SPONZORI



BOSNALIJEK



abbvie



POLIKLINIKA VITALIS



ROBOT



Asocijacija infektologa u Bosni i Hercegovini

Kralja Tvrtka bb, 88000 Mostar
Bosna i Hercegovina

Tel: +387 36 336 581

Fax: +387 36 328 072

Email: aibih.mostar@gmail.com

Web: www.aibih.org

Tehnički organizator



Pro Optimus Tours d.o.o.

Adresa: Muse Ćazima Ćatića 12, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Telefon: +387 33 216 293

Email: info@pro-optimus.com

Web: www.pro-optimus.com