



55. GODIŠNJI STRUČNO-ZNANSTVENI SKUP HRVATSKOG PULMOLOŠKOG DRUŠTVA HLZ-a

s međunarodnim sudjelovanjem

9.-12. listopada 2025.
Valamar Diamant hotel / POREČ

P R O G R A M

PHARMABIZ

Medijski pokrovitelj

ORGANIZATOR



Hrvatsko pulmološko društvo Hrvatskoga liječničkog zbora

Poštovane kolegice i kolege,

dobro došli na 55. godišnji stručno-znanstveni skup Hrvatskog pulmološkog društva HLZ-a s međunarodnim sudjelovanjem!

Vjerujem da će i ove godine izbor predavanja i predavača u glavnim temama privući Vašu pažnju. Transplantacijom solidnih organa i imunosupresivnim liječenjem brojnih bolesti, **gljivične infekcije** postaju već svakodnevni izazov u kliničkom radu, kako u dijagnostici, tako i u terapiji, a o tome će govoriti stručnjaci iz naše zemlje. **Neinfektivne granulomatozne bolesti pluća** bit će predstavljene iz perspektive radiologa, kliničara i patologa. Bavit će se nodularnim uzorkom pojavnosti bolesti. Liječenje **plućne hipertenzije** treba prepustiti Referentnim centrima za tu bolest, no rano prepoznavanje, a time i pravovremeni početak liječenja, leži na svima nama. Prof. dr. Gabor Kovacs iz Graza u Austriji je jedan od vodećih svjetskih stručnjaka za PH, a izlagat će o optimalnom liječenju bolesnika s plućnom arterijskom hipertenzijom. Novost su novi lijekovi koji donose prekretnicu u liječenju ovih teških bolesnika. Bilo bi dobro da u petak navečer, 10. listopada, prisustvujete **godišnjoj skupštini Društva** tijekom koje će biti predstavljene **Smjernice za liječenje KOPB-a našeg i Hrvatskog torakalnog društva**. I iznesite svoje prijedloge za poboljšanje aktivnosti Društva.

KOPB nije glavna tema Skupa, no uz već navedene naše Smjernice za liječenje, u subotu će prof. dr. Bernardino Alcazar Navarrete iz Sveučilišne klinike u Granadi (Španjolska) govoriti o novostima u liječenju KOPB-a. O **biološkoj terapiji** teškog oblika bolesti čut ćemo od prof. dr. Johanna - Christiana Virchowa iz Sveučilišne bolnice u Rostocku (Njemačka). Svoj je dolazak najavio, iako ne još i potvrdio, „naš“ stari znanac, prof. dr. Marc Miravittles iz Barcelone, aktualni predsjednik ERS-a.

Svim mladim i mladim pulmolozima te onima koji se tako osjećaju, skrećem pozornost na okrugli stol o **učinkovitom pisanju medicinskog znanstvenog članka** koji će voditi prof. dr. Giovanni Battista Migliori, dr. Lia D'Ambrosio i naša kolegica, doc. dr. Mateja Janković Makek. Tema je na rasporedu u petak, prije Godišnje skupštine.

Kao i svake godine, i ove ćemo dio skupa posvetiti **Prikazima slučajeva iz kliničke prakse**, a voditelji su ponovno prim. dr. Jasna Tekavec Trkanjec i dr. Ozren Koluder. Upute za prikaz su detaljno navedene u dodatku ovoj obavijesti. A ako imate rad koji želite izložiti u formi postera, u nedjelju je Vaših 5-minuta. I najbolji će poster biti nagrađen.

Srdačno Vaš,

prim.mr.sc. **Neven Miculinić**, dr. med.
predsjednik Hrvatskog pulmološkog društva HLZ-a

ORGANIZATOR

Hrvatsko pulmološko društvo
Hrvatskoga liječničkog zbora



ORGANIZACIJSKI ODBOR

Neven Miculinić
Gordana Pavliša
Marko Banić

ZNANSTVENI ODBOR

Carlos Robalo Cordeiro (Portugal)
Fedja Džubur
Ana Hećimović
Mateja Janković Makek
Robert Marčun (Slovenija)
Giovanni Battista Migliori (Italija)
Ozren Koluder
Suzana Mladinov
Gordana Pavliša
Jasna Tekavec Trkanjec
Andreja Vukić Dugac
Žarko Vrbica

GLAVNE TEME

Plućna hipertenzija

Voditelji: M. Janković Makek, F. Džubur

Plućne infekcije

Voditelj: A. Vukić Dugac, S. Mladinov

Neinfektivne granulomatozne bolesti pluća

Voditelji: A. Hećimović, J. Tekavec Trkanjec

Novosti u pulmologiji

Voditelji: Ž. Vrbica, N. Miculinić

Prikazi slučajeva iz kliničke prakse

Voditelji: J. Tekavec Trkanjec, O. Koluder

Slobodne teme - poster

Voditelji: G. Pavliša, S. Mladinov, N. Miculinić

ČETVRTAK, 9. listopada 2025.

- 18.00 ● I. Mažuranić, D. Schwarz, I. Nikolić, I. Pedišić, A. Avdičević, H. Kaučić, H. Šobat, N. Piskač, D. Kosmina: Naša iskustva interpretacije nalaza primjenom revolucionarnog kvantnog „photon counting“ CT-a toraksa
- 18.20 ● I. Huljev Šipoš: Konstriktivni perikarditis u sjeni OHS-a: Dijagnostička zamka kod hipoventilacije i PH
- 18.40 ● K. Lalić: ZaKOP(B)at ću te: Eozinofilov tajni plan
- 19.00 ● A. Vukić Dugac, Ž. Vrbica: Smjernice za liječenje kronične opstruktivne bolesti pluća Hrvatskog pulmološkog društva HLZ-a i Hrvatskog torakalnog društva
- 19.45 ● M. Kneussl: Pregnancy and cardio-pulmonary disease
- 20.00 ● Svečano otvaranje
- 20.20 ● Večera

PETAK, 10. listopada 2025.

- 8.30-10.40 ● **NEINFektivNE GRANULOMATOZNE BOLESTI PLUĆA**
Voditelji: A. Hećimović, J. Tekavec Trkanjec
- 8.30 ● A. Hećimović: Dijagnostički pristup granulomatoznim bolestima pluća iz perspektive kliničara
- 8.50 ● I. Kern: Granulomi iz perspektive patologa
- 9.10 ● M. Kukuljan: Kako radiolog vidi granulomatozne promjene na plućima
- 9.35 ● S. Mladinov: Sarkoidoza pluća
- 9.55 ● D. Rnjak: Rijetke granulomatozne bolesti pluća
- 10.15 ● G. Salai: Prikaz slučaja
- 10.25 ● MULTIDISCIPLINARNA RASPRAVA
- 10.40 ● Pauza uz kavu
- 11.00-12.40 ● **PLUĆNA HIPERTENZIJA**
Voditelji: M. Janković Makek, F. Džubur
- 11.00 ● G. Kovacs: Pulmonary Arterial Hypertension- optimizing the management of patients

- 11.30 ● T. Lovrić: Poboļjšani ishodi lijećenja plućne arterijske hipertenzije - rezultati referentnog centra
- 11.50 ● A. Hećimović: Bolesnik s plućnom hipertenzijom uslijed bolesti pluća ili bolesnik s plućnom arterijskom hipertenzijom i plućnim komorbiditetom - razlika je bitna
- 12.10 ● F. Džubur: Pristup dijagnostici i liječenju bolesnika s plućnom hipertenzijom WHO II i WHO III - kada uputiti u referentni centar?
- 12.30 ● RASPRAVA
- 12.40 ● **Mini simpozij - Berlin Chemie Menarini**
Đ. Ljubičić: Dvapat dnevno, trostruki uspjeh
- 13.15 ● **POSTERI - obilazak**
- 14.10 ● Ručak
- 15.30-16.45 ● **PLUĆNE INFEKCIJE**
Voditelji: A. Vukić Dugac, S. Mladinov
- 15.30 ● A. Vukić Dugac: Između kolonizacije i invazije: Suvremeno razumijevaje gljivičnih infekcija pluća
- 15.50 ● S. Pleško: Brza i pouzdana dijagnostika gljivičnih infekcija: Mit ili stvarnost?
- 16.10 ● I. Markelić: Nepozvani gosti: Gljivične infekcije u respiratornom sustavu (prikaz slučaja)
- 16.25 ● V. Trkeš: Infektivne komplikacije imunoterapije BCG-om
- 16.45 ● Pauza uz kavu
- 17.15 ● **Mini simpozij - Sanofi**
Jedna bolest s mnogo lica: liječenje astme kroz čitav životni vijek
Moderator: M. Gomerčić Palčić
M. Navratil :Mala pluća, a veliki izazovi: liječenje teške astme u djece
M. Vergles Kada se svaki udah broji: poboljšanje ishoda liječenja teške astme u odraslih

18.00 M. Janković Makek, L. D'Ambrosio, G. P. Migliori:
The a-b-c of effective writing: Theory and practice.

19.30 **GODIŠNJA SKUPŠTINA HRVATSKOG PULMOLOŠKOG DRUŠTVA**

20.10 Večera

SUBOTA, 11. listopada 2025.

8.30-10.00 **NOVOSTI U PULMOLOGIJI**

Voditelji: Ž. Vrbica, N. Miculinić:

8.30 B. A. Navarrete: From reaction to prediction: Reinventing COPD Management

9.00 J. C. Virchow: Biologics in COPD

9.30 E. Lozo Vukovac: Respiratorne alergijske bolesti i SLIT

9.50 RASPRAVA

10.00 **Mini simpozij - AstraZeneca**

G. Pavliša, T. Tokić Vuksan Ćusa: Nепреpoznate egzacerbacije, rizici KOPB-a i Trixeo u pravom trenutku

10.30 Pauza uz kavu

11.00-13.00 **PRIKAZI SLUČAJEVA IZ KLINIČKE PRAKSE I.**

Voditelji: J. Tekavec Trkanjec, O. Koluder

R. Šverko: Kad slika zasjeni priču

V. Prica: Kad trudnoća promijeni pravila igre

G. Salai: Školski primjer rijetke bolesti

L. Fotak: Mounier - Kuhnov sindrom

M. Gomerčić: Dugi put do dijagnoze

13.05 **Mini simpozij - Boehringer Ingelheim**

A. Hećimović: Nintedanib i fibrozirajuće bolesti plućnog intersticija - 10 godina iskustva

13.35 **Mini simpozij - Berlin Chemie Menarini**

Nucala u liječenju upale tipa 2

M. Gomerčić Palčić: Od upale do regeneracija-Mesilico

E. Vučak: Mepolizumab u liječenju teške astme i EGPA

14.05 Ručak

15.30-17.30 **PRIKAZI SLUČAJEVA IZ KLINIČKE PRAKSE II.**

Voditelji: J. Tekavec Trkanjec, O. Koluder

20.00 Večera

9.00-14.00 **DVORANA B**

*****RADIONICA PLEURALNE VJEŠTINE - "HANDS-ON"**

Voditelj: L. Vrbanić

Radionica je namijenjena prvenstveno mladim pulmolozima.

Broj polaznika radionice je ograničen!

Vrijeme: 30 minuta po polazniku. Prijave prilikom registracije.

NEDJELJA, 12. listopada 2025.

8.30-10.30 **SLOBODNE TEME - posteri**

Voditelji: S. Mladinov, G. Pavliša, N. Miculinić

10.30 Odjava iz hotela i odlazak

OTKRIJTE SVIJET UZ SNAGU LIJEKA DUPIXENT

DUPIXENT RADI VIŠE
inhibira glavne pokretače upale tipa 2³

LIJEČENJE ASTME BIOLOŠKIM LIJEKOM inhibicijom signalnih puteva IL-4 i IL-13¹

Reference: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Dupixent, 11/2024 2. Gandhi BL, Bennett BL, Graham NMH, Pirozzi G, Stahl N, Yancopoulos GD. Targeting key proximal drivers of type 2 inflammation in disease. Nat Rev Drug Discov. 2016;15(1):35-50. doi:10.1038/nrd4624. 3. Brusselle GG, Koppelman GH. Biologic therapies for severe asthma. N Engl J Med. 2022;386(2):157-171. doi:10.1056/NEJMra2032506

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Prije propisivanja lijeka Dupixent pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku.
sanofi-pv-regions-hub@sanofi.com

MAT-HR-2500003 / V 1.0 / May 2025

sanofi REGENERON

Sanofi s.r.o.,
Generála Píky 430/26, Dejvice, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111
e-mail: cz-info@sanofi.com

DUPIXENT[®]
(dupilumab)

sanofi REGENERON

Sanofi s.r.o.,
Generála Píky 430/26, Dejvice, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111
e-mail: cz-info@sanofi.com

DUPIXENT[®]
(dupilumab)

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA - 1. NAZIV LIJEKA I SASTAV: Dupixent 300 mg otopina za injekciju u napunjenoj štrcaljki ili brizgalici. Jedna napunjena štrcaljka ili brizgalica za jednokratnu uporabu sadrži 200 mg dupilumaba u 1,14 ml otopine (175 mg/ml). **2. TERAPIJSKE INDIKACIJE:** Atopijski dermatitis Dupixent je indiciran za liječenje umjerenog do teškog atopijskog dermatitisa u odraslih bolesnika i adolescenata u dobi od 12 ili više godina koji su kandidati za sistemsku terapiju. Dupixent je indiciran za liječenje teškog atopijskog dermatitisa u djece u dobi od 6 mjeseci do 11 godina koja su kandidati za sistemsku terapiju. Astma Odrasli bolesnici i adolescenti: Dupixent je indiciran kao dodatak terapiji održavanja za tešku astmu s upalom tipa 2, za koju su karakteristične povišene razine eozinofila u krvi i/ili povišena frakcija izdahnutog dišikovog oksida u odraslih bolesnika i adolescenata u dobi od 12 ili više godina kojima bolest nije dovoljno dobro kontrolirana visokom dozom inhalacijskih kortikosteroida i još jednim lijekom za terapiju održavanja. Djeca u dobi od 6 do 11 godina: Dupixent je indiciran kao dodatak terapiji održavanja za tešku astmu s upalom tipa 2, za koju su karakteristične povišene razine eozinofila u krvi i/ili povišena frakcija izdahnutog dišikovog oksida, u djece u dobi od 6 do 11 godina kojima bolest nije dovoljno dobro kontrolirana umjerenom do visokom dozom inhalacijskih kortikosteroida (IKS) i još jednim lijekom za terapiju održavanja. Kronični rinosinuitis s nazalnom polipozom Dupixent je indiciran kao dodatak terapiji intranazalnim kortikosteroidima za liječenje odraslih bolesnika s teškim kroničnim rinosinuitisom s nazalnom polipozom za koje terapija sistemskim kortikosteroidima i/ili operacija ne omogućavaju odgovarajuću kontrolu bolesti. Nodularni prurigo Dupixent je indiciran za liječenje odraslih osoba s umjerenim do teškim nodularnim prurigom koji su kandidati za sistemsku terapiju. Eozinofilni ezofagitis Dupixent je indiciran za liječenje eozinofilnog ezofagitisa u odraslih, adolescenata i djece u dobi od 1 ili više godina, tjelesne težine najmanje 15 kg, kojima bolest nije dovoljno dobro kontrolirana konvencionalnom terapijom, koji konvencionalnu terapiju ne podnose ili nisu kandidati za nju. Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) Dupixent je indiciran kao dodatak terapiji održavanja u odraslih osoba s nekontroliranom kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB), za koju su karakteristične povišene razine eozinofila u krvi, koje se liječe kombinacijom inhalacijskog kortikosteroida (IKS), dugodjelujućeg beta2-agonista (engl. long-acting beta2-agonist, LABA) i dugodjelujućeg muskarinskog antagonist (engl. long-acting muscarinic antagonist, LAMA) ili kombinacijom LABA i LAMA ako IKS nije prikladan. **3. DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE** Atopijski dermatitis Za odrasle bolesnike, adolescentne bolesnike od 12 do 17 godina (60 kg ili više) i djecu s atopijskim dermatitisom u dobi od 6 do 11 godina s tjelesnom težinom od 60 kg ili više je početna doza od 600 mg (dvije injekcije od 300 mg), nakon čega se primjenjuje doza od 300 mg svaki drugi tjedan, supkutano injekcijom. Za adolescentne bolesnike u dobi od 12 do 17 godina tjelesne težine manje od 60 kg je početna doza od 400 mg (dvije injekcije od 200 mg), nakon čega se primjenjuje doza od 200 mg svaki drugi tjedan, supkutano injekcijom. Za djecu u dobi od 6 do 11 godina s tjelesnom težinom od 15 kg do manje od 60 kg je početna doza od 300 mg (jedna injekcija od 300 mg) na 1. dan, nakon čega slijedi 300 mg na 15. dan, a sljedeća doza od 300 mg se primjenjuje svaka 4 tjedna supkutano injekcijom, uz mogućnost povećanja doziranja na 200 mg svaka dva tjedna. Za djecu u dobi 6 mjeseci do 5 godina tjelesne težine 5 kg do manje od 15 kg početna doza je 200 mg, nakon čega slijedi 200 mg svaka 4 tjedna; za djecu tjelesne težine 15 kg do manje od 30 kg početna doza je 300 mg nakon čega slijedi 300 mg svaka 4 tjedna. Dupixent se može primjenjivati zajedno s topikalnim kortikosteroidima ili bez njih. Mogu se koristiti topikalni inhibitori kalcineurina, ali njih treba čuvati isključivo za problematična područja, kao što su lice, vrat te intertriginozna i genitalna područja. Astma Za odrasle i adolescente bolesnike (u dobi od 12 ili više godina) s teškom astmom koji uzimaju oralne kortikosteroide ili s teškom astmom i istodobnim umjerenim do teškim atopijskim dermatitisom ili za odrasle bolesnike s istodobnim teškim kroničnim rinosinuitisom s nazalnom polipozom, preporučena je početna doza od 600 mg (dvije injekcije od 300 mg), nakon čega se primjenjuje doza od 300 mg svaki drugi tjedan, supkutano injekcijom. Za sve ostale bolesnike, preporučena doza dupilumaba je početna doza od 400 mg (dvije injekcije od 200 mg), nakon čega se primjenjuje doza od 200 mg svaki drugi tjedan, supkutano injekcijom. Djeca u dobi od 6 do 11 godina (početna doza i sljedeće): Težina 15 kg do manje od 30 kg: 300 mg svaka 4 tjedna; 30 kg do manje od 60 kg: 200 mg svaka 2 tjedna ili 300 mg svaka 4 tjedna; 60 kg ili više: 200 mg svaka 2 tjedna. Za pedijatrijske bolesnike (u dobi od 6 do 11 godina) koji uz astmu imaju i teški atopijski dermatitis, u skladu s odobrenom indikacijom, treba se pridržavati preporučene doze za primjenu u djece s atopijskim dermatitisom u dobi od 6 do 11 godina. Bolesnici koji istodobno primaju oralne kortikosteroide mogu smanjiti dozu steroida nakon što nastupi kliničko poboljšanje tijekom liječenja dupilumabom. Dozu steroida treba smanjivati postupno. Kronični rinosinuitis s nazalnom polipozom Preporučena doza dupilumaba za odrasle bolesnike je početna doza od 300 mg, nakon čega se primjenjuje doza od 300 mg svaki drugi tjedan, supkutano injekcijom. Nodularni prurigo Preporučena doza dupilumaba za odrasle bolesnike je početna doza od 600 mg (dvije injekcije od 300 mg), nakon čega slijedi doza od 300 mg svaki drugi tjedan. Eozinofilni ezofagitis Preporučena doza dupilumaba za odrasle, adolescente i djecu u dobi od 1 ili više godina, tjelesne težine najmanje 15 kg je: 200 mg svaki drugi tjedan (15 kg do <30kg), 300 mg svaki drugi tjedan (30 kg do <40 kg) i 300 mg svaki tjedan (40 kg ili više). Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) Preporučena doza dupilumaba za odrasle bolesnike je 300 mg svaka dva tjedna. Stanje osobe (≥ 65 godina): Ne preporučuje se primagovadati dozu u starijih bolesnika. Oštećenje bubrega: Nije potrebno prilagođavati dozu u bolesnika s blagim ili umjerenim oštećenjem funkcije bubrega. Dostupni su vrlo ograničeni podaci o primjeni u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije bubrega. Oštećenje funkcije jetre: Nema dostupnih podataka o primjeni u bolesnika s oštećenjem funkcije jetre. Pedijatrijska populacija: Sigurnost i djelotvornost dupilumaba nisu ustanovljeni u djece s atopijskim dermatitisom mlađe od 6 mjeseci, u djece s tjelesnom težinom <5 kg, u djece s teškom astmom mlađe od 6 godina, u djece mlađe od 18 godina s kroničnim rinosinuitisom s nazalnom polipozom, nodularnim prurigom ili kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću te u djece mlađe od 1 godine ili tjelesne težine < 15 kg s eozinofilnim ezofagitisom. Za detalje o propuštenoj dozi i tjelesnoj težini vidjeti cjeloviti sažetak opisa svojstava lijeka. Način primjene Supkutana primjena, u bedro ili abdomenu, osim područja 5 cm oko pupka. Ako bolesniku injekciju daje netko drugi, može se primijeniti i u nadlakticu. Dupilumab u napunjenoj brizgalici namijenjen je za primjenu u odraslih i pedijatrijskih bolesnika u dobi od 2 ili više godina. Dupilumab u napunjenoj štrcaljki namijenjen je za primjenu u odraslih i pedijatrijskih bolesnika u dobi od 6 mjeseci i starijih. Dupilumab u napunjenoj brizgalici nije namijenjen za primjenu u djece mlađe od 2 godine. **4. KONTRAIKACIJE:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **5. POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI:** Slijedivost Kako bi se poboljšala slijedivost bioloških lijekova, naziv i broj serije primijenjenog lijeka potrebno je jasno evidentirati. Akutne egzacerbacije astme ili KOPB-a Dupixent se ne smije koristiti za liječenje akutnih simptoma ili akutnih egzacerbacija astme ili KOPB-a, kao ni za liječenje akutnog bronhospazma ili astmatičnog statusa. Preosjetljivost Ako dođe do sistemskih reakcija preosjetljivosti (trenutačnih ili odgođenih), treba odmah prekinuti primjenu lijeka Dupixent i uvesti odgovarajuću terapiju. Eozinofilna stanja Liječnici trebaju pripaziti na moguću pojavu vaskulitnog osipa, pogoršanje plućnih simptoma, srčane komplikacije i/ili neuropatiju u bolesnika s eozinofilijom. Infekcije helmintima Bolesnike s postojećim infekcijama helmintima treba liječiti prije uvođenja dupilumaba. Ako se bolesnici zaraže dok primaju dupilumab i ne odgovaraju na liječenje antihelminticima, liječenje dupilumabom treba prekinuti dok se infekcija ne povuče. Događaji povezani s konjunktivitisom i keratitisom U bolesnika liječenih lijekom Dupixent u kojih se razvije konjunktivitis koji se ne povlači nakon standardnog liječenja ili znakovi i simptomi koji upućuju na keratitis potrebno je prema potrebi provesti oftalmološki pregled. Bolesnici s istodobnom astmom ne smiju prilagođavati ni prekidati terapiju za astmu bez prethodnog savjetovanja sa svojim liječnikom. Bolesnici koji istodobno boluju od astme treba pažljivo nadzirati nakon prekida liječenja lijekom Dupixent. Cijepljenje Treba izbjegavati istodobnu primjenu živih i živih atenuiranih cjepiva s dupilumabom jer nisu ustanovljene klinička sigurnost i djelotvornost. Za potpune informacije o posebnim upozorenjima i mjerama opreza pri uporabi pogledajte cjeloviti Sažetak opisa svojstava lijeka Dupixent. **6. INTERAKCIJE S DRUGIM LIJEKOVIMA I DRUGI OBLICI INTERAKCIJA:** Imuni odgovori na cijepljenje ocjenjivali su se u ispitivanju u kojem su se bolesnici s atopijskim dermatitisom liječili dupilumabom u dozi od 300 mg jedanput na tjedan tijekom 16 tjedana. Nakon 12 tjedana primjene dupilumaba bolesnici su bili cijepljeni cjepivom Tdap (ovisnim o T-stanicama) i meningokoknim polisaharidnim cjepivom (neovisnim o T-stanicama), a imuni odgovori ocjenjivali su se 4 tjedna kasnije. Odgovori protutijela i na cjepivo protiv tetanusu i na meningokokno polisaharidno cjepivo bili su slični u bolesnika liječenih dupilumabom i u onih koji su primali placebo. U ispitivanju nisu primijećene štetne interakcije između jednog od dva navedena cjepiva i dupilumaba. Stoga bolesnici koji se liječe lijekom Dupixent mogu istodobno primiti inaktivirana ili neživa cjepiva. U kliničkom ispitivanju provedenom u bolesnika s atopijskim dermatitisom ocjenjivali su se učinci dupilumaba na farmakokinetiku supstanci izoenzima CYP. Podaci prikupljeni u tom ispitivanju nisu ukazivali na klinički važne učinke dupilumaba na aktivnost CYP1A2, CYP3A, CYP2C19, CYP2D6 ni CYP2C9. **7. PLODNOST, TRUDNOĆA I DOJENJE:** Trudnoća Postoje ograničeni podaci o primjeni dupilumaba u trudnica. Ispitivanja na životinjama ne ukazuju na izravne ni neizravne štetne učinke u smislu reproduktivne toksičnosti. Dupixent se smije primjenjivati tijekom trudnoće samo ako moguća korist od liječenja opravdava mogući rizik za plod. Dojenje Nije poznato izlučuje li se dupilumab u majčino mlijeko niti dolazi li do njegove sistemske apsorpcije nakon ingestije. Uzimajući u obzir koristi dojenja za djete i dobrobit liječenja za ženu, mora se donijeti odluka o tome hoće li se prekinuti dojenje ili obustaviti liječenje lijekom Dupixent. Plodnost Ispitivanja na životinjama nisu pokazala da lijek smanjuje plodnost. **8. UTJECAJ NA SPOSOBNOST UPRAVLJANJA VOZILIMA I RADA SA STROJEVIMA:** Dupixent ne utječe ili zanemarivo utječe na sposobnost upravljanja vozilima i rada sa strojevima. **9. NUSPOJAVE:** Često: konjunktivitis, oralni herpes, eozinofilija, alergijski konjunktivitis, artralgija, reakcije na mjestu injiciranja (uključujući eritem, edem, pruritus, bol, oticanje i modrice). Manje često: angioedem, keratitis, blefaritis, očni pruritus, suho oko, osip po licu. **10. PREDOZIRANJE:** Ne postoji specifično liječenje za predoziranje lijekom Dupixent. U slučaju predoziranja potrebno je nadzirati bolesnika zbog moguće pojave znakova ili simptoma nuspojava te odmah uvesti odgovarajuće simptomatsko liječenje. **11. NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Francuska. **12. BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** EU/1/17/1229/005-006, EU/1/17/1229/008-010, EU/1/17/1229/012-014, EU/1/17/1229/016-018, EU/1/17/1229/020, EU/1/17/1229/023-028. **13. NAČIN I MJESTO IZDAVANJA:** Na recept, u ljekarni. Detaljnije informacije o ovom lijeku dostupne su na internetskoj stranici Europske agencije za lijekove: <http://www.ema.europa.eu/>.

Ovo je skraćeni Sažetak opisa svojstava lijeka te sukladno Pravilniku o načinu oglašavanja o lijekovima (Narodne Novine broj 43/15) molimo prije propisivanja lijeka Dupixent pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku.

Datum revizije: 11/2024

OPĆE INFORMACIJE

MJESTO ODRŽAVANJA SKUPA

Valamar Diamant Hotel**** / Brulo 1, 52440 Poreč

KOTIZACIJA

- Rana kotizacija za liječnike do 29.8.2025. **500 €**
- Kasna kotizacija za liječnike od 1.9.2025. **600 €**
- Kotizacija za sponzore **500 €**
- Kotizacija za umirovljenike i specijalizante **350 €**

Kotizacija za sve kategorije uključuje: sudjelovanje u znanstvenom programu, pristup izložbenom prostoru, materijale skupa, prisustvovanje otvorenju skupa s koktelom dobrodošlice, zajedničkoj večeri 11.10., ručak 10. i 11. 10.2025., prisustvovanje satelitskim simpozijima, kavu u stankama.

UVJETI I PLAĆANJE

Nakon ispunjavanja obrasca za rezervaciju smještaja, u roku od 3 dana bit će Vam ispostavljena ponuda za uplatu smještaja s navedenim rokom dospijeca. Po izvršenoj uplati, ispostavit ćemo Vam račun što će ujedno biti i potvrda da Vam je soba rezervirana. Otkazivanje rezerviranog smještaja moguće je jedino pisanim putem na e-mail adresu: josipa@contres.hr, pri čemu se pridržavamo sljedećih uvjeta otkazivanja:

- u slučaju otkazivanja 30 - 14 dana prije dolaska - obavezna naplata 35% ukupnih troškova
- u slučaju otkazivanja 14 - 7 dana prije dolaska - obavezna naplata 70% ukupnih troškova
- u slučaju otkazivanja 7 - 0 dana prije dolaska - obavezna naplata 100% ukupnih troškova
- u slučaju nenajavljenog odustajanja od smještaja - obavezna naplata 100% ukupnih troškova.

POSTER SEKCIJA

PREZENTACIJA RADOVA Slobodne teme predstavljaju se e-posterom.

U sklopu znanstvenog programa Stručno -znanstvenog skupa bit će organizirana poster sekcija na kojoj će svi autori imati mogućnost izložiti svoje radove te odgovarati na pitanja kolega.

Uvijet za prihvaćanje rada je plaćena kotizacija prvog autora

Najbolji znanstveni i stručni rad izložen na poster sekciji nagradit će znanstveni i organizacijski odbor Stručno-znanstvenog skupa. Poster će biti izloženi čitavo vrijeme trajanja Skupa, u elektronskom obliku, na za to predviđenim elektronskim panelima. Poster mogu sadržavati tekst, tablice, grafikone i slike.

VREDNOVANJE I POTVRDA O SUDJELOVANJU

Kongres će biti bodovan temeljem pravilnika o trajnom usavršavanju Hrvatske liječničke komore. Svi sudionici kongresa sa plaćenom kotizacijom koji su odslušali predavanja dobit će verificiranu potvrdu o sudjelovanju.

STENOZA TRAHEJE

Šumiga M., Ječmenica Godinić D., Kolarić V.

Služba za plućne bolesti i TBC Klenovnik, OB Varaždin



UVOD: Stenoza traheje predstavlja ozbiljan zdravstveni problem koji zahvaća odrasle i djecu. Najčešći uzrok stenozе traheje je postintubacijska stenoza koja nastaje nakon dugotrajne endotrahealne intubacije. Endoskopske metode liječenja konkuriraju kirurškim rješenjima, a istražuju se i nove terapijske mogućnosti radi procjene njihove učinkovitosti.

PRIKAZ SLUČAJA: Bolesnica u dobi od 28 godina, nepušač, operirana je 2014. godine u općoj anesteziji zbog devijacije nosnog septuma. U posljednjih godinu dana navodi progresivnu zaduhu pri naporu, suh kašalj i osjećaj „pečenja“ u prsima, zbog čega dolazi na pregled pulmologa. Učinjenom obradom na snimci pluća bez osobitosti, urednih laboratorijskih nalaza, alergološko testiranje negativno na inhalacijske alergene. U spirometriji neobičan, plosnati oblik krivulje. Na idućoj kontroli navodi progresiju dispneje te se učini MSCT toraksa i bronhoskopija. Endoskopski, prikaže se suženje na manje od polovicu lumena, a na MSCT-u suženje početnog dijela traheje 6mm, dok je širina na najširem dijelu oko 18mm. Pacijentica je prikazana interventnom bronhoskopičaru te je indicirana bronhoskopska rekanalizacija u općoj anesteziji. Balonom i rigidnim bronhoskopom dilatiran je dušnik uz postignutu prohodnost 80%, a kao uzrok suženja, smatraju se postintubacijske promjene.

ZAKLJUČAK: Stenoza traheje je rijetka, ali ozbiljna komplikacija koja se može manifestirati i godinama nakon intubacije. Iako su postintubacijske promjene obično prepoznate u postoperativnim razdobljima, naš slučaj pokazuje da se kliničke manifestacije mogu pojaviti znatno kasnije, čak i nakon nekoliko godina. Ova vrsta stenozе izaziva simptome koji mogu biti vrlo slični onima kod astme ili egzacerbacije KOPB-a, što često dovodi do pogrešnih dijagnoza, osobito kod pušača ili bolesnika s obiteljskom anamnezom plućnih bolesti.

BILATERALNI HILOTORAKS - PRIKAZ SLUČAJA

Vrbanić L., Gorseta B., Vučak E., Folnožić I., Brkić K., Gomerčić Palčić M.

Zavod za pulmologiju, KBC Sestre Milosrdnice



Torakalni vod (lat. *ductus thoracicus*) najveći je limfni vod u tijelu kojim se drenira limfa iz nogu, trbuha te lijeve strane gornjeg dijela tijela. *D. thoracicus* započinje u abdomenu (*cisterna chyli*) te završava u predijelu spoja lijeve *v.subclaviae* i *v.jugularis internae*. Do njegovog oštećenja najčešće dolazi prilikom kirurškog zahvata, s hilotoraksom kao mogućom komplikacijom. Liječi se najčešće kirurškom ligacijom torakalnog voda i/ili limfnih pritoka, perkutanom embolizacijom ili pleurodezom.

Gospođa u dobi od 72 godine recentno zbog disekcije aorte (Stanford non A non B) i kardiokirurški liječena protezosubklavijalnim i aortokarotidnim premoštenjem lijevo, prezentirala se novonastalim ljevostranim pleuralnim izljevom. Torakocentezom je inicijalno evakuirano 1400 mL sterilnog, limfocitnog izljeva mliječnog izgleda, s prisutnim visokim koncentracijama triglicerida. Radilo se o hloznom tipu izljeva nastalom uslijed oštećenja duktusa toracikusa. Stanje bolesnice se komplicira pojavom desnostranog, također hloznog, izljeva. U više navrata gospođa je liječena obostranom torakalnom drenažom unatoč kojoj se prati progresija izljeva uz izrazitu zaduhu i razvoj kronične dišne nedostatnosti tipa 1. Konzultiran je operater (kardiokirurg) te je zaključeno da je zahvat ligacije *d.thoracicus*a kontraindiciran te smo odlučili napraviti pleurodezu talkom. Kroz bilateralno postavljene torakalne drenove (RocketMedical 12F) apliciran je sterilni talk (engl. *talc slurry*). Postproceduralno, ultrazvučno je vidljiva samo zadebljana pleura desno uz ostatnu manju količinu organiziranog pleuralnog izljeva lijevo. Kod bolesnice se u razdoblju kraćem od 2 mjeseca prati subjektivno, kliničko, ultrazvučno i radiološko poboljšanje.

ZAKLJUČAK: Pleurodeza talkom, iako nije primarna metoda liječenja ozljede *d.thoracicus*a, može kod bolesnika s razvojem izljeva značajno poboljšati kvalitetu života pa čak i postići izlječenje.

A LONGSTANDING MISDIAGNOSIS OF IDIOPATHIC PULMONARY HYPERTENSION HIGHLIGHTED BY POLYGLOBULIA IN A NORMOXEMIC PATIENT - CASE REPORT

Gavrančić M.², Janković Makek M.^{1,2}, Hećimović A.^{1,2}, Lulić F.¹, Banić M.¹, Lovrić T.¹, Kuhtić I.¹, Hrabak Paar M.^{1,2}, Radman L.¹, Glodić G.¹, Moćan A.¹, Pevac M.¹, Džubur F.^{1,2}

¹ Clinic for Respiratory Diseases, University Hospital Center Zagreb

² School of Medicine, University of Zagreb



INTRODUCTION: Eisenmenger syndrome (ES) is a complex constellation of symptoms highlighted by consequences of hypoxia and pulmonary hypertension. Caused by congenital heart defects, a possible cause is a patent ductus arteriosus (PDA), a vascular structure important in prenatal development, connecting systemic and pulmonary circulation, which allows shunting if it persists postnatally.

CASE AND OUTCOMES: A 59-year-old patient was diagnosed with idiopathic pulmonary arterial hypertension (iPAH) in 1978 and remained stable without medication for over 30 years by avoiding physical exertion. In 2012, she was prescribed sildenafil, later reinforced with bosentan, for increasing exercise intolerance accompanied by lower limb cyanosis. She was also suffering from polyglobulia, but was normoxemic in radial arteries and JAK negative. Upon detailed reevaluation in 2025, a patent ductus arteriosus was discovered, and Eisenmenger syndrome was diagnosed. Treatment was continued with future optional addition of a third medication.

DISCUSSION: Misdiagnosed as idiopathic pulmonary arterial hypertension, the patient's symptoms, especially polyglobulia, were misattributed due to normal radial artery oxygenation masking systemic hypoxia. After the exclusion of primary hematological disorders, this should have been a trigger for revision of the iPAH diagnosis. Progressive elevation of pulmonary vascular resistance led to shunt reversal, but the patient's functional status remained similar. Dual therapy with sildenafil and bosentan was continued, with guidelines advising against PDA closure in ES with established pulmonary vascular remodeling.

CONCLUSION: This case underscores the importance of reevaluating polyglobulia and considering congenital shunts in adult patients with pulmonary hypertension and radial normoxemia. To improve long-term outcomes, heart defects should be ruled out during initial diagnostics of pulmonary hypertension. However, in cases of unusual iPAH presentation, one should think of possible misdiagnosis even after decades of treatment.

INTERSTICIJSKA BOLEST PLUĆA KAO PRIMARNA MANIFESTACIJA ANTISINTETAZNOG SINDROMA U 73-GODIŠNJE PACIJENTICE

Pribanić B., Bura M

Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za unutarnje bolesti,
Odjel za kliničku imunologiju, reumatologiju i pulmologiju



CILJ: Antisintetazni sindrom (ASS) autoimunosti je poremećaj vezivnog tkiva uzrokovan protutijelima na aminoacil-tRNA sintetazu koji se najčešće manifestira intersticijskom bolesti pluća (ILD), dok drugi znakovi uključuju miozitis, Raynaudov fenomen, artritis i mehaničarske ruke. U ovom radu prikazujemo slučaj ILD-a kao prve manifestacije ASS-a.

MATERIJALI I METODE: Prikaz 73-godišnje bolesnice hospitalizirane nakon pregleda u pulmološkoj ordinaciji zbog progresivne zaduhe te nusnalaza UIP-a na MSCT koronarografiji. Iz anamneze se još izdvaja jutarnji produktivni kašalj, povremeni bolovi u zglobovima i odsutnost drugih sistemnih simptoma, ostala anamneza je neupadna. U statusu se vide obostrano bazalno kasnoinspiratorne krepitacije (Velcro) te mehaničarske ruke. Laboratorijski su povišeni CK i LDH. Testovi plućne funkcije ukazuju na restriktivne smetnje ventilacije blagog stupnja te značajno snižen DLCO. HRCT-om toraksa opisu se fibrozne lezije i trakcijske bronhiektazije duž posteriornih dijelova pluća, uz vidljive subpleuralne retikulacije anterioro na razini lingularnih segmenata, što je uzorak koji odgovara vjerojatnom UIP-u. Imunološka obrada pokazala je povišen RF uz pozitivna antinuklearna protutijela (ANA), protutijela na histidil (anti-Jo1) čime su zadovoljeni jedan veliki te dva mala kriterija za postavljanje dijagnoze ASS. Liječena metilprednizolonom u dozi 1 mg/kg, a po učinjenoj obradi otpuštena je kući uz kontrolu za 2 mjeseca.

REZULTATI: Nakon 2 mjeseca bilježi se uredna spirometrija te uredan CK i LDH uz još uvijek subjektivnu zaduhu pa je u terapiju uveden azatioprin u početnoj dozi 50 mg/dan te pacijentica ostaje u praćenju.

ZAKLJUČAK: Pravovremenim prepoznavanjem i liječenjem sprječavaju se teške komplikacije ove bolesti poput razvoja progresivne plućne fibroze, u čemu ključnu ulogu ima multidisciplinarni pristup u liječenju.

KLJUČNE RIJEČI: intersticijska bolest pluća, antisintetazni sindrom, HRCT, anti-Jo1 protutijela

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF TUBERCULOSIS IN THE ELDERLY

Kolak M.¹, Vrtiprah F.¹, Kosanović P.¹, Janković Makek M.²

¹ School of medicine, University of Zagreb, Zagreb Croatia

² Department of Respiratory Diseases, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia



AIM: To investigate tuberculosis (TB) risk factors and treatment outcomes in Croatian patients aged 75 and older, in the context of low national incidence (<10 cases per 100,000 since 2017) but ongoing concern due to prolonged treatment duration and elevated risk in immunocompromised or elderly populations.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective analysis was conducted on 97 TB patients aged ≥75 treated at University Hospital Centre Zagreb (2011–2022). Data from hospital records covered demographics, comorbidities, diagnostics, outcomes, and adverse events. Descriptive statistics summarized patient characteristics.

RESULTS: Among 97 TB patients aged ≥75 (55.7% female, median age 79), 95.9% had pulmonary TB and 21 had extrapulmonary involvement. The median Charlson comorbidity index was 5; 7.3% were immunosuppressed, and 9.4% had prior TB. Common symptoms included cough (91.7%) and weight loss (62%). Diagnosis was delayed in most cases: 54.7% were diagnosed >3 months after symptom onset. Only 37.5% had positive direct microscopy. Drug resistance to isoniazid and rifampicin was rare (1% each). Treatment began in 88.7%; 11.3% died before diagnosis. The cure rate was 58.3%, with 41.7% dying during treatment. Adverse effects occurred in 29.2%, mainly hepatic cytolysis (17.7%). Among survivors, treatment lasted a median of 8 weeks (intensive phase) and 20 weeks (continuation phase). Loss to follow-up was 2.1%.

CONCLUSION: In patients aged ≥75, TB is marked by delayed diagnosis, high comorbidity, frequent adverse events, and increased mortality. Improved outcomes require early detection, individualized treatment, and greater clinical vigilance.

DIAGNOSTIC YIELD FOR NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA IN PATIENTS WITH CHRONIC LUNG DISEASES

Jankovic Makek M.^{1,2}, Tolic E.², Lange C.^{3,4,5,6}, Skoro M.², Darapi D.², Marekovic I.^{1,7}, Badovinac S.², Glodic G.², Marcic K.¹, Zielinski N.^{3,4,5}, Reimann M.^{3,4,5}

¹ University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia

² University Hospital Centre Zagreb, Clinic for Respiratory Diseases, Zagreb, Croatia

³ Clinical Infectious Diseases, Research Centre Borstel, Borstel, Germany

⁴ German Centre for Infection Research (DZIF), Partner Site Hamburg-Lübeck-Borstel-Riems, Germany

⁵ Respiratory Medicine & International Health, University of Lübeck, Lübeck, Germany

⁶ The Global Tuberculosis Program, Texas Children's Hospital, Immigrant and Global Health, Department of Paediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, TX

⁷ University Hospital Centre Zagreb, Department for Microbiology, Zagreb, Croatia



OBJECTIVES: Obstructive lung diseases (OLD), i.e. chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma, and pulmonary malignancies are common comorbidities in patients with nontuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). However, there is little data on the yield of unstructured testing for NTM and NTM-PD in these patient groups. The aim of the study was to assess the prevalence of NTMs in broncho-pulmonary specimens and the prevalence of NTM-PD in patients with OLD and/or pulmonary malignancies.

METHODS: Retrospective analysis of all mycobacterial cultures taken from respiratory samples of patients with OLD (either during exacerbation or during stable disease) and/or pulmonary malignancies referred to our centre from January 2021 to January 2023. International definitions were applied to assess for the presence of NTM-PD.

RESULTS: NTM were isolated in 0.5% (4/834) of broncho-pulmonary specimen from patients with pulmonary malignancies, 2.4% (13/553) from patients with stable OLD, and 3.5% (8/228) from patients with OLD in exacerbation, respectively. NTM-PD criteria were met in 32% (8/25) cases, all in the OLD group. In the OLD group, the likelihood of NTM isolation was higher in patients with lower BMI ($p=0.030$), frequent exacerbations ($p=0.004$), and when inhaled corticosteroid (ICS) were used ($p=0.012$). NTM-PD was more likely in patients with lower BMI ($p=0.043$), and frequent exacerbations ($p=0.023$), but not in patients using ICS ($p=0.482$), regardless of the dose.

CONCLUSIONS: The yield of NTM isolation from patients with OLD and/or lung malignancy is low. However, routine microbiological testing for NTM from broncho-pulmonary specimen and assessment for the presence of NTM-PD could be considered in OLD patients with low BMI and/or frequent exacerbations.



PRIJAVE I INFORMACIJE

P.P. Njegoša 1a, Zagreb - HR • tel 01 48 21 193 • fax 01 37 00 495

Kontakt osoba Josipa Čale • josipa@contres.hr • www.contres.hr