



Zamość

22-24 marca 2018 roku

PROGRAM



XIX KURS **KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** **Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII** **I CHORÓB METABOLICZNYCH**

Przewodniczący Honorowy:
prof. Andrzej Milewicz

Przewodniczący:
prof. Marek Ruchała
prof. Beata Kos-Kudła

ZATRZYMAJ PROGRESJĘ



Somatuline® Autogel® 120 mg istotnie wydłuża medianę PFS u pacjentów z GEP-NET¹



Somatuline® Autogel® 120 mg zmniejsza ryzyko progresji choroby lub zgonu o ponad połowę (53%)¹

1. Caplin M i wsp., NEJM 2014, 371(3): 224-233

**PIERWSZY I JEDYNY
ANALOG SOMATOSTATYNY
ZAREJESTROWANY W LECZENIU GUZÓW
TRZUSTKI I ŚRODKOWEJ CZĘŚCI PRAJELITA**



Somatuline® autogel®
lanreotide

IPSEN
Innovation for patient care

Somatuline AUTOGEL, 60 mg, 90 mg, 120 mg (Lanretyd), roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce; SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY: Lanretyd 60 mg, 90 mg, 120 mg (w postaci lanretydu octanu). Każda fabrycznie napełniona ampułko-strzykawka zawiera przesycony roztwór lanretydu octanu, o stężeniu odpowiadającym 0,246 mg lanretydu w postaci zasady na 1 mg roztworu, co zapewnia rzeczywistą dawkę lanretydu w jednej iniekcji wynoszącą odpowiednio 60 mg, 90 mg lub 120 mg. POSTAC FARMACEUTYCZNA: Roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce. Roztwór biały do jasnożółtego, o pastelowej konsystencji. WSKAZANIA DO STOSOWANIA: - w długotrwałym leczeniu chorych na akromegalię, gdy stężenie krążącego hormonu wzrostu (GH) i (lub) insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF-1) pozostają nieprawidłowe po operacji i (lub) radioterapii oraz u pacjentów, u których nie jest możliwe przeprowadzenie operacji chirurgicznej i (lub) zastosowanie radioterapii. Celem postępowania terapeutycznego w akromegalii jest obniżenie stężeń GH i IGF-1, i o ile jest to możliwe, doprowadzenie ich do wartości prawidłowych; - w leczeniu objawów związanych z akromegalią; - w leczeniu guzów neuroendokrynnych złośliwko-jelitowo-trzustkowych (GEP-NET) G1 i części guzów G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) śródkowej części prajelity, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelity, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami; - w leczeniu objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi. DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA: Akromegalia i leczenie objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi: Zalecana dawka początkowa wynosi od 60 do 120 mg podawana co 28 dni. Na przykład u pacjentów leczonych uprzednio produktem Somatuline PR w dawce 30 mg co 14 dni, początkowa dawka produktu Somatuline Autogel powinna wynosić 60 mg co 28 dni, u pacjentów leczonych uprzednio produktem Somatuline PR w dawce 30 mg co 10 dni, początkowa dawka produktu Somatuline Autogel powinna wynosić 90 mg co 28 dni, natomiast u pacjentów leczonych uprzednio produktem Somatuline PR w dawce 30 mg co 7 dni, początkowa dawka produktu Somatuline Autogel powinna wynosić 120 mg co 28 dni. Następnie należy modyfikować dawkę leku w zależności od odpowiedzi pacjenta (mierzonej złagodzeniem objawów i (lub) obniżeniem stężeń GH i (lub) IGF-1). W przypadku nieuzyskania pożądanej odpowiedzi, dawkę leku można zwiększyć. W przypadku uzyskania odpowiedzi całkowitej (manifestującej się obniżeniem stężenia GH poniżej 1 ng/ml, normalizacją stężeń IGF-1 i (lub) ustąpieniem objawów) dawkę leku można zmniejszyć. U pacjentów, u których analog somatostatyny zapewnia dobrą kontrolę objawów choroby, produkt Somatuline Autogel można wstrzykiwać w dawce 120 mg co 42 lub co 56 dni. Na przykład, u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę za pomocą produktu Somatuline Autogel w dawce 60 mg podawanej co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem Somatuline Autogel w dawce 120 mg podawanej co 56 dni, a u pacjentów, u których kontrolę podaje produkt Somatuline Autogel w dawce 90 mg co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem Somatuline Autogel w dawce 120 mg co 42 dni. Długoterminowe monitorowanie objawów oraz stężeń GH i IGF-1 należy prowadzić zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Leczenie guzów neuroendokrynnych złośliwko-jelitowo-trzustkowych (GEP-NET) G1 i części guzów G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) śródkowej części prajelity, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelity, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami: Zalecana dawka to jedno wstrzyknięcie produktu Somatuline Autogel 120 mg podawane co 28 dni. Leczenie produktem Somatuline Autogel 120 mg należy prowadzić tak długo, jak jest to konieczne w celu kontroli guza. Niewydolność nerek i (lub) wątroby: U pacjentów z zaburzeniem czynności nerek lub wątroby nie jest konieczne dostosowanie dawki ze względu na szeroki zakres dawek terapeutycznych lanretydu. Pacjenci w podeszłym wieku: U pacjentów w podeszłym wieku nie jest konieczne dostosowanie dawki ze względu na szeroki zakres dawek terapeutycznych lanretydu. Dzieci i młodzież: Nie zaleca się stosowania produktu Somatuline Autogel u dzieci i młodzieży z powodu braku danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności. Sposób podawania: Produkt Somatuline Autogel należy wstrzykiwać głęboko podskórnie w górny zewnętrzny kwadrant pośladka lub w górnej zewnętrznej części uda. W przypadku pacjentów, którzy otrzymują stałą dawkę produktu Somatuline Autogel oraz po odpowiednim przeszkoleniu, produkt może być podany samodzielnie przez pacjenta lub przez przeszkoloną osobę. W przypadku samodzielnego podania leku iniekcje należy podawać w górna, zewnętrzną powierzchnię nęki. Decyzję dotyczącą tego, czy pacjent może wykonywać iniekcje samodzielnie, czy powinna je podawać przeszkolona osoba, powinien podjąć lekarz. Niezależnie od miejsca wykonania iniekcji, nie należy przy tym tworzyć fałdu skóry, a igłę należy wprowadzać z sposób zdecydowany, na całą jej długość, prostopadle do powierzchni skóry. Iniekcje należy podawać naciżeniem po lewej i prawej stronie ciała. PRZECIWSKAZANIA: Nadwrażliwość na somatostatyny, pochodne peptydów lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA: Lanretyd może hamować motorykę pecherzyka żółciowego i przyczyniać się do powstania kamieni żółciowych. Dlatego też pacjenci mogą wymagać okresowego monitorowania. Badania farmakologiczne przeprowadzone na zwierzętach, ze lanretydu, podobnie jak somatostatyna i jej analogi, może hamować wydzielanie insuliny i glukagonu. W związku z tym u pacjentów leczonych produktem Somatuline Autogel może wystąpić hipoglikemia lub hiperlikemia. Rozpoczynając leczenie lanretydem należy kontrolować stężenie glukozy we krwi, a u pacjentów chorych na cukrzycę należy odpowiednio zmodyfikować leczenie przeciwcukrzycowe. W trakcie leczenia lanretydem pacjentów z akromegalią obserwowano niewielkie zahamowanie czynności gruczołu tarczowego, chociaż wystąpienie klinicznej niedoczynności tarczycy jest rzadkie. O ile jest to wskazane klinicznie, należy przeprowadzić testy ocenające czynność tarczycy. Podczas leczenia lanretydem u pacjentów bez wcześniejszych zaburzeń kardiologicznych może dojść do zwolnienia akcji serca, które jednak nie musi prowadzić do przekroczenia progu bradykardii. U pacjentów z chorobą serca przed włączeniem lanretydu może wystąpić bradykardia zatokowa. U pacjentów z bradykardią należy zachować ostrożność przy rozpoczynaniu leczenia lanretydem. DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE: Działania niepożądane, zgłaszane w badaniach klinicznych u pacjentów z akromegalią oraz guzami neuroendokrynnymi (GEP-NET), leczonych lanretydem, wymieniono w tabeli z podziałem na odpowiednie układy i narządy, zgodnie z następującą klasyfikacją: bardzo często (≥1/10); często (≥1/100 do <1/100); niezbyt często (≥1/1 000 do <1/100); Dane dotyczące bezpieczeństwa zgromadzone po wprowadzeniu produktu do obrotu (często nieziana). Najczęściej występujące działania niepożądane podczas leczenia lanretydem to zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (najczęściej zgłaszano przemijającą biegunkę i ból brzucha, zwykle o nasileniu łagodnym do umiarkowanego), kamicę żółciową (często bezobjawową) oraz reakcje w miejscu podania (ból, guzek lub stwardnienie). Profil działań niepożądanych jest podobny jak przy stosowaniu tego leku we wszystkich wskazaniach. Klasyfikacja układów i narządów: Działania niepożądane: wzrost aktywności AMT*, nieprawidłowe stężenie AMT*, wzrost stężenia bilirubiny we krwi**, wzrost stężenia glukozy we krwi*, wzrost stężenia hemoglobiny glikowanej*, zmniejszenie masy ciała, zmniejszenie aktywności enzymów trzustkowych**, niezbyt często: wzrost aktywności AspAT*, wzrost aktywności fosfatazy zasadowej we krwi*, nieprawidłowe stężenie bilirubiny we krwi*, spadek stężenia sodu we krwi*. Zaburzenia serca: często: bradykardia zatokowa*; Zaburzenia układu nerwowego: często: ból głowy, zawroty głowy, ospałość*; Zaburzenia żołądka i jelit: biegunka, wolne stolce*, ból brzucha; często: nudności, wymioty, zaparcia, wzdęcia, uczucie pełności, uczucie dyskomfortu w brzuchu, dyspepsja, biegunka tłuszczowa*; niezbyt często: nieprawidłowe zabarwienie stolca*; częstość nieziana: zapalenie trzustki; Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: często: łysienie, hipotrychoza*; Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: często: hipoglikemia, zmniejszenie apetytu*, hiperlikemia, cukrzyca; Zaburzenia naczyniowe: niezbyt często: udzielenia gorąca*; Zaburzenia ogólnie i stany w miejscu podania: często: astenia*, zmęczenie, reakcje w miejscu podania (ból, zgubienie, stwardnienie, guzek, swędź); Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: bardzo często: kamicę żółciową; zapalenie przewodu żółciowego*; Zaburzenia psychiczne: niezbyt często: bezsenność*; Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: często: ból mięśniowo-szkieletowy**, ból mięśniowy*; Zaburzenia układu immunologicznego: częstość nieziana: reakcje alergiczne (w tym obrzęk naczynioruchowy, anafilaksja, nadwrażliwość); - * na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z akromegalią; ** na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z guzami GEP-NET; Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych: Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych, Działu Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobiozycznych: Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: +48 22 49 21 301, Faks: +48 22 49 21 309, e-mail: nda@urpl.gov.pl, PODMIOT ODPOWIEDZIALNOŚCI: IPSEN PHARMA, 65, quai Georges Gorse, 92100 Boulogne-Billancourt, France, INFORMACJI O LEKU UDZIELA: IPSEN Poland Sp. z o.o., Al. Jana Pawła II 29, 00-967 Warszawa, tel.: (22) 653 68 00, fax: (22) 653 68 22. Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: 10944 (Somatuline AUTOGEL, 60 mg), 10945 (Somatuline AUTOGEL, 90 mg), 10946 (Somatuline AUTOGEL, 120 mg); KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI Produktu Leczniczego wydawany z przepisu lekarza – Rp;. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z zatwierdzoną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Data ostatniej aktualizacji Charakterystyki Produktu Leczniczego: 06.05.2017.

10/2017/SQM-PL-000144

Spis treści

List Powitalny	2-3
Przewodniczący Komitet Naukowego i Organizacyjnego	4
Przewodniczący Honorowy	4
Partner Organizacyjny Konferencji	4
Partnerzy Kursu	5
Patroni Medialni Kursu	5
Program Ramowy	6-7
Program Naukowy	8-15
Warsztaty	16-17
Informacje Organizacyjne	18-19

Przyjaciele Polskiej Endokrynologii



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

IPSEN
Innovation for patient care

MERCK



NOVARTIS

Koleżanki i Koledzy



Kiedy nasze spotkanie w Zamościu wydawało się całkowicie niemożliwe, siła i determinacja prof. K. Marczewskiego sprowadza nas do tej „Padwy północy” - jak zwykło się mówić o tym mieście. Jakże to intrygujące miejsce, założone jako prywatne miasto szlacheckie rodziny Zamoyskich, które dzięki unikalnej architekturze projektu włoskiego architekta Bernarda Morano, stało się swego rodzaju perłą renesansu. O unikatowości Zamościa niech świadczy fakt wpisania go na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO. W historii tego miasta kryje się wiele niesamowitych splotów wydarzeń. Niepowtarzalny klimat miasta jest wynikiem wielokulturowości i przenikania się wpływów wielu nacji - mieszkańcami Zamościa byli zarówno Żydzi aszkenazyjscy, jak i rzadko spotykani na naszych ziemiach Żydzi sefardyjscy z Półwyspu Iberyjskiego, a także Ormianie, Ukraińcy, Rusini i wiele innych nacji, które współpracowały ze sobą, a ślady ich bytności można odnaleźć do chwili obecnej.

Założyciel miasta miał jednak bardziej ambitne plany - w 1594 roku ufundował pierwszą prywatną i jedną z pierwszych na ziemiach polskich uczelnię zwaną Akademią Zamojską. Znane słowa wypowiedziane przez kanclerza Zamoyskiego „Takie będą Rzeczypospolite, jakie ich młodzieży chowanie” pozostają nadal aktualne i w jakimś sensie są powodem naszych spotkań, zwłaszcza w tym niesamowitym mieście.

Tyle o historii, a w naszej ofercie programowej bardzo wiele praktycznych wykładów, które mam nadzieję będą nam pomocne w codziennym życiu endokrynologicznym. Oprócz Waszych ulubionych wykładowców pojawią się nowe twarze, które bez wątpienia dodadzą blasku naszemu spotkaniu. Obawiając się o wypełnienie sali wykładowej niewielkim zmartwieniem może być atrakcyjność Zamościa, o której sam się rozpisuję ale moim marzeniem jest aby w trakcie tego kursu każdy odnalazł w tym programie takie elementy, które zatrzymają go na sali wykładowej. Dowodem, że marzenia się spełniają niech będzie nasza obecność w Zamościu, która w pewnym momencie wydawała się niemożliwa.

Miło mi zakomunikować, że ponownie będziemy mieli możliwość wysłuchania wysoko ocenianych przez Państwa wykładów: Prof. B. Cukrowskiej o diecie w przewlekłym autoimmunizacyjnym zapaleniu tarczycy (część druga) i wykładów w Sesji Andrologicznej przygotowanej przez Panią Profesor J. Słowikowską-Hilcher. W programie naszego spotkania nie zabraknie również jednej z ulubionych przez nas wszystkich „Dark Session”, przygotowanej przez szefową Sekcji USG, dr hab. E. Szczepanek-Parulską. Wzorem poprzednich edycji przyznajemy w tej sesji nagrodę za najlepsze wystąpienie i mamy w tym zakresie liderów - czy nadal nimi pozostaną przekonamy się już niedługo, choć już tytuł wystąpienia wprowadza mnie

w olbrzymie zaciekawienie i nie mogę przestać myśleć, czym tym razem zaskoczy nas ośrodek z Gdańska. Do tego Sesja Diabetologiczna zaprojektowana przez ośrodek białostocki o największym doświadczeniu w tym zakresie, Sesja Tarczycowa i wiele innych atrakcji.

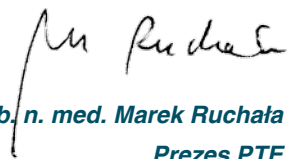
Niezwykle ważnym elementem naszych spotkań jest interdyscyplinarność i interaktywność, dlatego niezmiennie cieszę się z obecności doskonałych Wykładowców, którzy przedstawią nam problemy endokrynologiczne z innej perspektywy. Oczywiście nie zapominamy także o bardzo popularnych warsztatach diagnostyki ultrasonograficznej i obleganych warsztatach biopsyjnych oraz osteoporotycznych. Do tego konkursy, a na deser Sesja ciekawych przypadków klinicznych, tradycyjnie przygotowana przez prof. K. Sworcza - od zawsze ciesząca się olbrzymim zainteresowaniem i utrzymująca słuchaczy na sali konferencyjnej do ostatniego wykładu.

Nie sposób wymienić wszystkich atrakcji jakie dla Was przygotowaliśmy, ale niech część z aktywności pozostanie niespodzianką. Wszystko to zostanie okraszone ciekawym programem artystycznym. W trakcie obrad będziemy mieli możliwość wymiany własnych doświadczeń a w przerwach będziemy czerpać radość ze wspólnego przebywania, rozmów w gronie przyjaciół – bo przecież jesteśmy jedną wielką rodziną endokrynologiczną.

Organizacyjną stroną naszego spotkania zajmie się jak zawsze znana z dobrej współpracy firma „Symposion”, co zapewni nam wysoką jakość naszego kursu.

Wierzę, że choć w niewielkim stopniu zachęciłem Was do przyjazdu do Zamościa. Liczę na Waszą pozytywną odpowiedź i liczne stawiennictwo przyjaciół endokrynologii. Jestem przekonany, że razem stworzymy nową formułę naszych spotkań, dlatego proszę wszystkich o opinię i przesyłanie propozycji na następne spotkania. To Państwo jako odbiorcy najbardziej orientujecie się, co jest największym wyzwaniem w naszej praktyce lekarskiej. Obiecuję dostosować program do waszych oczekiwań.

Serdecznie witam w Zamościu!


prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała
Prezes PTE

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego



prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała
Kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii,
Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła
Klinika Endokrynologii
Katedra Patofizjologii i Endokrynologii
Śląskiego UM w Katowicach

Przewodniczący Honorowy



prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz
Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Partner Organizacyjny Konferencji

Symposion

ul. Obornicka 229, 60-650 Poznań
tel.: 61 66 28 170, faks: 61 66 28 171
e-mail: biuro@symposion.pl
www.symposion.pl

Główni Partnerzy Kursu



Partnerzy Kursu



Patroni Medialni Kursu



Czwartek, 22 marca 2018 r.

12.00-15.00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

Główna sala wykładowa

14.00-15.50 SESJA DIABETOLOGICZNA

15.50-17.20 SESJA ENDOKRYNOLOGII ONKOLOGICZNEJ

17.20-17.40 PRZERWA NA KAWĘ

17.40-18.50 SESJA FIRMY NOVARTIS

19.00-19.15 OTWARCIE XIX KURSU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB METABOLICZNYCH

Piątek, 23 marca 2018 r.

Główna sala wykładowa

8.15-8.45 SPOTKANIE Z KONSULTANTEM KRAJOWYM

8.45-10.15 SESJA ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

10.15-10.30 PRZERWA NA KAWĘ

10.30-11.30 GRANT EDUKACYJNY FIRMY MERCK

11.30-13.00 SESJA POD PATRONATEM FIRMY IPSEN

13.00-14.20 LUNCH

Sobota, 24 marca 2018 r.

Główna sala wykładowa

8.30-9.40 SESJA ANDROLOGICZNA

Sala warsztatowa I

8.30 SPOTKANIE KOMISJI D/S NIEDOBORU JODU

Główna sala wykładowa

9.40-11.50 SESJA TARCZYCOWA

11.50-12.10 PRZERWA KAWOWA

12.10-12.40 SPOTKANIE Z EKSPERTEM

12.40-13.50 SESJA CIEKAWYCH PRZYPADKÓW

13.50 ZAKOŃCZENIE XIX KURSU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB METABOLICZNYCH

12.00-15.00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

Główna sala wykładowa

14.00-15.50 SESJA DIABETOLOGICZNA

Przewodniczący: **Prof. M. Górski, Prof. A. Krętowski, Prof. M. Szelachowska**

14.00-14.20 Czy cukrzycę typu 1 leczy się tylko insuliną?
Prof. Maria Górski

14.20-14.40 Intensyfikacja leczenia cukrzycy typu 2 w oparciu o standardy i praktykę kliniczną
Prof. Adam Krętowski

14.40-15.00 Stany zagrożające życiu w cukrzycy
Prof. Małgorzata Szelachowska

15.00-15.20 Nowe techniki w monitorowaniu glikemii w cukrzycy
Prof. Tomasz Klupa

15.20-15.40 Czy cukrzyca ma płeć?
Dr hab. Beata Matyjaszek-Matuszek

15.40-15.50 Dyskusja

15.50-17.20 SESJA ENDOKRYNOLOGII ONKOLOGICZNEJ

Przewodniczący: **Prof. M. Gietka-Czernel, Prof. K. Ziemnicka, Prof. B. Jarząb**

15.50-16.10 Zespół MEN 1 – wyzwanie dla endokrynologa
Prof. Małgorzata Gietka-Czernel

16.10-16.30 Zespoły z ektopowym wydzielaniem hormonów
Prof. Katarzyna Ziemnicka

16.30-16.50 Nieoperacyjne guzy neuroendokrynne – co dalej po leczeniu izotopowym?
Dr hab. Beata Jurecka-Lubieniecka

16.50-17.10 Analogi GLP-1 a nowotworzenie: fakty i mity
Prof. Anna Popławska-Kita

17.10-17.20 Dyskusja

17.20-17.40 PRZERWA NA KAWĘ

17.40-19.00 SESJA FIRMY NOVARTIS

Przewodniczący: **Prof. M. Ruchała, Prof. B. Kos-Kudła**

17.40-18.15 TWOJA DECYZJA JEST NAJWAŻNIEJSZA! – interaktywny quiz o problematycznych decyzjach diagnostycznych i terapeutycznych w GEP NET
Prof. Beata Kos-Kudła, Prof. Aldona Kowalska

18.15-18.40 Akromegalia – kontrowersje w diagnostyce
Prof. Wojciech Zgliczyński

18.40-19.00 Możliwości poprawy kontroli farmakologicznej akromegalii
Prof. Marek Bolanowski

19.00-19.15 OTWARCIE XIX KURSU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB METABOLICZNYCH



Główna sala wykładowa

8.15-8.45 SPOTKANIE Z KONSULTANTEM KRAJOWYM

Najnowsze rekomendacje i wytyczne w dziedzinie endokrynologii 2017/2018
Prof. Andrzej Lewiński

8.45-10.15 SESJA ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Przewodniczący: **Prof. E. Małecka-Tendera, Prof. M. Karbownik-Lewińska, Prof. A. Milewicz**

8.45-9.05 Noworodek i dziecko matki z hipotyroksynemią i hipertyreotropinemią w ciąży
Prof. Ewa Małecka-Tendera

9.05-9.25 Otyłość a bezpłodna para
Prof. Andrzej Milewicz

9.25-9.45 Choroby tarczycy w ciąży w przypadkach
Prof. Małgorzata Karbownik-Lewińska

9.45-10.05 Nieprawidłowe krwawienia okresu okołomenopauzalnego – współpraca endokrynologa z ginekologiem
Prof. Marek Kudła

10.05-10.15 Dyskusja

10.15-10.30 PRZERWA NA KAWĘ

10.30-11.30 GRANT EDUKACYJNY FIRMY MERCK

Przewodniczący: **Prof. B. Kos-Kudła, prof. M. Ruchała**

10.30-11.00 Choroby tarczycy a serce
Prof. Danuta Czarnecka

11.00-11.30 Dieta w chorobach tarczycy część 2
Prof. Bożena Cukrowska

11.30-13.00 SESJA POD PATRONATEM FIRMY IPSEN

Przewodniczący: **Prof. B. Kos-Kudła, Prof. W. Zgliczyński**

11.30-12.15 Sesja NET:
„I Ty możesz zostać Ekspertem NET”
Prof. Beata Kos-Kudła - Co nowego w NET dla praktyki klinicznej?
- wprowadzenie do prezentacji przypadków
Prezentacja przypadków NET:
dr Violetta Rosiek (NET płuc)
dr Maciej Kołodziej (midgut NET)

12.15-12.50 Sesja Akromegalia:
„Czynniki wpływające na wybór terapii w akromegalii”
Prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

12.50-13.00 Dyskusja

13.00-14.20 LUNCH

14.20-14.50 SPOTKANIE Z EKSPERTEM

Rzadkie choroby układu wewnętrznego wydzielania:
przegląd działań Unii Europejskiej w tym zakresie
Prof. Barbara Jarzab

14.50-15.30 RZADKIE CHOROBY W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Przewodniczący: **Prof. J. Brzeziński, Prof. M. Walczak**

14.50-15.10 Wyzwania w opiece endokrynologicznej u dorosłych pacjentów z zespołem Prader-Willi
Dr Magdalena Góralska

15.10-15.30 Zasady terapii hormonem wzrostu w wieku rozwojowym
Prof. Mieczysław Walczak

15.30-15.50 PRZERWA NA KAWĘ

15.50-18.00 SESJA VARIA

Przewodniczący:
Prof. A. Syrenicz, Prof. K. Marczewski, Prof. G. Kamiński

15.50-16.10	ENDOKRYNOLOGIA MIKROBIOLOGICZNA – interakcje między mikrobiotą a układem endokrynnym? Prof. Jerzy Tarach
16.10-16.30	Przedwczesne starzenie a gospodarka hormonalna Prof. Grzegorz Kamiński
16.30-16.50	Czy endokrynolog może przeciwdziałać starzeniu się człowieka? Prof. Anelli Syrenicz
16.50-17.10	Psychosomatyka w Endokrynologii Prof. Krzysztof Marczewski
17.10-17.30	Rzadkie, „dziwne” choroby, o których zawsze chciałeś wiedzieć, a nie miałeś czasu przeczytać... Prof. Krzysztof Sworczak
17.30-17.50	Zagrożenia wynikające z długotrwałego leczenia osteoporozy Dr hab. n. med. Joanna Głogowska-Szeląg
17.50-18.00	Dyskusja

18.00-20.00 CZAS WOLNY

20.00-21.00 DARK SESSION

SESJA SPONSOROWANA PRZEZ FIRMĘ BERLIN CHEMIE

Przewodniczący:
Dr hab. Ewelina Szczepanek-Parulska, Prof. Marek Dedecjus, Prof. Marek Ruchała

20.00-20.10	Co może kryć się pod zapaleniem tarczycy Aleksandra Kropińska, Barbara Jarząb
20.10-20.20	Rak anaplastyczny tarczycy – pacjenta droga przez mękę Aleksandra Ledwon, Barbara Jarząb
20.20-20.30	Zespół Szereszewskiego, czyli nowe przychodzi ze Wschodu Marta Węgrzyn-Bąk, Iwona Ciuba, Krzysztof Marczewski
20.30-20.40	3,5-letnia dziewczynka z przedwczesnym krwawieniem miesięcznym Agnieszka Zachurzak
20.40-20.50	Jak wyleczenie jednej choroby może wpędzić nas w drugą Katarzyna Ziemińska
20.50-21.00	Może będzie Nobel Sonia Kaniuka-Jakubowska, Anna Lewczuk, Łukasz Obolęńczyk, Monika Łubińska, Krzysztof Sworczak
21.00	Dyskusja

Sobota, 24 marca 2018 r.

Główna sala wykładowa

8.30-9.40 SESJA ANDROLOGICZNA

Przewodniczący: **Prof. J. Słowikowska-Hilczer, Dr hab. Z. Adamczewski, Prof. K. Marczewski**

- | | |
|-----------|---|
| 8.30-8.50 | Rola hormonów tarczycy w męskim układzie płciowym
Dr hab. Katarzyna Marchlewska |
| 8.50-9.10 | Zastosowanie hormonu wzrostu w dopingu
Dr hab. Maciej Hilczer |
| 9.10-9.30 | Niewrażliwość na androgeny
Prof. Jolanta Słowikowska-Hilczer |
| 9.30-9.40 | Dyskusja |

Sala warsztatowa I

8.30 SPOTKANIE KOMISJI D/S NIEDOBÓRU JODU

Główna sala wykładowa

9.40-11.50 SESJA TARCZYCOWA

Przewodniczący: **Prof. A. Hubalewska-Dydejczyk, Prof. A. Lewiński, Prof. E. Bar-Andziak, Prof. M. Ruchała**

- | | |
|-------------|---|
| 9.40-10.00 | Nowe możliwości leczenia łagodnych guzów tarczycy za pomocą echoterapii z wykorzystaniem wysokoskoncentrowanych fal ultrasonograficznych (HIFU)
Prof. Aldona Kowalska |
| 10.00-10.20 | Choroba Graves-Basedowa: spojrzenie okulisty
Dr hab. n. med. Mariusz Nowak |
| 10.20-10.40 | Czy istnieją wskazania do wykonywania badań przesiewowych w kierunku zaburzeń czynności tarczycy u kobiet w ciąży?
Prof. Alicja Hubalewska-Dydejczyk |
| 10.40-11.00 | Diagnostyka i znaczenie kliniczne przerzutów do węzłów chłonnych w raku tarczycy
Prof. Marek Dedecjus |
| 11.00-11.20 | Ultrasonograficzna weryfikacja badania cytologicznego zmian ogniskowych tarczycy - czy USG może zastąpić mikroskop?
Dr hab. Zbigniew Adamczewski |

- | | |
|-------------|--|
| 11.20-11.40 | Witamina D a choroby tarczycy
Dr Piotr Kmieć |
|-------------|--|

- | | |
|-------------|----------|
| 11.40-11.50 | Dyskusja |
|-------------|----------|

11.50-12.10 PRZERWA KAWOWA

12.10-12.40 SPOTKANIE Z EKSPERTEM

Miejsce pegvisomantu w terapii akromegalii
Prof. Marek Bolanowski

12.40-13.50 SESJA CIEKAWYCH PRZYPADKÓW

Przewodniczący: **Prof. A. Kowalska, Prof. J. Tarach, Prof. K. Sworczak**

- | | |
|-------------|---|
| 12.40-12.50 | Przerzut do wątroby nowotworu neuroendokrynnego o nieznanym punkcie wyjścia u kobiety z wywiadem raka piersi
Struk-Panfil Małgorzata, Błażut Krzysztof, Pęksa Rafał, Sworczak Krzysztof |
| 12.50-13.00 | Ektopowy zespół Cushinga - dylematy diagnostyczne i terapeutyczne
Andrysiak-Mamos Elżbieta, Pobłocki Jakub, Syrenicz Anelli |
| 13.00-13.10 | Duży, aktywny guz chromochłonny u ciężarnej 30-letniej kobiety skutecznie leczony laparoskopowo w 16 tyg. ciąży
Łubińska Monika, Hoffmann Michał, Kobiela Paulina, Jendzejewski Jarek, Sworczak Krzysztof |
| 13.10-13.20 | Przez SOR, psychiatrę i neurologię, do ... insulinoma
Węgrzyn-Bąk Marta, Marczewski Krzysztof |
| 13.20-13.30 | Guz chromochłonny u pacjenta z sercem jednokomorowym
Walczyk Joanna, Pantofliński Jacek, Sokołowski Grzegorz, Skalski Janusz, Budzyński Andrzej, Pach Dorota, Hubalewska-Dydejczyk Alicja |
| 13.30-13.40 | Fała endokrynologiczna
Walczyk Joanna, Sokołowski Grzegorz, Pantofliński Jacek, Pach Dorota, Hubalewska-Dydejczyk Alicja |
| 13.40-13.50 | Dyskusja |

13.50 ZAKOŃCZENIE XIX KURSU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHOROBY METABOLICZNYCH

Warsztaty

Czwartek, 22 marca 2018 r.

Sala warsztatowa I

13.30-14.00

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY DO WARSZTATÓW USG TARCZYCY

Prof. dr hab. n. med. Roman Junik

Ocena ultrasonograficzna w zapaleniach tarczycy

Sala warsztatowa II

14.00-15.30

WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY:
USG TARCZYCY DLA POCZĄTKUJĄCYCH

Dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski

Dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska

Dr n. med. Michał Słomian

17.00-18.30

WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY:
WARSZTATY USG TARCZYCY DLA ZAAWANSOWANYCH

Prof. dr hab. n. med. Roman Junik

Dr n. med. Renata Budzyńska-Nosal

Dr n. med. Tomasz Tomkalski

Sala warsztatowa I

17.00-18.30

WARSZTATY DENSYTOMETRYCZNE

Dr Diana Jędrzejuk

Piątek, 23 marca 2018 r.

Sala warsztatowa I

9.15-9.45

WARSZTATY BIOPSJI TARCZYCY – WYKŁAD WPROWADZAJĄCY

Dr n. med. Tomasz Tomkalski

Biopsja cienkoigłowa struktur szyi wspomagana oznaczeniem stężenia parathormonu, kalcytoniny i tyreoglobuliny

Sala warsztatowa II

9.45-11.15

WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY:
ĆWICZENIA SYMULACYJNE – BIOPSJA NA FANTOMIE

Dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska

Dr n. med. Monika Buziak-Bereza

Dr n. med. Marek Maciejewski

Dr n. med. Tomasz Tomkalski

15.00-16.30

WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY:
ĆWICZENIA SYMULACYJNE – BIOPSJA NA FANTOMIE

Prof. dr hab. n. med. Roman Junik

Dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski

Dr n. med. Monika Buziak-Bereza

Dr n. med. Michał Słomian

16.30-18.00

WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY:
ĆWICZENIA SYMULACYJNE – BIOPSJA NA FANTOMIE

Prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

Dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski

Dr Edyta Kozłowska

Dr n. med. Tomasz Tomkalski

Partnerzy warsztatów:



autoryzowany dystrybutor ultrasonografów

Większość rzeczy przemija. Ale nie Sandostatin® LAR®.

Rejestracja w Polsce 24 listopada 1999 r.¹



- Powszechnie stosowany analog somatostatyny w terapii akromegalii i GEP-NET²
- Efekt antyproliferacyjny w terapii NET wywodzących się ze środkowej części prajelita niezależny od czynności hormonalnej guza³
- Możliwość zwiększenia dawkowania do 40 mg co 4 tygodnie w terapii akromegalii⁴

1. Aktualna charakterystyka produktu leczniczego Sandostatin® LAR® 2. Anthony L, Freda PU. From somatostatin to octreotide LAR: evolution of somatostatin analogue. *Curr Med Res Opin* 2009; 25:2989-2999. 3. Rinke A i wsp. Placebo-Controlled, Double-Blind, Prospective, Randomized Study on the Effect of Octreotide LAR in the Control of Tumor Growth in Patients With Metastatic Neuroendocrine Midgut Tumors: A Report From the PROMID Study Group. *Journal of Clinical Oncology* 2009; 27:4656-4663. 4. Colao A, Pivonello R, Auriemma RS i wsp. Beneficial effect of dose escalation of octreotide-LAR as first-line therapy in patients with acromegaly. *Eur J Endocrinol* 2007; 157: 579-587.

NET – guzy neuroendokrynne (ang. neuroendocrine tumors)

GEP-NET – guzy neuroendokrynne żółdkowo-jelitowo-trzustkowe (ang. gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors)

SANDOSTATIN® LAR® Oktreotyd

Postać i skład: Proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań. 1 fiolka zawiera 10 mg, 20 mg lub 30 mg oktreotydu (w postaci oktreotydu octanu). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: produkt zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na dawkę, tzn. zasadniczo jest wolny od sodu. **Wskazania do stosowania:** Leczenie pacjentów z akromegalią, u których leczenie chirurgiczne jest niewskazane lub nieskuteczne lub pacjentów będących w okresie przejściowym, przed wystąpieniem całkowitego efektu działania radioterapii. Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, np. rakowiakami z cechami zespołu rakowiaka. Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym, w przypadku których wykluczono ognisko pierwotne nieznajdące się w środkowej części prajelita. Leczenie gruczolaków przysadki wydzielających TSH: • gdy nie doszło do normalizacji wydzielania po leczeniu chirurgicznym i (lub) radioterapii; • u pacjentów, dla których leczenie chirurgiczne nie jest odpowiednie; • u pacjentów napromieniowanych, aż do chwili, gdy radioterapia osiągnie skuteczność. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dawkowanie:** **Akromegalia:** Zaleca się rozpoczęcie leczenia od podawania produktu Sandostatin LAR w dawce 20 mg co 4 tygodnie przez 3 miesiące. Pacjenci przyjmujący podskórnie (sc.) produkt Sandostatin mogą rozpocząć leczenie produktem Sandostatin LAR następnego dnia po ostatnim podaniu podskórnym produktu Sandostatin. Następnie należy dostosować dawkę produktu na podstawie stężenia w surowicy hormonu wzrostu (ang. GH – growth hormone) i insulinopodobnego czynnika wzrostu 1/somatomedyny C (ang. IGF-1 – insulin-like growth factor) oraz objawów klinicznych. U pacjentów, u których po 3 miesiącach objawy kliniczne i parametry biochemiczne (GH; IGF-1) nie są całkowicie kontrolowane (stężenia GH nadal są większe niż 2,5 mikrogramy/l), dawka może zostać zwiększona do 30 mg co 4 tygodnie. Jeśli po 3 miesiącach parametry GH, IGF-1 i (lub) inne objawy nadal nie są zadowalająco kontrolowane podczas podawania dawki 30 mg, dawka może zostać zwiększona do 40 mg co 4 tygodnie. U pacjentów, u których stężenie GH utrzymuje się stale poniżej 1 mikrograma/l, a stężenie IGF-1 w surowicy uległo normalizacji oraz u których najszybciej ustępujące objawy przedmiotowe i podmiotowe akromegalii cofnęły się po 3 miesiącach leczenia dawką 20 mg, można zastosować produkt Sandostatin LAR w dawce 10 mg co 4 tygodnie. Jednakże, szczególnie w tej grupie pacjentów wskazane jest ścisłe monitorowanie skuteczności leczenia przez oznaczanie stężeń GH i IGF-1 w surowicy oraz ocenę klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych podczas leczenia tą małą dawką produktu Sandostatin LAR. U pacjentów otrzymujących ustaloną dawkę produktu Sandostatin LAR należy określać stężenie GH i IGF-1 co 6 miesięcy. **Hormonalnie czynne guzy żołądka, jelit i trzustki:** Leczenie pacjentów z objawami związanymi z hormonalnie czynnymi guzami neuroendokrynnymi żołądka, jelit i trzustki: Zaleca się rozpoczęcie leczenia od podawania dawki 20 mg produktu Sandostatin LAR co 4 tygodnie. Pacjenci przyjmujący podskórnie produkt Sandostatin powinni kontynuować to leczenie w dawce uprzednio skutecznej przez 2 tygodnie po pierwszym wstrzyknięciu produktu Sandostatin LAR. U pacjentów, u których po 3 miesiącach leczenia wystąpiło zadowalające złagodzenie objawów i wskaźników biologicznych, dawkę produktu Sandostatin LAR można zmniejszyć do 10 mg podawanych co 4 tygodnie. U pacjentów, u których po 3 miesiącach leczenia wystąpiło tylko częściowe złagodzenie objawów można zwiększyć dawkę produktu Sandostatin LAR do 30 mg podawanych co 4 tygodnie. W dniach, gdy pomimo leczenia produktem Sandostatin LAR objawy związane z guzami żołądka, jelit i trzustki są nasilone, zaleca się podać dodatkowo podskórnie produkt Sandostatin w dawce stosowanej przed wprowadzeniem produktu Sandostatin LAR. Może się to zdarzyć szczególnie podczas pierwszych 2 miesięcy leczenia, zanim zostanie osiągnięte terapeutyczne stężenie oktreotydu. **Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym, w przypadku których wykluczono ognisko pierwotne nieznajdące się w środkowej części prajelita:** Zalecana dawka produktu Sandostatin LAR wynosi 30 mg, podawana co 4 tygodnie. Leczenie produktem Sandostatin LAR w celu zahamowania rozwoju guza należy kontynuować w sytuacji braku progresji guza. **Leczenie gruczolaków wydzielających TSH:** Leczenie produktem Sandostatin LAR należy rozpoczynać od dawki 20 mg podawanej co 4 tygodnie i kontynuować przez 3 miesiące przed ewentualnym dostosowaniem dawki. Następnie dawkę można dostosować w zależności od wartości TSH i odpowiedzi hormonu tarczycy. **Stosowanie u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek:** Zaburzenia czynności nerek nie wpływały na wielkość pola pod trzewną (AUC) oktreotydu podanego podskórnie w postaci produktu Sandostatin, dlatego nie ma konieczności dostosowywania dawki produktu Sandostatin LAR. **Stosowanie u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby:** Badania produktu Sandostatin podawanego podskórnie i doustnie wykazały, że możliwości eliminacji mogą być zmniejszone u pacjentów z marskością wątroby, lecz nie są zmniejszone u pacjentów ze stłuszczeniem wątroby. W pewnych przypadkach pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby mogą wymagać dostosowania dawki. **Stosowanie u pacjentów w podeszłym wieku:** W badaniu z produktem Sandostatin podawanym podskórnie nie było konieczne dostosowanie dawki u pacjentów w wieku ≥ 65 lat, dlatego nie ma konieczności dostosowania dawki produktu Sandostatin LAR w tej grupie pacjentów. **Stosowanie u dzieci:** Doświadczenie ze stosowaniem produktu Sandostatin LAR u dzieci jest ograniczone. **Sposób podawania:** Produkt Sandostatin LAR może być podawany wyłącznie w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym. Kolejne wstrzyknięcia domięśniowe należy wykonywać naprzemiennie w lewy lub prawy mięsień pośladkowy. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** **Ogólne:** Guzy przysadki mózgowej wydzielające hormon wzrostu mogą się czasami rozrastać, powodując poważne powikłania (np. ubytki w polu widzenia), dlatego ważne jest, aby każdego pacjenta dokładnie obserwować. Jeżeli pojawią się cechy wzrostu guza, należy rozważyć zastosowanie innych metod leczenia. Terapeutyczne korzyści z leczenia polegające na zmniejszeniu stężenia hormonu wzrostu (GH) oraz normalizacji insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (IGF-1) u pacjentów z akromegalią mogą potencjalnie przywracać płodność. Pacjenci w wieku rozrodczym powinny być poinformowane o potrzebie stosowania odpowiedniej antykoncepcji podczas leczenia oktreotydem, o ile jest to konieczne. U pacjentów poddanych długotrwałemu leczeniu oktreotydem należy kontrolować czynność tarczycy. U pacjentów leczonych oktreotydem należy kontrolować czynność wątroby. **Objawy sercowo-naczyniowe:** Obserwowano częste przypadki bradykardii. Konieczne może być dostosowanie dawki takich produktów leczniczych jak antagoniści receptorów beta-adrenergicznych, antagoniści kanałów wapniowych czy leki stosowane do utrzymania równowagi wodno-elektrolitowej. **Objawy związane z pęcherzykiem żółciowym:** Oktreotyd hamuje wydzielanie cholecystokininy, co powoduje zmniejszoną kurczliwość pęcherzyka żółciowego i wzrost ryzyka osiadania błotka żółciowego i tworzenia się kamieni żółciowych. U 15 do 30% pacjentów, którym długotrwałe podawano podskórnie produkt Sandostatin opisano powstawanie kamieni żółciowych. W populacji ogólnej częstość występowania kamieni żółciowych (w grupie wiekowej 40 do 60 lat) wynosi około 5 do 20%. Długotrwałe podawanie produktu Sandostatin LAR pacjentom z akromegalią lub hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki wskazuje na to, że Sandostatin LAR nie zwiększa częstości tworzenia się kamieni żółciowych w porównaniu z produktem podawanym podskórnie. Jednakże zaleca się badanie ultrasonograficzne pęcherzyka żółciowego przed leczeniem oraz podczas leczenia produktem Sandostatin LAR w odstępach około 6-miesięcznych. Powstające kamienie żółciowe zwykle nie wywoływały objawów klinicznych; kamień żółciowy objawową należy leczyć metodą rozpuszczania kamieni żółciowych z wykorzystaniem kwasów żółciowych lub chirurgicznie. **Metabolizm glukozy:** Z powodu hamującego działania na hormon wzrostu, glukagon i insulinę, produkt Sandostatin LAR może wpływać na regulację stężenia glukozy. Może wystąpić upośledzona poposiłkowa tolerancja glukozy. W niektórych przypadkach, jako wynik długotrwałego podskórnego podawania produktu Sandostatin może zostać wywołany stan przetrwałej hiperglikemii. Zgłaszano również przypadki hipoglikemii. U pacjentów ze współistniejącą cukrzycą typu I, produkt Sandostatin LAR może wpływać na regulację stężenia

Informacje organizacyjne

glukozy i może zmniejszyć się zapotrzebowanie na insulinę. U pacjentów bez cukrzycy oraz pacjentów z cukrzycą typu II z częściowo zachowanymi rezerwami insuliny, produkt Sandostatin podawany podskórnie może zwiększać popoślukowe stężenie glukozy we krwi. Dlatego zaleca się monitorowanie tolerancji glukozy i leczenia przeciw cukrzycowego. U pacjentów z *insulinomą* okreotydy może nasilać hipoglikemię i przedłużać czas jej trwania z powodu silniejszego niż insulina hamowania wydzielania hormonu wzrostu i glukagonu, a także z powodu krócej trwającego działania hamującego na insulinę. Pacjentów tych należy starannie kontrolować. **Odżywianie:** Okreotydy może u niektórych pacjentów zmieniać wchłanianie spożywanych tłuszczów. U niektórych pacjentów przyjmujących okreotydy obserwowano zmniejszenie stężenia witaminy B12 i nieprawidłowe wyniki testu Schillinga. Zaleca się monitorowanie stężenia witaminy B12 w czasie leczenia produktem Sandostatin LAR u pacjentów, u których występował niedobór witaminy B12 w wywiadzie. **Zawartość sodu:** Produkt Sandostatin LAR zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na dawkę, tzn. zasadniczo jest wolny od sodu. **Ciąża:** Istnieją tylko ograniczone dane (mniej niż 300 kobiet w ciąży) dotyczące stosowania okreotydy u kobiet w okresie ciąży, w których u około jednej trzeciej przypadków skutki dla ciąży nie są znane. Większość zgłoszeń otrzymano po wprowadzeniu okreotydy do obrotu, a ponad 50% pacjentek w ciąży narażonych na działanie leku było pacjentkami z akromegalią. Większość kobiet stosowała okreotydy w pierwszym trymestrze ciąży, w dawkach od 100 do 1200 mikrogramów na dobę produktu Sandostatin, podawanego podskórnie lub 10 do 40 mg na miesiąc produktu Sandostatin LAR. Wady wrodzone zgłoszono w około 4% ciąży o znanym wyniku. Nie podejrzewano, by w tych przypadkach istniał związek przyczynowy z okreotydem. Badania na zwierzętach nie wykazały bezpośredniego lub pośredniego toksycznego wpływu na reprodukcję. W ramach środków ostrożności należy unikać stosowania produktu Sandostatin LAR podczas ciąży. **Karmienie piersią:** Nie wiadomo, czy okreotydy przenika do mleka ludzkiego. Badania na zwierzętach wykazały przenikanie okreotydy do mleka karmiących zwierząt. Podczas leczenia produktem Sandostatin LAR nie należy karmić piersią. **Płodność:** Nie wiadomo, czy okreotydy ma wpływ na płodność ludzi. U męskiego potomstwa samic leczonych w okresie ciąży i laktacji stwierdzono późne zstąpienie jąder. Okreotydy nie zaburzał jednak płodności u szczurów obu płci po podaniu dawek w wysokości do 1 mg/kg mc. na dobę. **Działania niepożądane:** Do najczęstszych działań niepożądanych zgłaszanych podczas leczenia okreotydem należą zaburzenia ze strony żołądka i jelit, zaburzenia ze strony układu nerwowego, zaburzenia ze strony wątroby i dróg żółciowych oraz zaburzenia metabolizmu i odżywiania. Do działań niepożądanych zgłaszanych najczęściej podczas badań klinicznych z zastosowaniem okreotydy należały: biegunka, bóle brzucha, nudności, wzdęcia, bóle głowy, kamica żółciowa, hiperglikemia i zaparcia. Innymi, często zgłaszanymi działaniami niepożądanymi były zawroty głowy, miejscowy ból, błotko żółciowe, zaburzenia czynności tarczycy (np. zmniejszenie stężenia hormonu pobudzającego tarczycę [TSH], zmniejszenie stężenia całkowitej T4 oraz zmniejszenie stężenia wolnej T4), luźne stolce, zaburzenia tolerancji glukozy, wymioty, osłabienie i hipoglikemia. Poniżej wymienione działania niepożądane zostały zebrane w czasie badań klinicznych z zastosowaniem okreotydy. Działania niepożądane przedstawiono wg klasyfikacji częstości występowania, stosując następującą konwencję: bardzo często ($\geq 1/10$); często ($\geq 1/100$, $< 1/1000$); niezbyt często ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); rzadko ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$) bardzo rzadko ($< 1/10000$), w tym pojedyncze doniesienia. **Bardzo często:** biegunka, bóle brzucha, nudności, zaparcia, gazy, bóle głowy, kamica żółciowa, hiperglikemia, reakcje w miejscu wstrzyknięcia. **Często:** niestrawność, wymioty, wzdęcia, stolce tłuszczowe, luźne stolce, odbarwienie kału, zawroty głowy, niedoczynność tarczycy, zaburzenia czynności tarczycy (np. zmniejszenie stężenia TSH, zmniejszenie całkowitej T4 oraz zmniejszenie stężenia wolnej T4), zapalenie pęcherzyka żółciowego, błotko żółciowe, hiperbilirubinemia, hipoglikemia, zaburzenia tolerancji glukozy, brak łaknienia, osłabienie, zwiększenie aktywności aminotransferaz, świąd, wysypka, łysienie, duszność, bradykardia. **Niezbyt często:** odwodnienie, tachykardia. **Dane po wprowadzeniu produktu do obrotu:** O spontanicznie zgłaszanych działaniach niepożądanych, informowano na zasadzie dobrowolności, a rzetelne ustalenie częstości ich występowania oraz związku przyczynowego z narażeniem na działanie leku nie zawsze jest możliwe. **Zaburzenia układu immunologicznego:** Anafilaksja, reakcje alergiczne/nadwrażliwość. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Pokrzywka. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** Ostre zapalenie trzustki, ostre zapalenie wątroby bez zastój żółci, cholestatyczne zapalenie wątroby, zastój żółci, żółtaczka, żółtaczka cholestatyczna. **Zaburzenia serca:** Arytmia. **Badania diagnostyczne:** Zwiększenie aktywności fosfatazy zasadowej, zwiększenie aktywności gamma glutamylotransferazy. **Opis wybranych działań niepożądanych:** **Zaburzenia żołądka i jelit:** W rzadkich przypadkach niepożądane objawy ze strony żołądka i jelit mogą przypominać ostrą niedrożność przewodu pokarmowego z postępującym rozkładem brzucha, silnym bólem w nadbrzuszu, twardością brzucha i obroną mięśniową. Wiadomo, że częstość występowania zdarzeń niepożądanych ze strony żołądka i jelit zmniejsza się z upływem czasu, w miarę kontynuowania leczenia. **Reakcje w miejscu wstrzyknięcia:** U pacjentów otrzymujących produkt Sandostatin LAR często zgłaszano reakcje w miejscu wstrzyknięcia, w tym ból, pieczenie, zaczerwienienie, krwiak, krwotok, świąd lub obrzęk; jednak w większości przypadków zdarzenia te nie wymagały interwencji klinicznej. **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania:** Chociaż może zwiększyć się wydzielanie tłuszczu w kale, brak jest danych wskazujących, że długotrwałe leczenie okreotydem może prowadzić do niedoborów odżywiania z powodu złego wchłaniania pokarmu. **Enzymy trzustkowe:** Bardzo rzadko obserwowano ostre zapalenie trzustki, które występowało w pierwszych godzinach lub dniach po podaniu podskórnym produktu Sandostatin i ustępowało po zaprzestaniu podawania leku. Ponadto, u pacjentów leczonych długotrwałe produktem Sandostatin podawanym podskórnie obserwowano zapalenie trzustki wywołane kamicią żółciową. **Zaburzenia serca:** Zarówno u pacjentów z akromegalią, jak i z rakami gruczołu krokowego obserwowano zmiany w EKG, takie jak wydłużenie odstępu QT, zmiany osi serca, wczesną repolaryzację, niski woltaż, zmiany załamka R, przejście załamka R w S, wczesną progresję załamków R oraz niespecyficzne zmiany odcinka ST-T. Jednakże nie udowodniono związku tych zmian ze stosowaniem octanu okreotydy, gdyż u wielu z tych pacjentów występują choroby serca, które mogą być przyczyną takich zmian. **Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych:** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (patrz ChPL). **Kategoria dostępności:** Rp – lek wydawany na receptę. **Pozwolenia MZ na dopuszczenie do obrotu nr:** 4595-4597. **Podmiot odpowiedzialny:** Novartis Poland Sp. z o.o., ul. Marynarska 15, 02-674 Warszawa. **Uwaga:** Przed przepisaniem leku należy zapoznać się z pełną informacją o leku. **Pełna informacja o leku jest dostępna w:** Novartis Poland Sp. z o.o., ul. Marynarska 15, 02-674 Warszawa, tel. 22 375 4 888. **Opracowano:** 01/2017.

Lek Sandostatin® LAR® (*octreotidum*) jest refundowany zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, dostępnym na stronie www.mz.gov.pl. Sandostatin® LAR® 10 mg (*octreotidum*): cena detaliczna 2324,85 zł. Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta: 22,20 zł. Sandostatin® LAR® 20 mg (*octreotidum*): cena detaliczna 4621,20 zł. Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta: 12,70 zł. Sandostatin® LAR® 30 mg (*octreotidum*): cena detaliczna 6917,55 zł. Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta 4,57 zł.

Data Kursu

22-24 marca 2018 roku
/czwartek-sobota/

Miejsce obrad

Hotel Koronny
Koszary 7, 22-400 Zamość



Rejestracja i Biuro Kursu

Biuro Kursu znajduje się na parterze w Hotelu Koronnym i będzie czynne:

- ▶ czwartek, 22 marca 2018 roku, w godz. 12.00-19.00
- ▶ piątek, 23 marca 2018 roku, w godz. 7.30-18.00
- ▶ sobota, 24 marca 2018 roku, w godz. 8.00-14.00

Uczestnikom Kursu zostaje zapewniony

- ▶ wstęp na sesje naukowe
- ▶ udział w wystawie medycznej
- ▶ program
- ▶ streszczenia wykładów
- ▶ identyfikator
- ▶ certyfikat potwierdzający uczestnictwo w Kursie

Podczas rejestracji otrzymali Państwo

- ▶ teczkę z programem i materiałami konferencyjnymi
- ▶ streszczenia wykładów
- ▶ identyfikator
- ▶ certyfikat

Identyfikatory

Uprzejmie dziękujemy za posiadanie przez cały czas trwania Kursu imiennego identyfikatora, otrzymanego podczas rejestracji.



Letrox®

Levothyroxinum natrium 50/75/100/125/150

DLA TARCZYCY^{*} BEZ LAKTOZY¹

Należy pamiętać, że nawet **niewielka ilość** laktozy może prowadzić do **zaburzeń trawienia i wchłaniania substancji czynnej** leku.²

Nietolerancja laktozy znacząco wpływa na wzrost zapotrzebowania na **lewotyroksynę T4** u pacjentów z niedoczynnością tarczycy.^{3,**}

W przypadku potwierdzenia nietolerancji laktozy **należy zastosować preparat niezawierający laktozy** oraz dietę bezlaktozową.²

Letrox® wszystkie dawki **bez laktozy¹**

Letrox®

Levothyroxinum natrium 50/75/100/125/150

DLA TARCZYCY^{*} BEZ LAKTOZY¹



Nazwa produktu leczniczego: LETROX® 50; 50 µg, tabletki; LETROX® 75; 75 µg, tabletki LETROX® 100; 100 µg, tabletki; LETROX® 125; 125 µg, tabletki LETROX® 150; 150 µg, tabletki. **Skład jakościowy i ilościowy:** Każda tabletka produktu leczniczego LETROX® 50 zawiera 53,2 – 56,8 µg lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natrium) x H₂O, co odpowiada 50 µg lewotyroksyny sodowej. Każda tabletka produktu leczniczego LETROX® 75 zawiera 79,8 – 85,2 µg lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natrium) x H₂O, co odpowiada 75 µg lewotyroksyny sodowej. Każda tabletka produktu leczniczego LETROX® 100 zawiera 106,4 – 113,6 µg lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natrium) x H₂O, co odpowiada 100 µg lewotyroksyny sodowej. Każda tabletka produktu leczniczego LETROX® 125 zawiera 133 – 142 µg lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natrium) x H₂O, co odpowiada 125 µg lewotyroksyny sodowej. Każda tabletka produktu leczniczego LETROX® 150 zawiera 159,6 – 170,4 µg lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natrium) x H₂O, co odpowiada 150 µg lewotyroksyny sodowej. **Postać farmaceutyczna:** Tabletki. **Wskazania do stosowania:** terapia zastępcza i uzupełniająca w niedoczynności tarczycy o różnej etiologii; zapobieganie wznowie wola tarczycy po leczeniu operacyjnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą); leczenie wola obojętnego, pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w chorobie Gravesa-Basedowa w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy – nie dotyczy LETROX® 150; terapia zastępcza i supresyjna złośliwego raka tarczycy, szczególnie po operacji wycięcia tarczycy – nie dotyczy LETROX® 50; test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy – nie dotyczy LETROX® 50, LETROX® 150. **Dawkowanie i sposób podawania:** Jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, należy stosować się do poniższych zaleceń dotyczących dawkowania. Indywidualna dawka dobową powinna być ustalona na podstawie badania lekarskiego i wyników testów laboratoryjnych. U pacjentów w podeszłym wieku, pacjentów z chorobą wieńcową serca i pacjentów z długotrwałą lub ciężką niedoczynnością tarczycy leczenie hormonami tarczycy powinno być prowadzone ze szczególną ostrożnością. U tych pacjentów leczenie należy zacząć od małej dawki początkowej, która następnie powinna być zwiększana powoli w dużych odstępach czasu z jednoczesnym monitorowaniem stężenia hormonów tarczycy. Doświadczenia wykazały, iż małe dawki początkowe są również wystarczające w przypadku niewielkiej masy ciała oraz dużego wola guzkowego. **Dawkowanie: Wskazanie:** Niedoczynność tarczycy. **Dawkowanie u dorosłych - dawka początkowa** 25 do 50 µg/dobę, (dawkę należy zwiększać o 25-50 µg w 2-4 tygodni), dawka podtrzymująca 100 do 200 µg/dobę. **Dawkowanie u dzieci.** Dawka początkowa 12,5 do 50 µg/dobę, Dawka początkowa (noworodki) 25 do 50 µg/dobę. Wielkość dawki podtrzymującej, stosowanej przez dłuższy czas, ustalana jest między innymi na podstawie wieku i wagi dziecka. **Wiek:** 0-6 miesięcy: 25-50 µg/dobę, 10-15 µg/kg/dobę; 6-24 miesiące: 50-75 µg/dobę, 8-10 µg/kg/dobę; 2-10 lat: 75-125 µg/dobę, 4-6 µg/kg/dobę; 10-16 lat: 100-200 µg/dobę, 3-4 µg/kg/dobę; > 16 lat: 100-200 µg/dobę, 2-3 µg/kg/dobę. W przypadku wrodzonej niedoczynności tarczycy jak najszybsze rozpoczęcie leczenia jest decydujące dla osiągnięcia normalnego rozwoju psychoruchowego. Wartości standardowe stężenia T4 należy osiągnąć podczas pierwszych 3 do 4 lat życia. Podczas pierwszych 6 miesięcy życia ocena stężenia T4, jako parametru kontrolnego, jest bardziej wymierna, niż stężenie TSH. Pomimo odpowiedniego dawkowania T4 normalizacja stężenia TSH może trwać, w pojedynczych przypadkach, do 2 lat. Profilaktyka nawrotu wola - 75 – 200 µg/dobę; wole obojętne 75 – 200 µg/dobę, po operacji usunięcia tarczycy z powodu złośliwego raka tarczycy – nie dotyczy: LETROX® 50; 150 do 300 µg/dobę. Terapia wspomagająca leczenie tyreostatyczne nadczynności tarczycy – nie dotyczy LETROX® 50; 50 do 100 µg/dobę. Test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy – nie dotyczy: LETROX® 50; LETROX® 150 - 200 µg/dobę (przez 14 dni do momentu wykonania scyntygramu). Całkowitą dawkę dobową należy przyjmować rano, na czczo, co najmniej ½ godziny przed śniadaniem, popijając niewielką ilością wody. Niemowlęta (noworodki) otrzymywać dawkę dobową, co najmniej na ½ godziny przed pierwszym karmieniem. Dzieci należy rozpuścić w niewielkiej ilości wody, a powstałą w ten sposób zawiesinę podać z odpowiednią ilością płynów. Uwaga: za każdym razem tabletki muszą być rozpuszczane bezpośrednio przed podaniem. Czas trwania leczenia: w chorobie Gravesa-Basedowa nadczynność tarczycy: zazwyczaj przez całe życie; w przypadku profilaktyki nawrotu wola: kilka miesięcy lub lat, a nawet do końca życia; w przypadku wola obojętnego: kilka miesięcy lub lat, a nawet do końca życia; w terapii wspomagającej leczenie nadczynności tarczycy czas trwania leczenia zależy od długości leczenia tyreostatycznego. W przypadku operacji usunięcia tarczycy z powodu złośliwego raka tarczycy: zazwyczaj przez całe życie. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na substancję czynną – lewotyroksynę – lub którąkolwiek substancję pomocniczą wchodzącą w skład produktu LETROX®; nadczynność tarczycy, niezależnie od etiologii (wyjątek stanowi terapia wspomagająca leczenie tyreostatyczne

nadczynności tarczycy po osiągnięciu eutyreozy; należy jednak pamiętać, że jednocześnie przyjmowanie lewotyroksyny i leku tyreostatycznego jest przeciwwskazane u kobiet w ciąży), LETROX® 50, LETROX® 100, LETROX® 150 dodatkowo – nieleczonej nadczynności tarczycy (niezależnie od etiologii), nieleczonej nadczynności kory nadnerczy, nieleczonej nadczynności przysadki, ostrej zawału mięśnia sercowego, ostre zapalenie mięśnia sercowego, ostre zapalenie serca. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Przed rozpoczęciem terapii hormonem tarczycy należy wykluczyć lub wprowadzić odpowiednią terapię następujących chorób: Niedydolność wieńcowa, dusznica bolesna, niewydolność serca lub zaburzenia rytmu (tachyarytmia), LETROX® 50, LETROX® 100, LETROX® 150 – nadciśnienie. Należy szczególnie ostrożnie ustalać lub zwiększać dawkę, aby uniknąć jądrowej nadczynności tarczycy. W związku z tym, może być konieczna częstsza kontrola stężenia hormonów tarczycy. Niedoczynność tarczycy, niedoczynność kory nadnerczy, niedoczynność przysadki. W przypadku wtórnej niedoczynności tarczycy, należy wykluczyć jednocześnie niedoczynność kory nadnerczy. Jeśli niedoczynność kory nadnerczy zostanie potwierdzona, w pierwszej kolejności należy zastosować hydrokortyzon. U kobiet z niedoczynnością tarczycy, w okresie pomenopauzalnym, ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia osteoporozy, należy częściej kontrolować tarczycę, w celu uniknięcia zbyt dużych stężeń lewotyroksyny w surowicy krwi. Guzki autonomiczne. Jeśli istnieje podejrzenie występowania guzków autonomicznych tarczycy, należy przeprowadzić test TRH lub scyntygrafię supresyjną. LETROX® 50, LETROX® 100, LETROX® 150 – Bardzo rzadkie przypadki niedoczynności tarczycy zostały stwierdzone u pacjentów przyjmujących sawelamer i lewotyroksynę. Ścisłe monitorowanie stężenia TSH jest polecane pacjentom poddawającym leczeniu obydwioma produktami leczniczymi. **Działania niepożądane:** Ocena działań niepożądanych opiera się na następujących określeniach częstości ich występowania: Bardzo często: ≥ 1/10. Często: ≥ 1/100, < 1/10. Niezbyt często: ≥ 1/1 000, < 1/100. Rzadko: ≥ 1/10 000, < 1/1 000. Bardzo rzadko: < 1/10 000, częstość nieznana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Podczas prawidłowo prowadzonego i kontrolowanego leczenia produktem LETROX®, wystąpienie działań niepożądanych jest mało prawdopodobne. W bardzo rzadkich przypadkach, jeśli zalecana dawka nie jest tolerowana lub wystąpiło przedawkowanie produktu leczniczego, szczególnie w przypadku zbyt szybkiego zwiększania dawki na początku leczenia, mogą wystąpić następujące objawy: tachykardia, zaburzenia rytmu serca, drżenia, bóle wieńcowe, pobudzenie, bezsenność, przewrocinie, spadek masy ciała, biegunka. W przypadku wystąpienia powyższych objawów, należy zmniejszyć dobową dawkę produktu leczniczego lub przerwać jego podawanie na kilka dni. Po ustąpieniu objawów leczenie można wznowić ostrożnie ustalając dawkowanie. W przypadku nadwrażliwości na lewotyroksynę lub na którąkolwiek z substancji wchodzących w skład produktu LETROX®, mogą wystąpić reakcje nadwrażliwości, takie jak: pokrzywka, skurcz oskrzeli i obrzęk krtani. W bardzo rzadkich przypadkach obserwowano wstrząs anafilaktyczny. W takich przypadkach należy przerwać podawanie produktu. LETROX® 50, LETROX® 100, LETROX® 150 – Zaburzenia układu immunologicznego: bardzo rzadko – wstrząs anafilaktyczny; częstość nieznana: pokrzywka, skurcz oskrzeli, obrzęk krtani. Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: zmniejszenie masy ciała. Zaburzenia psychiczne: bardzo rzadko: niepokój, bezsenność. Zaburzenia układu nerwowego: bardzo rzadko: drżenia, ból głowy, łagodne nadciśnienie śródczaszkowe. Zaburzenia serca: bardzo rzadko: przyspieszona czynność serca, (tachykardia), zaburzenia rytmu serca (arytmie), palpacje, dławica piersiowa. Zaburzenia żołądka i jelit: bardzo rzadko: wymioty biegunka. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: bardzo rzadko: nadmierne potliwość. Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, tkanki łącznej, kości: bardzo rzadko: osłabienie mięśni, kurcze mięśni. Zaburzenia układu rozrodczego i piersi: bardzo rzadko: zaburzenia miesiączkowania. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: uczucie gorąca, gorączka (aktualizacja: Letrox 100, Letrox 150-22,05;14; Letrox 75, Letrox 125-7,3;14). **Ceny detaliczne:** LETROX® 50 (50) – 6,53 PLN; LETROX® 75 (50) – 5,86 PLN; LETROX® 100 (50) – 7,92 PLN; LETROX® 125 (50) – 9,34 PLN; LETROX® 150 (50) – 11,22 PLN; **Maksymalna kwota dopłaty ponoszona przez pacjenta:** LETROX® 50 (50) – 5,99 PLN; LETROX® 75 (50) – 3,46 PLN; LETROX® 100 (50) – 4,01 PLN; LETROX® 125 (50) – 4,44 PLN; LETROX® 150 (50) – 5,34 PLN. Ceny z dn. 01.01.2018. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** BERLIN-CHEMIE AG Glenierich Weg 125; 12489 Berlin; Niemcy. **Numerzy pozwoleń na dopuszczenie do obrotu wydane przez Prezesa URPLWLPIB:** LETROX® 50 R/3740; LETROX® 75 21735; LETROX® 100 R/1689; LETROX® 125 21736; LETROX® 150 8206. **Lek wydawany z przepisu lekarza (Rp).** Pełna informacja o leku dostępna na załączenie. **Informacja naukowa o leku:** Berlin-Chemie/Menarini Polska Sp. z o.o., ul. Słomińskiego 4, 00-204 Warszawa, tel. (022) 566 21 00, fax: (022) 566 21 01.

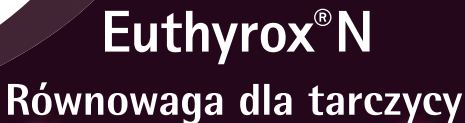
Berlin-Chemie/Menarini Polska Sp. z o.o.
ul. Słomińskiego 4, 00-204 Warszawa
tel. + 48 (22) 566 21 00, fax + 48 (22) 566 21 01
e-mail: biuro@berlin-chemie.com

1. ChPL Letrox 50, 75, 100, 125, 150

* Letrox 50, 75, 100, 125, 150 Terapia zastępcza i uzupełniająca w niedoczynności tarczycy o różnej etiologii; Zapobieganie wznowie wola tarczycy po leczeniu operacyjnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą); Leczenie wola obojętnego u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą); Leczenie 75, 100, 125 Pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w chorobie Gravesa-Basedowa w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy; Terapia zastępcza i supresyjna nowotworów złośliwych tarczycy, szczególnie po operacji wycięcia tarczycy; Test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy. Letrox 150 Terapia zastępcza i supresyjna złośliwego raka tarczycy, szczególnie po operacji wycięcia tarczycy. Letrox 50 Pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w chorobie Gravesa-Basedowa w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy.

Przygotowano: styczeń 2018 PL-LET-2018-C1-3-PRINT

1. ChPL Letrox 50, 75, 100, 125, 150
2. Zadoptowano z: Ruchala M, i wsp. Endokrynolog Pol 2012;63(4):318-23
3. Zadoptowano z: Cellini M et al. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(8):E1454-8.



»» Efekt Motyla ««

125 μ s

MERCK