

наод бил забележан липемичен серум. Имал негативна историја за други болести (ДМ, хипотиреоза, холециститис) и негативна семејна историја за коронарна артериска болест. Пушач 30 цигари дневно, алкохол не конзумирал. Обезен, БМИ 38 кг/м<sup>2</sup> со дијагностициран акутен панкреатит. Абдоминална ултрасонографија: стеатотичен црн дроб, панкреасот лесно едематозен. Лабораториски наоди: гликемија-6,7 mmol/L; ALT-64, амилаза (s)-76, LDH-478, GGt-90, TG-31 mmol/l; холестерол-7,6, HDL-0,7, LDL-6. Неговата моментална терапија беше: статин 20 mg на ден, H2 блокатори. Поради многу високите вредности на TG, започнавме со интравенска флуидна терапија (5% декстроза 500 ml) со мали дози на инсулин пет дена, а потоа продолживме со фенофибрат 145 mg на ден, статин 20 mg на ден и омега-3 масни киселини. По 3 месеци вредности на TG: 7,2, LDL: 4,4, HDL: 0,9. **Дискусија:** Секој пациент со покачени TG треба да се евалуира за секундарна причина (ендокрини нарушувања или лекови). Пациентите со примарна хипертриглицеридемија треба да се следат за кардиоваскуларни фактори на ризик (централна дебелина, HTA, хепатална дисфункција) и за фамилијарна дислипидемија и кардиоваскуларни болести, со цел да се потврди генетската причина и кардиоваскуларниот ризик. Според наодите, третманот на пациентот треба да вклучува: исхрана, статини, фенофибрат, ниацин, омега-3 масни киселини. **Заклучок:** Терапијата со фибрати треба да биде прва линија на избор кај пациенти со ризик за панкреатитис. Трите лекови (фибрати, ниацин, n-3 масни киселини) сами, или во комбинација со статини треба да бидат опција за третман кај пациентите со умерена или тешка хипертриглицеридемија.

#### CASE REPORT: SEVERE FORM OF HYPERTRIGLYCERIDEMIA

*Argjent Mucha<sup>1</sup>, Iskra Bitoska<sup>1</sup>, Sasa Jovanovska-Misevska<sup>1</sup>, Ivana Mladenovska Stojkoska<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>University Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Skopje, R.of North Macedonia

**Keywords:** hypertriglyceridemia, fenofibrates, pancreatitis. A 39 years old male first control due to high triglycerides. Previously was hospitalized at Clinic of Gastroenterohepatology, because he was complaining for abdominal pain and on a random labatory finding lipemic serum was spotted. He had negative history of other diseases (DM, hypothyreosis, cholecystitis) and negative family history of coronary arterial disease. He was smoking 30 cigarettes per day, and no alcohol. He was obese, BMI 38 kg/m<sup>2</sup> and was diagnosed with acute pancreatitis. Abdominal ultrasonography: steatotic liver, pancreas easily oedematous. Laboratory findings: glycemia-6.7 mmol/L; ALT-64, amilaza (s)-76, LDH-478, GGt-90, TG-31 mmol/l; cholesterol-7.6, HDL-0.7, LDL-6. His current therapy was: statins 20 mg per day, H2 blockers. Because of very high values od TG we started with intravenous fluid therapy (5 % dextrosis 500 ml) with small dosages of insulin five days, and after that we continued with fenofibrate 145 mg per day, statins 20 mg per day, and omega-3 fatty acids. After 3 months TG values: 7.2, LDL: 4.4, HDL: 0.9. **Discussion:** Each patient with elevated TG should be evaluated for a secondary cause (endocrine disorders or drugs). Patients with primary hypertrygliceridemia should be monitored for cardiovascular risk factors (central obesity, HTA, hepatic dysfunction), and for familial dyslipidaemia and cardiovascular disease, in order to confirm the genetic cause and cardiovascular risk. According to the findings, the patient's treatment should include: diet, statins, fenofibrate, niacin, omega-3 fatty acids. **Conclusion:** Therapy with fibrates should be the first line of choice in patients at risk for pancreatitis. The three drugs (fibrates, niacin, n-3 fatty acids) alone or in combination with statins should be an option for treatment in patients with moderate or severe hypertrygliceridemia.

#### 31. ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ: ТЕРАПЕВТСКИ ПРИСТАП КАЈ ХИПЕРПОЛАКТИНЕМИЈА ИНДУЦИРАНА ОД РИСПЕРИДОН

*Арѓент Муча<sup>1</sup>, Цветанка Волкановска Илијевска<sup>1</sup>, Марија Живковиќ<sup>1</sup>, Билјана Јованоска Тодорова<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Универзитетска Клиника за Ендокринологија, дијабетес и метаболни нарушувања, Скопје

Пациентка на возраст од 19 години со нарушени менструални циклуси предизвикани од хронична употреба на рisperидон и влошување на нејзината психолошка состојба по воведување на допамински агонист. Кај пациентката на 17 годишна возраст е дијагностицирано дисоцијативно конверзивно растројство. Поради тоа била поставена на терапија со рisperидон и ламотригин. По воведување на антипсихотичната терапија менструалните циклуси станале ирегуларни. Хормонските иследувања потврдиле високи вредности на пролактин 2226 mIU/ml (40-530), а со магнетна резонанца (MP) потврден аденом на хипофиза со димензии 4 mm. Поради тоа од страна на гинеколог била воведена терапија со допамински агонист-каберголин, 0.5 mg неделна доза. После краток период настанала дестабилизација на психолошка состојба на пациентката,