

PROGRAM

33

KURS KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHORÓB METABOLICZNYCH

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego

prof. dr hab. n. med. **Alicja Hubalewska-Dydejczyk**

prof. dr hab. n. med. **Beata Kos-Kudła**

prof. dr hab. n. med. **Marek Ruchała**



4-6 grudnia

SympoMed



ZAPRASZAMY NA



**POLSKIE TOWARZYSTWO
ENDOKRYNOLOGII
ONKOLOGICZNEJ**



III ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII ONKOLOGICZNEJ

3rd Congress of the Polish Society of Oncological Endocrinology

X ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA TYREOLOGICZNEGO

10th Congress of the Polish Thyroid Association

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska
Prof. dr hab. n. med. Anieli Syrenicz



**16-18 kwietnia 2026
HOTEL ANDEL'S ŁÓDŹ**

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO



prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

Kierownik Oddziału Klinicznego Endokrynologii, Endokrynologii Onkologicznej,
Medycyny Nuklearnej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego



prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

Klinika Endokrynologii
Katedra Patofizjologii i Endokrynologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego



prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

Kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii,
Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Endokrynologii
Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego

PRZYJACIELE POLSKIEJ ENDOKRYNOLOGII:



Caring Innovation



PARTNER ORGANIZACYJNY KURSU

Sympomed sp. z o.o. sp. k.
ul. Sienkiewicza 5/3
60-816 Poznań
biuro@sympomed.pl
sympomed.pl

SympoMed
SYMPOZJUM MEDYCYN

PARTNERZY STRATEGICZNI WYDARZENIA



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

MERCK

PARTNERZY GŁÓWNI WYDARZENIA



 **NOVARTIS**

PARTNERZY WYDARZENIA



PARTNERZY WARSZTATÓW USG



ZAPRASZAMY NA SESJĘ

PIĄTEK

12:30 – 14:00

Nowotwory neuroendokrynne: serce i izotopy – teranostyka w nowym wymiarze

**Przewodniczenie i prowadzenie sesji:
prof. Beata Kos-Kudła**

Prelegenci i Eksperti:

Prof. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

Prof. Marek Ruchała

Prof. Grzegorz Kamiński

Dr n. med. Maciej Kołodziej

Dr n. med. Katarzyna Jóźwik-Plebanek

Dr n. med. Anna Błach

Lek. med. Paweł Komarnicki

11:20 - 11:30 **Rozpoczęcie 33. Kursu Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych**

prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

11:30 - 12:40 **Sesja Klubu 30**

Przewodniczący sesji: dr n. med. Dorota Filipowicz,
lek. Łukasz Działach

11:30 - 11:50 **Analgetyczne właściwości pasireotydu w leczeniu agresywnych guzów przysadki**
lek. Maria Komisarz-Calik

11:50 - 12:10 **Analiza parametrów metabolicznych u dorosłych pacjentów z ciężkim niedoborem hormonu wzrostu podczas terapii rhGH**
lek. Zuzanna Żak-Skryśkiewicz

12:10 - 12:30 **Obciążenie allostatyczne w guzach przysadki - analiza i zastosowanie w praktyce klinicznej**
lek. Martyna Strzelec

12:30 - 12:40 **Dyskusja**

12:40 - 13:20 **Personalizacja leczenia Pit-Net wydzielających PRL - optymalna współpraca endokrynologa i neurochirurga**

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Zieliński,
prof. dr hab. n. med. Przemysław Witek

13:20 - 13:30 **PRZERWA**

13:30 - 15:25 **Varia 1**

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Wojciech Bik,
prof. dr hab. n. med. Marek Kudła,
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski

13:30 - 13:50 **Nowości w terapii radioligandowej**

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski

13:50 - 14:10 **Rok 2025 – rokiem wytycznych w MENI**

dr n. med. Małgorzata Trofimiuk-Müldner

14:10 - 14:30 **Neuropeptydy to nie tylko teoria, ale także zastosowanie w praktyce**

prof. dr hab. n. med. Wojciech Bik

14:30 - 14:50 **Zespół rakowiaka - aspekty kliniczne i terapeutyczne, aktualne standardy postępowania**

dr hab. n. med. Violetta Rosiek

14:50 - 15:10 **Dobór antykoncepcji dla pacjentek endokrynologicznych: co powinien wiedzieć endokrynolog**

prof. dr hab. n. med. Marek Kudła

15:10 - 15:25 **Dyskusja**

15:25 - 15:35 **PRZERWA**

15:35 - 16:05 **Spotkanie z Ekspertem**

prof. George Mastorakos

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

Hirsutyzm – postępowanie

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

16:05 - 16:35 **Menopause and Obesity**

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

16:35 - 16:45 **PRZERWA**

16:45-17:35

Sesja Otyłość i Cukrzyca

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Roman Junik,
prof. dr hab. n. med. Anna Popławska-Kita,
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Baranowska-Bik

16:45 - 17:05

Biologiczny sabotaż: neuroendokrynne mechanizmy oporności wobec leczenia otyłości

prof. dr hab. n. med. Anna Popławska-Kita

17:05 - 17:25

„Co endokrynolog może zrobić dla serca” czyli rzecz o leczeniu otyłości?

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Baranowska-Bik

Wykład pod patronatem Novo Nordisk

17:25 - 17:35

Dyskusja

17:35 - 17:45

PRZERWA

17:45 - 18:30

Sesja medycyny sportu

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek,
prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

Stosowanie glikokortykosteroidów a proces ubiegania się o wyłączenia dla celów terapeutycznych

dr n. med. Jarosław Krzywański

Zdolności wysiłkowe a cykl menstruacyjny

prof. dr hab. n. med. Nadia Sawicka-Gutaj

Dyskusja

18:30 - 19:30

XV Konsensus ds. akromegalii a krajowe realia refundacyjne - miejsce pasyreotydu w świetle najnowszych danych z praktyki klinicznej

prof. dr hab. n. med. Marek Bołanowski,
dr hab. n. med. Maria Stelmachowska-Banaś, prof. CMKP

Moderatorzy:

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Przemysław Witek

19:30 - 20:20

KOLACJA

20:20 - 21:00

Inauguracja – otwarcie 33. Kursu Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych



Somatuline® autogel®
lanreotide

SUKCES TKWI W SZCZEGÓŁACH

Najdrobniejszy szczegół w sposobie szlifowania diamentu ma ogromny wpływ na jego wartość.

BEZCENNY



NISKIEJ WARTOŚCI

Tak samo każdy szczegół może mieć ogromny wpływ na wyniki **leczenia pacjenta z NET i akromegalią**.

Somatuline® Autogel® to:

- **mniej ból** podczas iniekcji w porównaniu do oktreotydu LAR¹.
- **możliwość samoiniekcji** lub podawania leku przez przeszkoloną osobę* **w zaciszu własnego domu**².

SOM-PL-001546

Somatuline AUTOGEL, 60 mg, 90 mg, 120 mg (Lanreotyd), roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawkę; SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY: Lanreotyd 60 mg, 90 mg, 120 mg (pościak lanreotyd octanu). Każda ampułko-strzykawka zawiera przesycony roztwór lanreotydu octanu w postaci zasady, o stężeniu odpowiadającym 0,246 mg lanreotydu na 1 mg roztworu, co zapewnia rzeczywistą dawkę lanreotydu w jednej iniekcji wynoszącą odpowiednio 60 mg, 90 mg lub 120 mg.

POSTAC FARMACEUTYCZNA: Roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawkę. Bezwodny, biały, przesycony roztwór. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** - w długotrwałym leczeniu chorych na akromegalię, gdy stężenia krążącego hormonu wzrostu (GH) i (lub) insulinoopodobnego 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 akromegalię jest obniżenie stężeń GH i IGF-1, a nie jest to możliwe, doprowadzając ich do wartości prawidłowych; - w leczeniu objawów związanych z akromegalią; - w leczeniu guzów neuroendokrynnych żółtkowo-jelitowo-trzustkowych (GEP-NET) G1 i części guzów G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części przełajta, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przełajta, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami; - w leczeniu objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi.

DAWKOWANIE I SPOŚOB PODAWANIA: Produkt leczniczy Somatuline Autogel dostępny jest w trzech dawkach: 60 mg, 90 mg i 120 mg lanreotydu. Akromegalia: Zalecana dawka początkowa wynosi od 60 do 120 mg podawana co 28 dni. Następnie należy dostosować dawkę leku w zależności od odpowiedzi pacjenta (mierzonej złagodzeniem objawów i (lub) obniżeniem stężeń GH i (lub) IGF-1). W przypadku nieuzyskania pożądanego odpowiedź, dawkę leku można zwiększyć. Dawkę można zwiększyć, jeśli stężenie GH przekracza 2,5 ng/ml. W przypadku stężeń GH w zakresie od 2,5 ng/ml do 1 ng/ml, dawkę można utrzymać, jeśli zależny od wieku poziom IGF-1 jest prawidłowy. W przypadku uzyskania całkowitej kontroli (obniżenie stężeń GH poniżej 1 ng/ml, normalizacja stężeń IGF-1 i (lub) ustąpienie objawów) dawkę leku można zmniejszyć. U pacjentów, u których analog somatostatyny zapewnia dobrą kontrolę objawów choroby, produkt leczniczy Somatuline Autogel można wstrzykiwać w dawce 120 mg co 42 lub 56 dni. Na przykład, u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę za pomocą produktu leczniczego Somatuline Autogel w dawce 60 mg podawanej co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem leczniczym Somatuline Autogel w dawce 120 mg podawanej co 56 dni, a u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę podając produkt leczniczy Somatuline Autogel w dawce 90 mg co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem leczniczym 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 objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi Zalecana dawka początkowa wynosi od 60 do 120 mg podawana co 28 dni. Następnie należy dostosować dawkę indywidualnie w zależności od stopnia ustąpienia objawów. Maksymalna zalecana dawka to 120 mg co 28 dni. U pacjentów, u których analog somatostatyny zapewnia dobrą kontrolę objawów choroby, produkt leczniczy Somatuline Autogel można wstrzykiwać w dawce 120 mg co 42 lub 56 dni. Na przykład, u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę za pomocą produktu leczniczego Somatuline Autogel w dawce 60 mg podawanej co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem leczniczym Somatuline Autogel w dawce 120 mg podawanej co 56 dni, a u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę podając produkt leczniczy Somatuline Autogel w dawce 90 mg co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem leczniczym Somatuline Autogel w dawce 120 mg co 42 dni. Należy ściśle monitorować objawy po zmianie leczenia obejmującej dłuższe odstępy między dawkami. Leczenie guzów neuroendokrynnych żółtkowo-jelitowo-trzustkowych (GEP-NET) G1 i części guzów G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części przełajta, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przełajta, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami. Zalecana dawka to jedno wstrzyknięcie produktu leczniczego Somatuline Autogel 120 mg podawane co 28 dni. Leczenie produktem leczniczym Somatuline Autogel 120 mg należy prowadzić tak długo, jak jest to konieczne w celu kontroli guza. Zaburzenia czynności nerek i (lub) wątroby: U pacjentów z zaburzeniem czynności nerek lub wątroby nie jest konieczne dostosowanie dawki ze względu na szeroki zakres dawek terapeutycznych lanreotydu. Pacjenci w podeszłym wieku: U pacjentów w podeszłym wieku nie jest konieczne dostosowanie dawki ze względu na szeroki zakres dawek terapeutycznych lanreotydu. Dzieci i młodzież: Nie określono bezpieczeństwa ani skuteczności stosowania produktu leczniczego Somatuline Autogel u dzieci i młodzieży. Sposób podawania: Produkt leczniczy Somatuline Autogel należy wstrzykiwać głęboko podskórnie w górny zewnętrzny kwadrant pośladka lub w górny zewnętrzny część uda. W przypadku pacjentów, którzy otrzymują stałą dawkę produktu Somatuline Autogel oraz po odpowiednim przeszkoleniu przez pracownika służby zdrowia, produkt może być podany samodzielnie przez pacjenta lub przez przeszkoloną osobę. W przypadku samodzielnego podania leku iniekcję należy podawać w górna, zewnętrzną powierzchnię uda. Decyzje dotyczące tego, czy pacjent może wykonywać iniekcję samodzielnie, czy powinna je podawać przeszkolona osoba, powinien podjąć pracownik służby zdrowia. Niezależnie od miejsca wykonania iniekcji, nie należy przy tym tworzyć fałdu skóry, a igłę należy wprowadzać w sposób zdecydowany, na całą jej długość, prostopadłe do powierzchni skóry. Iniekcje należy podawać naprzemiennie po lewej i prawej stronie ciała. **PRZECIWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na substancję czynną, somatostatynę, pochodne peptydów lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA:** Kamica żółciowa i powikłania kamicy żółciowej Lanreotyd może hamować motorykę pęcherzyka żółciowego i przyczynić się do powstawania kamieni żółciowych. Dlatego pacjenci mogą wymagać okresowego monitorowania. W przypadku długotrwałego leczenia zaleca się wykonywanie badania echograficznego pęcherzyka żółciowego przed leczeniem oraz co 6 miesięcy. Po wprowadzeniu leku do obrotu, u pacjentów leczonych lanreotydem zgłaszano przypadki komplikacji związanych z tworzeniem się kamieni żółciowych takie jak zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie dróg żółciowych i zapalenie trzustki, wymagające cholecystektomii. W przypadku podejrzenia powikłań związanych z kamcią żółciową należy przerwać stosowanie lanreotydu i wdrożyć odpowiednie leczenie. **Hiperkalemia i hipokalemia**

Badania farmakologiczne przeprowadzone na zwierzętach i u ludzi wykazały, że lanreotyd, podobnie jak somatostatyna i jej analogi, może hamować wydzielanie insuliny i glukagonu. W związku z tym u pacjentów leczonych lanreotydem może wystąpić hipokalemia lub hiperkalemia. Rozpoczynając leczenie lanreotydem, należy kontrolować stężenie glukozy we krwi, a gdy dawka zostanie zmieniona należy odpowiednio zmodyfikować leczenie przeciwcukrzycowe. Niedoczynność tarczycy W trakcie leczenia lanreotydem pacjentów z akromegalią obserwowano niewielkie zmniejszenie czynności gruczołu tarczowego, chociaż wystąpienie klinicznej niedoczynności tarczycy jest rzadkie. O ile jest to wskazane klinicznie, należy przeprowadzić badania oceniające czynność tarczycy. **Bradykardia** Podczas leczenia lanreotydem u pacjentów bez wcześniejszych zaburzeń kardiologicznych może dojść do zwolnienia akcji serca, które jednak nie musi prowadzić do przekroczenia progów bradykardii. U pacjentów z chorobą serca przed włączeniem lanreotydu może wystąpić bradykardia zatokowa. U pacjentów z bradykardią należy zachować ostrożność przy rozpoczęciu leczenia lanreotydem. **Czynność trzustki** U niektórych pacjentów leczonych lanreotydem z powodu guzów neuroendokrynnych przewodu pokarmowego i trzustki obserwowano zewnątrzwydzielniczą niewydolność trzustki (ang. pancreatic exocrine insufficiency - PEI). Objawy PEI mogą obejmować stolce tłuszczowe, luźne stolce, wzdęcia brzucha i utratę masy ciała. U pacjentów z tymi objawami należy rozważyć badania przesiewowe i odpowiednie leczenie PEI zgodnie z wytycznymi klinicznymi. **Monitorowanie guza przysadki mózgowej** U pacjentów z akromegalią stosowanie lanreotydu nie zwalnia z konieczności monitorowania objętości guza przysadki mózgowej. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Działania niepożądane, zgłaszane w badaniach klinicznych u pacjentów z akromegalią oraz guzami neuroendokrynnymi (GEP-NET), leczonych lanreotydem, wymieniono w tabeli z podziałem na odpowiednie układy i narządy, zgodnie z następującą klasyfikacją: bardzo często ($\geq 1/10$); często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$); niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$); rzadko ($< 1/1000$); często nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Najczęściej występujące działania niepożądane podczas leczenia lanreotydem to: zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (najczęściej zgłaszano biegunkę i ból brzucha, przynajmniej u połowy o nasileniu łagodnym do umiarkowanego), kamice żółciowa (często bezobjawowa) oraz reakcje w miejscu podania (ból, guzek lub stwardnienie). Profil działań niepożądanych jest podobny przy stosowaniu tego leku we wszystkich wskazaniach. **Zaburzenia układu immunologicznego:** częstość nieznana: reakcje alergiczne (w tym obrzęk naczynioruchowy, anafilaksja, nadwrażliwość); **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania:** często: hipokalemia, zmniejszenie apetytu**, hiperkalemia, cukrzyca; **Zaburzenia psychiczne:** niezbyt często: bezsenność*; **Zaburzenia układu nerwowego:** często: ból głowy, zawroty głowy, osłabłość*; **Zaburzenia serca:** często: bradykardia zatokowa*; **Zaburzenia naczyniowe:** niezbyt często: uderzenia gorąca*; **Zaburzenia żółdka i jelit:** Bardzo często: biegunka, wolne stolce*, ból brzucha; często: nudności, wymioty, zaparcia, wzdęcia, uczucie pełności, uczucie dyskomfortu w brzuchu*, dyspepsja, biegunka tłuszczowa*; niezbyt często: nieregularne zabarwienie stolca*; częstość nieznana: zewnątrzwydzielnicza niewydolność trzustki, zapalenie trzustki; **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** bardzo często: kamica żółciowa; poszerzenie przewodów żółciowych*; częstość nieznana: zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie dróg żółciowych; **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** często: łysienie, hipotrychoza*; **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej:** często: ból mięśniowo-szkieletowy**, ból mięśniowy*; **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania:** często: astenia, zmęczenie, reakcje w miejscu podania (ból, zgrybienie, stwardnienie, guzek, świąd), częstość nieznana: ropień w miejscu wstrzyknięcia; **Badania diagnostyczne:** często: wzrost aktywności ALAT*, nieprawidłowa aktywność AspAT*, nieprawidłowe stężenie ALAT*, wzrost stężenia bilirubiny we krwi*, wzrost stężenia glukozy we krwi*, wzrost stężenia hemoglobiny glikozylowanej*, 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* - * na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z akromegalią; ** na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z guzami GEP-NET; **Zgłaszanie podejrzanego działania niepożądanego:** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzanego działania niepożądanego. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzanego działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych, Działu Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: +48 22 49 21 301, Faks: +48 22 49 21 309, Strona internetowa: <https://smz.gd.gov.pl>

PODMIOT ODPOWIEDZIALNY: Ipsen Pharma, 70 rue Balard, 75015 Paris, Francja. **INFORMACJA O LEKU UDZIAŁA:** IPSEN Poland Sp. z o.o., ul. Chmielna 73, 00-801 Warszawa, tel.: (22) 653 68 00, fax: (22) 653 68 02. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** 10944 (Somatuline AUTOGEL 60 mg), 10945 (Somatuline AUTOGEL 90 mg), 10946 (Somatuline AUTOGEL 120 mg).

KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI: Produkt leczniczy wydany z przepisu lekarza - Rp.; Lek umieszczony w wykazie leków refundowanych* w chorobach przewlekłych we wskazaniach: a) Akromegalia; Leczenie objawów hipersekreacji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych: Somatuline Autogel 120 mg: cena detaliczna 5956,55 PLN; odpłatność dla pacjenta - 4,27 PLN; Somatuline Autogel 90 mg: cena detaliczna 4512,36 PLN; odpłatność dla pacjenta - 48,15 PLN; b) Leczenie guzów neuroendokrynnych żółtkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części przełajta, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przełajta, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami: Somatuline Autogel 120 mg: cena detaliczna 5956,55 PLN; odpłatność dla pacjenta - 0,00 PLN; Somatuline Autogel 90 mg: cena detaliczna 4512,36 PLN; odpłatność dla pacjenta - 44,95 PLN. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z zatwierdzoną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Data ostatniej aktualizacji Charakterystyki Produktu Leczniczego: 01.04.2025 r.

*Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

1. O'Toole, D., Kunz, P.L., Webb, S.M., et al. PRESTO 2: An International Survey to Evaluate Patients' Injection Experiences with the Latest Devices/Formulations of Long-Acting Somatostatin Analog Therapies for Neuroendocrine Tumors or Acromegaly. Adv Ther 40, 671–690 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12325-022-02360-6>

2. Charakterystyka Produktu Leczniczego Somatuline Autogel, 01.04.2025 r.

* po przejściu odpowiedniego przeszkolenia przez pracownika ochrony zdrowia². Decyzje dotyczące tego, czy pacjent może wykonywać iniekcje samodzielnie, czy powinna je podawać przeszkolona osoba, powinien podjąć pracownik ochrony zdrowia.

08:30 - 09:30 Sesja Tarczycowa – Rak tarczycy

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Marcin Barczyński

- **Spojrzenie na raka tarczycy okiem endokrynologa, chirurga, medyka nuklearnego - co zmieniają wytyczne ATA**
prof. dr hab. n. med. Aldona Kowalska, prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus
- **Rak onkocytny**
prof. dr hab. n. med. Jolanta Krajewska

09:30 - 09:50 Czy niedobór witaminy D jest czynnikiem ryzyka choroby otyłościowej oraz stanu przedcukrzycowego i cukrzycy typu 2?- stanowisko ekspertów PTE

prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz

Przewodniczący: dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk,
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek

09:50 - 10:00 PRZERWA

10:00 - 11:00 PERSONALIZING OBESITY TREATMENT How can we build a comprehensive, patient-centered management plan that delivers high quality treatment and helps patients with overweight and obesity live with dignity?

Jak stworzyć kompleksowy, spersonalizowany dla pacjenta plan leczenia, który zapewni wysoką jakość terapii i pomoże pacjentom z nadwagą i otyłością żyć godnie?

Moderator: prof. dr hab. n. med. Nadia Sawicka-Gutaj

10:00 - 10:25 Personalizing obesity treatment: from patient engagement to individualized pharmacotherapy strategies Qsiva: hard modified-released capsules phentermine/topiramate - efficacy, safety, and treating women of childbearing age

dr. Emilia Huvinen, MD, PhD Associate Professor and a specialist in obstetrics, gynecology and obesity from the University of Helsinki, Finland

10:25 - 10:50 The new 'cell metabolism' publication: genetic and physiological insights into satiation variability predict responses to obesity treatment

dr. Andres J. Acosta, MD, PhD Associate Professor of Medicine and Consultant in the Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine at the Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, USA

10:50 - 11:00 Dyskusja

11:00 - 11:10

PRZERWA

11:10 - 12:40

Nowotwory neuroendokrynne: serce i izotopy – theranostyka w nowym wymiarze

Moderator: prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

Eksperci:

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński,
dr n. med. Anna Błach,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

Rakowiakowa choroba serca – europejskie wytyczne i nowe standardy postępowania

prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

Czy serce lubi izotopy? Wczesna ocena kardiotoxyczności w terapii radioligandowej NET

dr n. med. Katarzyna Józwick-Plebanek

Opisy przypadków klinicznych – podyskutujmy o złożonych decyzjach diagnostyczno-terapeutycznych w gronie Ekspertów z dziedziny endokrynologii, kardiologii i medycyny nuklearnej

Opis przypadku 1

dr Anna Błach, kardiolog Katowice

Dyskusja ekspertów

Opis przypadku 2

dr Maciej Kołodziej, WIM Warszawa

Dyskusja ekspertów

Opis przypadku 3

dr Paweł Komarnicki, Poznań

Dyskusja ekspertów

sesja pod patronatem firmy Novartis

12:40 - 13:50

Sesja andrologiczno-ginekologiczna

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jolanta Słowikowska-Hilczer,
prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz

12:40 - 13:00

Czy uderzenia gorąca muszą być koszmarem

prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz
wykład pod patronatem firmy Astellas

13:00 - 13:20

Podejście do pacjenta z otyłością i obniżonym stężeniem testosteronu

prof. dr hab. n. med. Jolanta Słowikowska-Hilczer

13:20 - 13:40

Od zespołu Klinefeltera po zespół Kallmanna - jak nie przegapić genetycznych postaci hipogonadyzmu?

dr hab. n. med. Małgorzata Kałużna

13:40 - 13:50

Dyskusja

13:50 - 14:35

LUNCH

14:35 - 15:25

Analogi parathormonu w praktyce klinicznej - od deficytu do terapii spersonalizowanej

Moderatorzy: prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Marek Bołanowski

Wykład merytoryczny

Leczenie niedoczynności przysadczycy – postępowanie zgodne z najnowszymi wytycznymi

prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Zygmunt

Przypadki pacjentów:

Przypadek 1

Palopegteriparatyd - nowy rozdział w praktyce klinicznej i w życiu Pacjenta

dr Joanna Kokoszka / Kraków Szpital Uniwersytecki

Przypadek 2

Natychmiastowa poprawa kliniczna po zastosowaniu palopegteriparatydu u kobiety z ciężką pooperacyjną niedoczynnością przysadczycy

dr Anna Brona / Wrocław Uniwersytecki Szpital Kliniczny

Przypadek 3

Yorvi i potężny przeciwnik

dr Michał Popow / Warszawa UCK WUM

Q&A/Dyskusja i podsumowanie

15:25 - 16:35

Sesja Nadnerczowa

Przewodniczące: prof. dr hab. n. med. Urszula Ambroziak,
prof. dr hab. n. med. Renata Świątkowska-Stodulska,
dr n. med. Anna Kurzyńska

- **WPN – jeszcze raz o nowościach**

prof. dr hab. n. med. Urszula Ambroziak

Panel dyskusyjny:

- **Znaczenie kontroli biochemicznej w leczeniu hiperkortyzolemii - kiedy jest czas na zmianę terapii?**

prof. dr hab. n. med. Renata Świątkowska-Stodulska

- **Ektopowy Zespół Cushinga – wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne**

dr n. med. Przemysław Kłosowski

- **Opis przypadku i dyskusja**

16:35 - 16:45 PRZERWA

16:45 - 18:00 Numerologia kliniczna? Nie! Endokrynologia oparta na liczbach

Moderatorzy: prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

- **P < 0,05?** Statystycznie rzecz biorąc... jak nie dać się nabić w butelkę
Janina Bąk
- **8,4 I 13,8** – jak te liczby zmieniają perspektywę leczenia pacjentów z net (cabinet)
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła
- **20 i 63** – co kryje się za tymi liczbami w kontekście zmniejszenia objętości guza u pacjenta z akromegalią?
dr Anna Bogusławska
- **61,5** - co ta liczba oznacza dla pacjentów z net midgut
dr Anna Zemczak

Sesja pod patronatem firmy Ipsen

18:00 - 20:00 PRZERWA

20:00 - 21:00 Dark Session

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus,
prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska

Cudowne uzdrowienia się dzieją, gdy leczymy pacjenta,
a nie wyniki badań laboratoryjnych

prof. dr hab. n. med. Magdalena Stasiak

Tężyczunia

dr n. med. Michał Popow

20 lat leczenia tyreostatykiem

lek. Anna Matrejek

Guz przysadki jest winny wszystkiemu

prof. dr hab. n. med. Magdalena Stasiak

Ja wiedziałem, że tak będzie!

dr n. med. i n. o zdr. Szymon Suwała

Sesja pod patronatem firmy Berlin Chemie

Uprzejmie informujemy, że dla tych z Państwa, którzy nie posiadają wykupionego zaproszenia na wydarzenie towarzyszące, umożliwimy udział w transmisji sesji Dark Session w Sali LUNA C.

Serdecznie zapraszamy do uczestnictwa!

08:30 - 09:00 Spotkanie z Konsultantem Krajowym

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

Przewodnicząca: prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

09:00 - 09:30 Spotkanie z Ekspertem:

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie endokrynologii - ramy organizacyjno-prawne i wyniki

dr hab. n. praw. Rafał Kubiak, prof. UŁ i prof. UM w Łodzi

09:30 - 10:05 Spotkanie z Ekspertem

Czego Dr Google Ci nie powie o leczeniu otyłości?

dr n. med. i n. o zdr. Szymon Suwała

spotkanie z Ekspertem pod patronatem firmy Novo Nordisk

10:05 - 10:15

PRZERWA

10:15 - 12:05 VARIA 2

Przewodniczące: prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk,
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

- 10:15 - 10:35 **MASLD – aspekty kliniczne i terapeutyczne**
prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek
- 10:35 - 10:55 **PCOS u nastolatków (?) - aktualne standardy**
prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk
- 10:55 - 11:15 **Krzywica Mapping genetyczny rodziny oraz tranżycja pacjenta z XLH w Polsce w oparciu o najnowsze wytyczne EU i doświadczenia własne**
dr n. med. Piotr Dudek
wykład pod patronatem firmy Swiix Biopharma
- 11:15 - 11:35 **Różne oblicza niedoboru witaminy B12**
prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek
wykład pod patronatem firmy Woerwag Pharma
- 11:35 - 11:55 **Hiponatremia u osób starszych**
prof. dr hab. n. med. Roman Junik
- 11:55 - 12:05 **Dyskusja**
-
- 12:05 - 12:15 **PRZERWA**
-

12:15 - 13:45 **Sesja tarczycowa**

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jerzy Sowiński,
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska,
prof. dr hab. n. med. Tomasz Bednarczuk

- 12:15 - 12:35 **Optymalizacja leczenia niedoczynności tarczycy – aktualne trendy**
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska
- 12:35 - 12:55 **Postępy w leczeniu MGB – wskazania do szybkiej interwencji radykalnego leczenia a postępowanie zachowawcze w świetle aktualnych możliwości farmakoterapii**
prof. dr hab. n. med. Tomasz Bednarczuk
- 12:55 - 13:15 **Nowoczesne technologie w poprawie wyników leczenia chirurgicznego**
prof. dr hab. n. med. Marcin Barczyński
- 13:15 - 13:35 **Zaburzenia neuropsychiatryczne a choroby tarczycy**
dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk
- 13:35 - 13:45 **Dyskusja**

13:55 - 14:45 Sesja ciekawych przypadków

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Aldona Kowalska,
dr n. med. Małgorzata Trofimiuk-Möldner

- **Czy przebyta martwica żuchwy i szczęki oznacza brak szans na leczenie osteoporozy?**
prof. dr hab. n. med. Magdalena Stasiak
- **Ablacja gruczolaka przystarczycy u pacjentki w III trymestrze ciąży z powikłaniami hiperkalcemii w przebiegu nierozpoznanego zespołu MEN1**
lek. Mateusz Obal
- **Kość (nie)zgody**
dr hab. n. med. Hanna Komarnicka
- **Od migrenowego bólu głowy w SOR do puszkii Pandory w Oddziale Endokrynologii**
lek. Renata Niezgoda-Pawłowska

14:45 - 14:55 Zakończenie Kursu

prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

Euthyrox[®] N

Lewotyroksyna
sodowa



**precyzyjne
leczenie**

**niedoczynności
tarczycy**

PL-EUT-00324

MERCK

Skrótowa informacja o leku Euthyrox® N 25, 50, 75, 88 µg, 100, 112 µg, 125, 137 µg, 150, 175, 200, 25/50/75/88/100/112/125/137/150/175/200 mikrogramów, tabletki. Skład 1 tabletki zawiera odpowiednio 25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150, 175, 200 µg lewotyroksyny sodowej (*Levothyroxinum natrium*). **Postać farmaceutyczna** Tabletki. Biaława, okrągła tabletki, płaska, z rowkiem dzielącym po obu stronach, ze ścietymi krawędziami i napisem na jednej stronie: EM 25/EM 50/EM 75/EM 88/EM 100/EM 112/EM 125/EM 137/EM 150/EM 175/EM 200. Tabletkę można podzielić na równe dawki. **Wskazania do stosowania** Euthyrox N 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200: leczenie wola obojętnego. Euthyrox N 88 µg, 112 µg, 137 µg: leczenie wola obojętnego, głównie u dorosłych, u których stosowanie jodu nie jest wskazane. Euthyrox N 25, 50, 75, 88 µg, 100, 112 µg, 125, 137 µg, 150, 175, 200: zapobieganie nawrotom po chirurgicznym usunięciu wola obojętnego, w zależności od stopnia zachowanej czynności tarczycy po operacji; terapia substytucyjna w niedoczynności tarczycy; terapia supresyjna w raku tarczycy. Euthyrox N 25, 50, 75, 88 µg, 100, 112 µg, 137 µg: suplementacja skojarzona ze stosowaniem leków przeciwtarczycowych w trakcie leczenia nadczynności tarczycy. Euthyrox N 100, 150, 200: zastosowanie diagnostyczne w testach zahamowania czynności tarczycy. **Dawkowanie** W celu umożliwienia leczenia każdego pacjenta zgodnie z jego indywidualnymi potrzebami, tabletki zawierające lewotyroksynę sodową dostępne są w dawkach od 25 µg do 200 µg. Dzięki temu większość pacjentów może przyjmować tylko jedną tabletkę na dobę. Podane zalecenia dotyczące dawkowania są jedynie ogólnymi wskazówkami. Zaleca się określenie indywidualnej dawki dobowej na podstawie wyników badań laboratoryjnych i oceny klinicznej. W związku z tym, że u wielu pacjentów stwierdza się zwiększone stężenia T_4 i fT_4 , lepszym punktem odniesienia dla dalszej terapii jest wyjściowe stężenie w surowicy hormonu pobudzającego tarczycę (tyreotropiny). Leczenie hormonem tarczycy należy rozpoczynać od małych dawek i zwiększać je stopniowo co 2-4 tygodnie, aż do uzyskania pełnej dawki substytucyjnej. Zalecana dawka (µg lewotyroksyny sodowej na dobę): leczenie wola obojętnego i zapobieganie nawrotom po chirurgicznym usunięciu wola obojętnego: 75–200; terapia substytucyjna w niedoczynności tarczycy u dorosłych: dawka początkowa 25–50, dawka podtrzymująca 100–200; u dzieci i młodzieży: dawka początkowa 12,5–50, dawka podtrzymująca 100–150 µg/m² pc.; terapia supresyjna w raku tarczycy: 150–300; suplementacja skojarzona ze stosowaniem leków przeciwtarczycowych w trakcie leczenia nadczynności tarczycy: 50–100; w testach zahamowania czynności tarczycy: Euthyrox N 100 – 2 tabl. na dobę 1 tyd. lub 2 tyg. przed testem, Euthyrox N 150 – ½ tabl. na dobę 3 tyg. lub 4 tyg. przed testem, 1 tabl. na dobę 1 tyd. lub 2 tyg. przed testem, Euthyrox N 200 – 1 tabl. na dobę 1 tyd. lub 2 tyg. przed testem. Z praktyki wynika, że pacjentom o małej masie ciała i dużym wolem gęzowym wystarczą mniejsze dawki leku. U osób w podeszłym wieku, u osób z chorobą niedokrwienną serca oraz u pacjentów z ciężką lub długotrwałą niedoczynnością tarczycy, rozpoczynając leczenie hormonami tarczycy należy zachować szczególną ostrożność. To oznacza, że należy zastosować małą dawkę początkową (np. 12,5 mikrogramów na dobę), a następnie zwiększać ją stopniowo w dłuższych odstępach czasu (np. o 12,5 mikrogramów na dobę raz na 2 tygodnie), często kontrolując stężenie hormonów tarczycy. Może zaistnieć potrzeba rozważenia dawek mniejszych niż optymalne dawki zapewniające pełną substytucję, czego wynikiem będzie brak pełnego wyrównania stężeń TSH. **Dzieci i młodzież** u noworodków i niemowląt z wrodzoną niedoczynnością tarczycy, u których ważna jest szybka substytucja, zalecana dawka początkowa wynosi 10 mikrogramów do 15 mikrogramów/kg masy ciała na dobę przez pierwsze 3 miesiące. Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie, na podstawie oceny klinicznej oraz stężeń hormonów tarczycy i TSH. **Sposób podawania** Dawki dobowe należy przyjmować jednorazowo. Pojedynczą dawkę dobową przyjmować rano, na czczo, pół godziny przed śniadaniem, najlepiej z niewielką ilością płynu (np. pół szklanki wody). Niemowlęta należy podawać pełną dawkę dobową jednorazowo, co najmniej 30 minut przed pierwszym posiłkiem w danym dniu. Tabletki należy rozpuścić w niewielkiej ilości wody. Tak przygotowaną, beśpośrednio przed każdym podaniem, zawiesinę należy podawać z dodatkową, niewielką ilością płynu. Leczenie trwa zazwyczaj całe życie, jeśli jest to substytucja w niedoczynności tarczycy lub substytucja po strumektomii, tyroidektomii lub profilaktyka nawrotów po usunięciu wola obojętnego. Leczenie towarzyszące terapii nadczynności tarczycy po uzyskaniu eutyreozы jest wskazane przez okres stosowania leków przeciwtarczycowych. W łagodnym wolem obojętnym konieczne jest leczenie trwające od 6 miesięcy do 2 lat. Aby uniknąć nawrotu wola zaleca się, aby po zmniejszeniu wielkości wola stosować profilaktykę przez pozostałe małe dawki jodu (100 mikrogramów do 200 mikrogramów na dobę). Jeśli leczenie farmakologiczne nie przyniesie w tym okresie czasu spodziewanych wyników, należy rozważyć leczenie chirurgiczne lub podanie jodu radioaktywnego. W obrocie dostępne są różne moce tego samego produktu, takie jak: Euthyrox N 25; Euthyrox N 50; Euthyrox N 75; Euthyrox N 88 µg; Euthyrox N 100; Euthyrox N 112 µg; Euthyrox N 125; Euthyrox N 137 µg; Euthyrox N 150; Euthyrox N 175; Euthyrox N 200. **Przeciwwskazania** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Nieleczona niedoczynność kory nadnerczy, nieleczona nadczynność przysadki i nieleczona nadczynność tarczycy. Leczenia produktem Euthyrox N nie wolno rozpoczynać po świeżo przeżytym zawałe mięśnia sercowego, w czasie zapalenia mięśnia sercowego oraz w czasie ostrego zapalenia wszystkich warstw serca (*pancarditis*). W czasie ciąży lewotyroksynę nie należy stosować w skojarzeniu z lekami przeciwtarczycowymi w leczeniu nadczynności tarczycy. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania** Przed rozpoczęciem leczenia hormonami tarczycy należy wykluczyć następujące choroby lub rozpocząć ich leczenie: niewydolność wieńcowa, dławica piersiowa, miażdżycza naczyń, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność przysadki, niedoczynność kory nadnerczy, autonomiczna czynność tarczycy. Na początku stosowania lewotyroksyny u pacjentów z ryzykiem zaburzeń psychicznych należy szczególnie monitorować i rozpoczynać leczenie od małych dawek, a następnie stopniowo je zwiększać. W przypadku pojawienia się objawów psychiatrycznych, należy rozważyć dostosowanie dawki lewotyroksyny. U pacjentów z niewydolnością wieńcową, niewydolnością serca lub zaburzeniami rytmu serca z tachykardią, należy unikać nawet niewielkiej nadczynności tarczycy indukowanej lekami. W związku z tym, w takich przypadkach, należy często kontrolować stężenie hormonów tarczycy. W przypadku wtórnej niedoczynności tarczycy, należy określić jej przyczynę przed włączeniem terapii substytucyjnej i jeśli jest taka potrzeba, wdrożyć leczenie substytucyjne skompensowanej niedoczynności nadnerczy. W przypadku zaburzeń czynności kory nadnerczy, należy zastosować odpowiednią terapię zastępczą przed rozpoczęciem stosowania lewotyroksyny, aby zapobiec ostrej niewydolności kory nadnerczy. W przypadku podejrzenia autonomicznej czynności tarczycy, należy przed leczeniem przeprowadzić test z TRH lub wykonać scyntyografię supresyjną. Rozpoczynając leczenie lewotyroksyną u niemowląt urodzonych przedwcześnie z bardzo małą urodzeniową masą ciała, należy monitorować parametry hemodynamiczne, ponieważ może wystąpić zapasć krążeniowa spowodowana niedojrzałą czynnością nadnerczy. U kobiet po menopauzie z niedoczynnością tarczycy i zagrożonych zwiększonym ryzykiem osteoporozy, należy unikać większego niż fizjologiczne stężenia lewotyroksyny w surowicy i w związku z tym należy bardzo starannie kontrolować parametry czynności tarczycy. Nie należy stosować lewotyroksyny w stanach hipertyreozы poza tymi przypadkami, kiedy jest ona stosowana jednocześnie z lekami przeciwtarczycowymi w trakcie leczenia nadczynności tarczycy. Nie wolno podawać hormonów tarczycy w celu zmniejszenia masy ciała. U pacjentów w stanie eutyreozы leczenie lewotyroksyną nie powoduje zmniejszenia masy ciała. Duże dawki leku mogą powodować ciężkie lub nawet zagrażające życiu działania niepożądane. Nie należy stosować dużych dawek lewotyroksyny w skojarzeniu z niektórymi substancjami na ochłodzenie, np. z lekami sympatykomimetycznymi. Jeśli konieczna jest zmiana na inny produkt leczniczy zawierający lewotyroksynę, wymagana jest ścisła kontrola, w tym monitorowanie parametrów klinicznych i biochemicznych w okresie przejściowym ze względu na potencjalne ryzyko zaburzeń równowagi hormonów tarczycy. U niektórych pacjentów może być konieczne dostosowanie dawki. Stosując jednocześnie lewotyroksynę z orlistatem może dojść do niedoczynności tarczycy i (lub) pogorszenia kontroli niedoczynności tarczycy. Pacjenci przyjmujący lewotyroksynę powinni skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem leczenia orlistatem. Oba leki powinny być przyjmowane o różnych porach dnia; konieczna może być także zmiana dawki lewotyroksyny. Zaleca się również monitorowanie pacjentów i okresową kontrolę stężenia hormonu w surowicy. Pacjenci z cukrzycą i pacjenci stosujący leczenie przeciwcukrzepowe. Wpływ na wyniki badań laboratoryjnych. Biotyna może wpływać na wyniki badań immunologicznych tarczycy opartych na interakcji biotyny i streptawidyny, prowadząc do fałszywego zmniejszenia lub fałszywego zwiększenia wartości wyników badań. Ryzyko takiego wpływu zwiększa się wraz z dawką biotyny. Podczas interpretacji wyników badań laboratoryjnych należy wziąć pod uwagę możliwość wpływu biotyny, zwłaszcza jeśli stwierdzi się brak spójności wyników z obrazem klinicznym. Jeśli przeprowadza się badania czynności tarczycy u pacjentów przyjmujących produkty zawierające biotinę, należy poinformować o tym pracowników laboratorium. Należy zastosować alternatywne metody oznaczania, nie ulegające wpływom biotyny, jeśli są one dostępne. Ten produkt leczniczy zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu w jednej tabletkie, to znaczy produkt leczniczy uznaje się za „wolny od sodu”. **Działania niepożądane** W czasie stosowania lewotyroksyny sodowej objawy niepożądane nie powinny występować, o ile produkt jest stosowany zgodnie z zaleceniami i jeśli monitorowane są parametry kliniczne i laboratoryjne. Po przekroczeniu indywidualnej granicy tolerancji soli sodowej lewotyroksyny lub po przedawkowaniu leku możliwe jest wystąpienie następujących objawów, typowych dla nadczynności tarczycy, szczególnie jeśli na początku leczenia zbyt szybko zwiększa się dawkowanie leku: zaburzenia rytmu serca (np. migotanie przedsionków i skurcze dodatkowe), tachykardia, kołatanie serca, dolegliwości dławicowe, ból głowy, osłabienie mięśni, kurcze mięśni, uderzenia gorąca, gorączka, wymioty, zaburzenia miesiączkowania, rzekomy guz mózgu, drżenia, niepokój ruchowy, bezsenność, nadmierne pocenie się, zmniejszenie masy ciała, biegunka. W takich przypadkach dawkę dobową należy zmniejszyć lub odstawić lek na kilka dni. Terapię można ostrożnie wznowić po ustąpieniu działań niepożądanych. W przypadku nadwrażliwości na produkt mogą wystąpić reakcje alergiczne, szczególnie skórne (wysypka, pokrzywka) oraz związane z układem oddechowym, zgłaszano przypadki obrzęku naczynioruchowego. Częstość występowania tych działań niepożądanych jest nieznana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **Zgłaszanie podejrzanym działań niepożądanych** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzanym działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzanym działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49 21 301, faks: + 48 22 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.ozdrowie.gov.pl> Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny** Merck Sp. z o.o., tel.: + 48 22 535 97 00, faks: + 48 22 535 97 03; www.merck.pl **Numery pozwoleni na wyład przez URPLWiMPB** 25 µg: 10511, 50 µg: 10512, 75 µg: 10513, 88 µg: 15702, 100 µg: 10514, 112 µg: 15703, 125 µg: 10515, 137 µg: 15704, 150 µg: 10516, 175 µg: 10517, 200 µg: 10518. **Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza – Rp:** Przed przepisaniem należy zapoznać się z **Charakterystyką Produktu Leczniczego**. **Zgłaszanie działań niepożądanych:** drug.safety.easterneurope@merckgroup.com; **informacja medyczna:** medinfo_pl@merckgroup.com.

*Objawienie Ministra Zdrowia z dnia 18.09.2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1.10.2024 r.

Ceny Euthyrox N*: detaliczna/wysokość dopłaty pacjenta: 25 µg/50 tabl.: 6,82/6,82; 25 µg/100 tabl.: 9,50/8,52; 50 µg/50 tabl.: 7,65/6,67; 50 µg/100 tabl.: 13,73/8,91; 75 µg/50 tabl.: 8,75/5,67; 75 µg/100 tabl.: 15,25/8,02; 88 µg/50 tabl.: 9,28/5,11; 100 µg/50 tabl.: 9,38/4,56; 100 µg/100 tabl.: 16,80/7,16; 112 µg/50 tabl.: 10,14/4,74; 125 µg/50 tabl.: 10,90/4,87; 125 µg/100 tabl.: 20,66/8,89; 137 µg/50 tabl.: 11,45/4,87; 150 µg/50 tabl.: 12,40/5,33; 150 µg/100 tabl.: 22,57/10,67; 175 µg/50 tabl.: 14,66/6,22; 200 µg/50 tabl.: 16,02/7,11 zł.

Na podstawie ChPL z 03.2023

MERCK

12:20 - 13:20 Część teoretyczna

Ultrasonograficzny quiz video

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,
prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska,
dr n. med. Piotr Wiśniewski

13:20 - 13:30 PRZERWA

13:30 - 15:55 Część praktyczna

dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk,
prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek,
dr n. med. Tomasz Tomkański,
dr n. med. Piotr Wiśniewski

13:30 - 14:40 Część praktyczna – GRUPA 1

14:40 - 14:45 Przerwa

14:45 - 15:55 Część praktyczna – GRUPA 2

09:00 - 11:00 WARSZTATY

„Zaburzenia funkcji receptora wapniowego (receptora wyczuwającego wapń – calcium sensing receptor CASR)” – jak często występują? Jak je dostrzec za pomocą prostych badań diagnostycznych? Jakie sytuacje kliniczne się pod nie podsywają?

dr n. med. Michał Popow

Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowo-magnezowej są niezwykle fascynującą częścią endokrynologii. Z powodu swojej złożoności i nieoczywistych mechanizmów sprzężenia zwrotnego, wymagają dużej uwagi i często zniechęcają do siebie, z powodu niepokrywania się wiedzy teoretycznej z tym, co widzimy w praktyce klinicznej. Z tego powodu powstały warsztaty. Pozwalają one bowiem na swobodne i nieskrępowane wymienianie swoich obserwacji i wątpliwości. Mamy czas na dyskusję w przyjaznej atmosferze, w której mam nadzieję nikt nie będzie się wstydził wyrazić swojej opinii. Bardzo zapraszam.

- **Pierwsze warsztaty w pigułce – krótkie przypomnienie na temat oręża, które mamy w diagnostyce zaburzeń funkcji przytarczyc, a o którym mówiliśmy podczas poprzednich warsztatów.**
- **Dyskusja**
- **Kilka słów o receptorze wapniowym u człowieka – będzie to bogata w ilustracje prezentacja na temat regulacji kalcemii przede wszystkim w nefronie, gdyż jest to potrzebne do dostrzeżenia aktywności receptora w badaniach biochemicznych.**
- **Prezentacje oczywistych i mniej oczywistych przypadków klinicznych.**

Podczas trwania warsztatów w każdej chwili można: zadać pytanie, a także wyrazić swoje opinie, wątpliwości i uwagi. Celem warsztatów jest bowiem poszerzenie naszej wiedzy tak, abyśmy mogli jak najlepiej służyć naszym chorym.

ZAPRASZAMY NA

34. KURS KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB METABOLICZNYCH

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego

prof. dr hab. n. med. **Alicja Hubalewska-Dydejczyk**
prof. dr hab. n. med. **Beata Kos-Kudła**
prof. dr hab. n. med. **Marek Ruchała**

14-16 MAJA
2026

WARSZAWA

INFORMACJE ORGANIZACYJNE

Biuro Kursu



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

- czwartek, 4 grudnia, w godzinach 10:00-21:00
- piątek, 5 grudnia, w godzinach 7:30-18:00
- sobota, 6 grudnia, w godzinach 8:00-14:00

Uczestnikom zapewniamy



- wstęp na sesje naukowe
- teczkę z programem i materiałami konferencyjnymi
- streszczenia wykładów w formie elektronicznej
- udział w wystawie medycznej
- identyfikator
- certyfikat w formie elektronicznej (do pobrania z profilu **sympomed.pl**)

Punkty edukacyjne



Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 kwietnia 2024 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyстів, udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w konferencji 33. Kurs Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii Diabetologii i Chorób Metabolicznych, lekarzowi/lekarzowi dentyście przysługuje 23 punktów edukacyjnych.

Wystawa medyczna



Wystawa medyczna znajduje się w lobby Hotelu Copernicus.

GASTRONOMIA

Przerwy na kawę



Kawa, herbata oraz drobne przekąski dostępne będą w dniach **4 - 6 grudnia w przerwach** między sesjami, na terenie wystawy medycznej.

Ciepła przekąska



Ciepła przekąska będzie serwowana w **czwartek, 4 grudnia w godzinach 15:25-15:35** na terenie wystawy medycznej.

Kolacja



Kolacja będzie serwowana w **czwartek, 4 grudnia w godzinach 19:30-20:20** w restauracji hotelowej na parterze Hotelu Copernicus.

Lunch



Lunch będzie serwowany w **piątek, 5 grudnia w godzinach 13:50-14:35** w restauracji hotelowej na parterze Hotelu Copernicus.

INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW

Punkt multimedialny



Punkt multimedialny zlokalizowany jest w sali TERRA na parterze hotelu Copernicus. Prosimy o przekazanie prezentacji przewidzianej do wykładu w przerwie przed rozpoczęciem sesji z Państwa udziałem.

Levothyroxinum natricum 25/50/75/100/125/150

– KONTROLA W TWOICH RĘKACH^{1,2}

Ta informacja dotyczy leku wydawanego na receptę i jest skierowana wyłącznie do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi. Przed użyciem należy zapoznać się z pełną, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Berlin-Chemie/Menarini nie zaleca stosowania tego leku w inny sposób niż opisany w ChPL.

NAZWA PRODUKTU LECZNIČEGO Letrox 25 mikrogramów, 2 mikrogramów, tabletki; Letrox 50 mikrogramów, tabletki; Letrox 75 mikrogramów, 75 mikrogramów, tabletki; Letrox 100; 100 mikrogramów, tabletki; Letrox 125 mikrogramów, 125 mikrogramów, tabletki; Letrox 150; 150 mikrogramów, tabletki. **SKŁAD JAKOŚCIOWY ILOŚCIOWY** Każda tabletka produktu LECZNIČEGO Letrox 25 mikrogramów zawiera 25 mikrogramów lewetyrosynowyj sodejowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 50 µg lewetyrosynowyj sodejowej). Każda tabletka produktu LECZNIČEGO Letrox 75 mikrogramów zawiera 79,8 – 85,2 mikrogramów lewetyrosynowyj sodejowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 75 µg lewetyrosynowyj sodejowej). Każda tabletka produktu LECZNIČEGO Letrox 100 zawiera 106,4 – 113,6 mikrogramów lewetyrosynowyj sodejowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 100 µg lewetyrosynowyj sodejowej). Każda tabletka produktu LECZNIČEGO Letrox 125 mikrogramów zawiera 133,0 – 142,0 mikrogramów lewetyrosynowyj sodejowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 125 µg lewetyrosynowyj sodejowej). Każda tabletka produktu LECZNIČEGO Letrox 150 zawiera 159,6 – 170,4 mikrogramów lewetyrosynowyj sodejowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 150 µg lewetyrosynowyj sodejowej). **POSTAC FARMACEUTYCZNA** Letrox 25 mikrogramów: tabletka, biała do bezwonych, okrągła, jedno wypukłe tabliczko. Letrox 75, Letrox 100, Letrox 125, Letrox 150: tabletka, biała do bezwonych, okrągła, lekko wypukła tabliczka z linią podziału po jednej stronie. Tabletki mozn podzielić

równie ważne. **Wskazania do stosowania.** Terapia zastępcza i uzupełniająca w niedoczynności tarczycy o różnej etiologii. Rozważać wznowienie wdrożenia terapii po leczeniu operacyjnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą). **Leczenie** woda o charakterze łagodnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą). Terapia zastępcza i uzupełniająca nowotworów złośliwych tarczycy, szczególnie po operacji wyjęcia tarczycy. Pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w skłóceniu z tyrostatykami po uzyskaniu eutyreozy. (Letrox 50, Letrox 75, Letrox 100, Letrox 125, Letrox 150sdotakowatek; test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy). Produkt Lekniczy Letrox jest wskazywany do stosowania we wszystkich grupach wiekowych. **Dawkowanie i sposób podawania. Leczenie hormonami tarczycy/terapia zastępcza** **Dawkowanie** Należy stosować się do założeń dotyczących dawkowania. Indywidualna dawka dobową powinna być ustalana na podstawie badania lekarskiego i wyników testów laboratoryjnych. W przypadku utrzymującej się resztkowej czynności tarczycy, odpowiednio może być zastosowanie mniejszych dawek. Leczenie hormonami tarczycy powinno być prowadzone ze szczególną ostrożnością u pacjentów w podeszłym wieku, pacjentów z chorobą wieńcową serca i pacjentów z ciężką długotrwłą niedoczynnością tarczycy. U tych pacjentów, leczenie należy zacząć od małej dawki początkowej, którą następnie powinno być zwiększane powoli w dużych odstępach czasu z jednoczesnym monitorowaniem stężenia hormonów tarczycy. Doświadczenia wykazały, iż małe dawki są również wystarczające u pacjentów o niewielkiej masie ciała oraz pacjentów z dużym wolem. U niektórych pacjentów stężenie hormonów T4 i T4 ma być zwiększone, dlatego w celu monitorowania przyjętego schematu leczenia, lepsze jest oznaczanie stężenia TSH w surowicy krwi. **Wskazanie – Dawka*** (liczba mikrogramów lewotyroksyny sodowej /dość/ Niedoczynność tarczycy. **Dawkowanie u dorosłych:** Dawka początkowa – 25 do 50 mcg należy zwiększać o 25 do 50 mcg w odstępach co 2 do 4 tygodni) Dawka podtrzymująca 100 do 200. **Profilaktyka nawrotu** dawka – 75 do 200. **Wiek o charakterze** **dawkowania u pacjentów z eutyreozą – 75 do 200. Terapia wspomagająca** **Leczenie tyreotoksycznej nadczynności tarczycy – 50 do 100. Po operacji usunięcia tarczycy z powodu nowotworu złośliwych tarczycy – 150 do 300. (Pozostałe test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy 200 mikrogramów (przez 14 dni do momentu wykonania syntygrafii))** W celu dokładnego dawkowania należy wybrać właściwy produkt leczniczy Letrox zawierający odpowiednią dawkę lewotyroksyny (25, 50, 75, 100, 125 lub 150). **Pacjenci w podeszłym wieku** U pacjentów w podeszłym wieku, w indywidualnych przypadkach, np. w przypadku chorób serca, podczas zwiększania dawki lewotyroksyny sodowej należy regularnie monitorować stężenie TSH. Dzieci i młodzież Dawka podtrzymująca w wrodzonej lub nabytej niedoczynności tarczycy wynosi zwykle od 100 do 150 mikrogramów lewotyroksyny sodowej na m² powierzchni ciała na dobę. U noworodków i niemowląt z wrodzoną niedoczynnością tarczycy, wymagających szybkiej substitucji, zalecana dawka początkowa wynosi od 10 do 15 mikrogramów lewotyroksyny sodowej na kg masy ciała na dobę przez pierwsze 3 miesiące. Następnie dawki należy dostosować indywidualnie, na podstawie obrazu klinicznego i stężenia hormonów tarczycy i wartości TSH. U dzieci z nabytą niedoczynnością tarczycy, zalecana dawka początkowa wynosi od 12,5 do 50 mikrogramów lewotyroksyny sodowej na dobę. Dawkę należy zwiększać stopniowo, co 2 do 4 tygodni, w zależności od wyników badania klinicznego i stężenia hormonów tarczycy oraz wartości TSH, aż do uzyskania pełnej dawki substytucyjnej. Sposób podawania Całkowitą dawkę dobową należy przyjmować raz, na czczo, co najmniej pół godziny przed śniadaniem, przyjmując odpowiednią ilość wody. Dzieci powinny otrzymywać całkowitą dawkę dobową, co najmniej na pół godziny przed pierwszym posiłkiem. Tabletki można również podawać w postaci zawiesiny. Tabletki należy rozpulchnąć w odpowiedniej ilości wody (10–15 ml), a powstałą w ten sposób zawiesinę, która za każdym razem należy przygotowywać na świeżo, podać z dodatkową ilością płynu (5–10 ml). Czas trwania leczenia W przypadku niedoczynności tarczycy oraz po operacji usunięcia tarczycy z powodu nowotworu złośliwego tarczycy, leczenie trwa z wyjątkiem przez całe życie, a w przypadku woda o charakterze łagodnym i profilaktyki nawrotu woda leczenie trwa kilka miesięcy lub lat, a nawet do końca życia; w przypadku terapii wspomagającej leczenie niedoczynności tarczycy, czas trwania leczenia zależy od długości leczenia tyreotoksycznego. Leczenie woda u pacjentów w stanie eutyreozy powinno trwać od 6 miesięcy do 2 lat. Jeśli w tym przedziale czasowym leczenia produktem Lekniczym Letrox nie przynosi pożądanego efektu terapeutycznego należy rozważyć inne sposoby leczenia. Test supresyjny tarczycy Przy wykonywaniu testów supresyjnych tarczycy należy przyjmować 200 mikrogramów lewotyroksyny sodowej na dobę przez 14 dni. **Przeciwwskazania** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Niedoleczona nadczynność tarczycy. Niedoleczona niedoczynność nadnerczy. Niedoleczona nadczynność przysadki (jeśli prowadzi do niewydolności kory nadnerczy wymagającej leczenia). Niedoleczona nadczynność przysadki (jeśli prowadzi do niewydolności kory nadnerczy wymagającej leczenia). (Letrox 250i) Zawał serca i niewydolność serca. Ostre zapalenie mięśnia sercowego. Ostre zapalenie nerek. Jednoczesne przyjmowanie lewotyroksyny i leku tyreostatycznego jest przeciwwskazaniem i może włączyć. W celu uzyskania dalszych informacji dotyczących dawkowania w okresie ciąży i karmienia piersią, **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania.** Przed rozpoczęciem terapii hormonem tarczycy należy wykluczyć lub wprowadzić odpowiednią terapię następujących chorób lub stanów: choroby wieńcowe; dusznica bolesna; nadciśnienie tętnicze; niedoczynność przysadki lub kory nadnerczy; guzek autonomiczny. Stany te lub choroby należy także wykluczyć lub leczyć przed wykonaniem testu supresyjnego tarczycy, z wyjątkiem autonomicznej czynności tarczycy, która może być przyczyną wykonania testu supresyjnego tarczycy. Przed rozpoczęciem leczenia lewotyroksyną w przypadku zaburzeń czynności kory nadnerczy należy rozpocząć leczenie, stosując odpowiednie leczenie zastępcze, aby zapobiec ostrej niewydolności nadnerczy. U pacjentów z chorobą wieńcową, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca z tachykardią, zapaleniem mięśnia sercowego bez ostrego przebiegu, długotrwłą niedoczynnością tarczycy lub u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego w wywiadzie należy ściśle unikać nawet łagodnej nadczynności tarczycy indukowanej lekami. W

wnanym leczeniu u tych pacjentów mogą być konieczna kontrola stężenia hormonów nadnerczy. W przypadku
 niemożności nadzoru choroby, należy ustalić, czy występuje jednocześnie niedoczynność kory nadnerczy. Jeśli niedoczynność
 kory nadnerczy zostanie potwierdzona, w pierwszej kolejności należy zastosować leczenie substytucyjne (hydrokortyzon). U
 pacjentów z niedoczynnością kory nadnerczy lub przydzielę leczenie hormonami tarczycy bez odpowiedniego zastosowania
 kory nadnerczy może wywoływać przełom nadnerżowy (ostra niewydolność kory nadnerczy – kryzys Addisona).
 Rozpoczynając leczenie lewotyrosyną u niemowląt urodzonych przedwcześnie z bardzo małą urodzeniową masą ciała, należy
 nadzorować parametry hemodynamiczne, ponieważ może wystąpić szok krążeniowy spowodowany niedojrzałą czynnością
 nadnerczy. W przypadku podejrzenia autonomicznej czynności tarczycy przed leczeniem należy się przeprowadzić testu z TRH
 lub wykonanie syntygrafii supresyjnej. Należy zachować ostrożność podczas podawania lewotyrosyny u pacjentów
 z padaczką w wywiadzie, ponieważ u tych pacjentów istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia drgawek. Podczas leczenia
 lewotyrosyną u kobiet w okresie pomenopauzalnym, ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia osteoporozy, należy dobrać
 najmniejszą skuteczną dawkę lewotyrosyny sodowej oraz należy częściej kontrolować czynność tarczycy, w celu uniknięcia
 większych niż fizjologiczne stężeń lewotyrosyny w surowicy krwi. Hormonów tarczycy nie wolno stosować w celu redukcji
 masy ciała. U pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy, zwykle stosowane dawkę nie powodują zmniejszenia masy ciała.
 Należy pamiętać, że mogą powodować poważne, a nawet zagrożące życiu działania niepożądane, zwłaszcza w skojarzeniu
 z niektórymi środkami zmniejszającymi masę ciała, a zwłaszcza z aminami sympatykomimetycznymi. Po zastosowaniu
 produktu leczniczego Letrox odnotowano, czasami ciężkie, reakcje nadwrażliwości (w tym obrzęk naczynioruchowy). Jeśli
 wystąpi przedmiotowe i podmiotowe objawy reakcji alergicznej, należy przerwać podawanie produktu leczniczego Letrox oraz
 wdrożyć odpowiednie leczenie objawowe. Jeśli jest wymagana zamiana na inny produkt leczniczy zawierający lewotyrosynę,
 konieczne jest ściśle monitorowanie, w tym monitorowanie kliniczne i biologiczne w okresie przejściowym ze względu na
 potencjalne ryzyko zaburzeń równowagi czynności tarczycy. U niektórych pacjentów może być konieczne dostosowanie dawki.
 Należy kontrolować czynność tarczycy u pacjentów przyjmujących jednocześnie lewotyrosynę i inne produkty lecznicze, które
 mogą wpływać na czynność (np. amidolary, inhibitory kinazy tyrozynowej, salicylany i duże dawki furosemidu). Chorzy
 na cukrzycę i pacjenci stosujący leczenie przeciwcukrzycowe, patrzą punkt 4.5. Bardzo rzadkie przypadki niedoczynności tarczycy
 zostały stwierdzone u pacjentów przyjmujących jednocześnie seawater i lewotyrosynę. Ścisłe monitorowanie stężenia TSH
 jest polecane pacjentom poddawającym leczenie objawowa produktami leczniczymi. Wpływ na wyniki badań laboratoryjnych.
 Biotyna może wpływać na wyniki badań immunologicznych tarczycy opartych na interakcji białkowej i streptawidyny, prowadząc
 do fałszywego wyniku dla wyników zwiększenia wartości wyników badań. Wyższe takiego wpływu zwiększa się wraz
 z dawką białki. Podczas interpretacji wyników badań laboratoryjnych należy wziąć pod uwagę możliwość wpływu białki,
 zwłaszcza jeśli stwierdzi się brak spójności wyników w obrębie klinicznym. Jeśli przeprowadza się badania czynności tarczycy
 u pacjentów przyjmujących produkt zawierający białkę, należy poinformować o tym pracowników laboratorium. Należy
 zastosować alternatywne metody oznaczenia, nie ulegające wpływowi białki, jeśli są one dostępne. Środ. Produkt leczniczy
 zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na tabletkę, to znaczy produkt leczniczy uznaje się za „wolny od sodu”. **Działania**
niepożądane W pojedynczych przypadkach, jeśli zalecana dawka nie jest tolerowana lub wystąpiło przedawkowanie
 produktu leczniczego, szczególnie w przypadku zbyt wysokiego zwiększenia dawki na początku leczenia, mogą wystąpić
 typowe objawy nadczynności tarczycy. W przypadku wystąpienia powyższych objawów, należy zmniejszyć dawkę dawki
 produktu leczniczego lub przerwać jego podawanie na kilka dni. Po ustąpieniu objawów leczenie można wznowić ostrożnie
 ustalając dawkowanie. W przypadku nadwrażliwości na lewotyrosynę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą produktu
 leczniczego Letrox, mogą wystąpić reakcje alergiczne na skórę (np. obrzęk naczynioruchowy, wysypka skórna, pokrzywka)
 oraz reakcje alergiczne związane z układem oddechowym. W pojedynczych przypadkach obserwowano wystąpienie ostrzejszego
 anafilaktycznego. W takim przypadku należy przerwać podawanie produktu leczniczego. Ocena działania niepożądanych opiera
 się na następujących określonych częstości ich występowania: Bardzo często: $\geq 1/100$; Często: $\geq 1/100$ do $\geq 1/1000$; Nierzbyt
 często: $\geq 1/1000$ do $\geq 1/10000$; Rzadko: $\geq 1/10000$ do $\geq 1/100000$; Bardzo rzadko: $\geq 1/100000$; Częstość nieznaną (nie może być
 określona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia układu immunologicznego** Częstość nieznaną: nadwrażliwość.
Zaburzenia endokrynologiczne nadczynność: nadczynność tarczycy; Zaburzenia serca: Bardzo często: kołatanie; Często: tachykardia.
 Częstość nieznaną: zaburzenia rytmu serca (arytmie), dusznica bolesna. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej** Częstość nieznaną:
 obrzęk naczynioruchowy, wysypka, pokrzywka, nadmierna potliwość. **Zaburzenia psychiczne** Bardzo często: bezsenność; Często:
 nerwowość; Częstość nieznaną: niepokój; **Zaburzenia mięśniowo-skeletowe i tkanki łącznej** Częstość nieznaną: osłabienie
 mięśni, kurcze mięśni, osteoporoza w czasie stosowania dawek supresyjnych lewotyrosyny, szczególnie u kobiet w okresie
 pomenopauzalnym, głównie podczas leczenia w dłuższym okresie czasu. **Zaburzenia naczyniowe** Częstość nieznaną: udarzenia
 serca, zapaść naczyniowa u niemowląt urodzonych przedwcześnie z małą masą urodzeniową. **Zaburzenia układu rozrodczego i**
pierś Częstość nieznaną: zaburzenia miesiączkowania. **Zaburzenia żołądka i jelit** Częstość nieznaną: biegunka, wymioty
 i nudności. **Bardzo rzadkie** zaburzenia czynności tarczycy: zmniejszenie masy ciała. **Zaburzenia układu nerwowego** Bardzo często:
 głowa, Rzadko: bólem głowy (szczególnie u dzieci). **Zaburzenia układu** Zaburzenia: Zaburzenia ogólnie i stany w miejsc
 podania: Częstość nieznaną: nie tolerancja wysokiej temperatury, gorączka. **Aktualizacja** Letrox 25 mikrogramów 11/2023;
 Letrox 50; 50 mikrogramów; Letrox 75 mikrogramów; Letrox 100; Letrox 125 mikrogramów; Letrox 150 02/2024. **Uwagi**
specjalne: LETROX® 50 – 7,24 µg/L; LETROX® 75 – 7,56 µg/L; LETROX® 100 – 8,63 µg/L; LETROX® 125 – 10,10 µg/L;
 LETROX® 150 – 12,07 µg/L. **MAKSYMALNA KWOTA DOPŁATY PONOSZONEJ PRZECIĄ PACJENTA:** LETROX® 50 – 5,33
 zł; LETROX® 75 – 7,25 zł; LETROX® 100 – 8,36 zł; LETROX® 125 – 10,10 zł; LETROX® 150 – 12,07 zł. **Wzrost**
 1999. **Wzrost** 2001. **Wzrost** 2002. **Wzrost** 2003. **Wzrost** 2004. **Wzrost** 2005. **Wzrost** 2006. **Wzrost** 2007. **Wzrost** 2008. **Wzrost** 2009. **Wzrost** 2010. **Wzrost** 2011. **Wzrost** 2012. **Wzrost** 2013. **Wzrost** 2014. **Wzrost** 2015. **Wzrost** 2016. **Wzrost** 2017. **Wzrost** 2018. **Wzrost** 2019. **Wzrost** 2020. **Wzrost** 2021. **Wzrost** 2022. **Wzrost** 2023. **Wzrost** 2024. **Wzrost** 2025. **Wzrost** 2026. **Wzrost** 2027. **Wzrost** 2028. **Wzrost** 2029. **Wzrost** 2030. **Wzrost** 2031. **Wzrost** 2032. **Wzrost** 2033. **Wzrost** 2034. **Wzrost** 2035. **Wzrost** 2036. **Wzrost** 2037. **Wzrost** 2038. **Wzrost** 2039. **Wzrost** 2040. **Wzrost** 2041. **Wzrost** 2042. **Wzrost** 2043. **Wzrost** 2044. **Wzrost** 2045. **Wzrost** 2046. **Wzrost** 2047. **Wzrost** 2048. **Wzrost** 2049. **Wzrost** 2050. **Wzrost** 2051. **Wzrost** 2052. **Wzrost** 2053. **Wzrost** 2054. **Wzrost** 2055. **Wzrost** 2056. **Wzrost** 2057. **Wzrost** 2058. **Wzrost** 2059. **Wzrost** 2060. **Wzrost** 2061. **Wzrost** 2062. **Wzrost** 2063. **Wzrost** 2064. **Wzrost** 2065. **Wzrost** 2066. **Wzrost** 2067. **Wzrost** 2068. **Wzrost** 2069. **Wzrost** 2070. **Wzrost** 2071. **Wzrost** 2072. **Wzrost** 2073. **Wzrost** 2074. **Wzrost** 2075. **Wzrost** 2076. **Wzrost** 2077. **Wzrost** 2078. **Wzrost** 2079. **Wzrost** 2080. **Wzrost** 2081. **Wzrost** 2082. **Wzrost** 2083. **Wzrost** 2084. **Wzrost** 2085. **Wzrost** 2086. **Wzrost** 2087. **Wzrost** 2088. **Wzrost** 2089. **Wzrost** 2090. **Wzrost** 2091. **Wzrost** 2092. **Wzrost** 2093. **Wzrost** 2094. **Wzrost** 2095. **Wzrost** 2096. **Wzrost** 2097. **Wzrost** 2098. **Wzrost** 2099. **Wzrost** 2100. **Wzrost** 2101. **Wzrost** 2102. **Wzrost** 2103. **Wzrost** 2104. **Wzrost** 2105. **Wzrost** 210

*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 o charakterze łagodnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą); terapia zastępcza i supresyjna nowotworów złośliwych tarczycy, szczególnie po operacji wycięcia tarczycy; pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy¹²; test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy².

1. ChPL Letrox 25 mikrogramów (11.2023). 2. ChPL Letrox 50; Letrox 75 mikrogramów; Letrox 100; Letrox 125 mikrogramów; Letrox 150 (02.2024).

Przygotowano: luty 2025, PL-LET-2025-C1-6-V1-PRINT



TERAZ DOSTĘPNA DAWKA¹
25 mikrogramów
lewotyroksyny sodowej



CHOROBY TARCZYCY* – KONTROLA W TWOICH RĘKACH^{1,2}



bez laktozy^{1,2}



bez sodu^{1,2}



można przechowywać w temp do 30°C^{1,2}



1. ChPL Letrox 25 mikrogramów (11.2023). 2. ChPL Letrox 50; Letrox 75 mikrogramów; Letrox 100; Letrox 125 mikrogramów; Letrox 150 (02.2024).

Przygotowano: luty 2025, PL-LET-2025-C1-6-V1-PRINT

*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 o charakterze łagodnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreozą); terapia zastępcza i supresyjna nowotworów złośliwych tarczycy, szczególnie po operacji wycięcia tarczycy; pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy^{1,2}; test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy.²



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**