

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

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego

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



22-24 maja
WROCŁAW

XXIII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGICZNEGO GDAŃSK 2025 11-13 września

prof. dr hab. n. med. **Beata Kos-Kudła**
Przewodnicząca Komitetu Naukowego

prof. dr hab. n. med. **Renata Świątkowska-Stodulska**
Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego



PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO



prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

Klinika Endokrynologii
Katedra Patofizjologii i Endokrynologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
Prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.



prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

Katedra i Klinika Endokrynologii,
Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii.

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

STRATEGICZNI PARTNERZY KONFERENCJI



GŁÓWNI PARTNERZY KONFERENCJI



PARTNER WARSZTATÓW USG



PARTNERZY KONFERENCJI

BAUSCH Health

BESINS
HEALTHCARE
By your side, for life

TER·KIM
ascendis
pharma

EUROMED)))
medical solution

IMMUNOVANT

lekam

MEDISON

MERCK

MIRALEX

MIRO

NOVARTIS

RECORDATI
RARE DISEASES
Focused on the Few

SANDOZ

SUN-FARM

Swixx
BioPharma

wörwag
PHARMA



1 X TYDZIEŃ

wegovy®

semaglutyd **2,4 mg**

Od początku zyskaj **Więcej**

≥ 20%

redukcja masy ciała
u 1 na 3 pacjentów,
~17% średnia redukcja
masy ciała utrzymana
przez 2 lata.^{1,2}

20%

redukcja ryzyka
poważnych zdarzeń
sercowo-naczyniowych,
19% redukcja śmiertelności
całkowitej.^{*,3}

- Wytyczne ESC 2024
- Wytyczne PTLO
- Stanowisko Ekspertów PTK

Tylko Wegovy® ma udowodnioną redukcję ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentów z otyłością, powikłaną nadwagą i bez cukrzycy^{4,5}



Dowiedz się więcej na:
forum-dla-otylosci.pl

* Różnica w ryzyku zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych nie osiągnęła wymaganej wartości p dla testów hierarchicznych, więc nie przeprowadzono testów wyższości dla pozostałych potwierdzających drugorzędowych punktów końcowych.

Ilustracja przedstawia wizerunek modeli, nie pacjentów.

Novo Nordisk Pharma Sp. z o.o.
Krakowiaków 46, 02-255 Warszawa
tel.: +48 22 444 49 00, faks: +48 22 444 49 01
informacja@novonordisk.com
www.novonordisk.pl

04/2025 © Novo Nordisk A/S, PL25SEMO00139



12:00 - 13:30 Sesja Klubu 30

Przewodniczący sesji: dr n. med. Jowita Halupczok-Żyła,
dr n. med. Dorota Filipowicz

12:00 - 12:20 **Wpływ progesteronu na mechanizmy nadwrażliwości w wybranych schorzeniach alergologicznych**
lek. Ewa Gajewska, Opole

12:20 - 12:40 **Płynna biopsja jako narzędzie w diagnostyce i monitorowaniu raka tarczycy**
lek. Emilia Niedziela, Kielce

12:40 - 13:00 **Farmakoterapia hiperkortyzolemii powikłanej ciężkim uszkodzeniem wątroby**
lek. Mari Minasyan, Kraków

13:00 - 13:20 **Gut Microbiome and Estrogen**
Kristina Saravinovska, MD, PhD candidate, University Clinical Centre of Serbia, Faculty of Medicine, University of Belgrade

13:20 - 13:30 **Dyskusja**

13:30 - 13:40 **Rozpoczęcie 32. 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

13:40 - 14:50 Sesja Guzy Neuroendokrynne

Przewodniczenie: prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła ,
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński,
prof. dr hab. n. med. Rafał Czepczyński

13:40 - 14:00 **Jak znalezienie ogniska pierwotnego NET zmienia strategię leczenia...**
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła
wykład pod patronatem firmy Novartis

14:00 - 14:20 **Radiologia interwencyjna w diagnostyce i leczeniu chorób układu endokrynnego: radioembolizacja przerzutów NEN do wątroby**
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński

14:20 - 14:40 **Nowoczesna diagnostyka obrazowa pheochromocytoma/paraganglioma**
prof. dr hab. n. med. Rafał Czepczyński

14:40 - 14:50 **Dyskusja**

14:50 - 15:05 PRZERWA

15:05 - 15:25 Co nowego w kwestii witamin i naszego zdrowia?

prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz

15:25 - 16:15 Niedoczynność przytarczyc pod lupą: nowoczesna diagnostyka i terapia oczami pacjenta i lekarza – co zmieniają nowe leki

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

- **Małe gruczoły, wielkie zamieszanie - opis przypadku**
prof. dr hab. n. med. Nadia Sawicka-Gutaj
- **Analogi PTH - dla kogo leczenie? Jak indywidualizować terapię?**
prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Zygmunt
- **Dyskusja**

16:15 - 16:45 Spotkanie z Ekspertem

Przewodniczenie: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński

- **Leczenie raka tarczycy w dobie Krajowej Sieci Onkologicznej – zespoły narządowe w praktyce**
prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

16:45 - 16:55 PRZERWA

16:55 - 17:50 Znaczenie kontroli biochemicznej w leczeniu chorych na akromegalię – kiedy jest czas na zmianę terapii?

Prowadzący sesję: prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

Prezentujący:

prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski
prof. dr hab. n. med. Przemysław Witek

17:50 - 18:20 Spotkanie z Ekspertem

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

- **Endokrynne aspekty długiego życia w zdrowiu; w 70-lecie Kliniki Endokrynologii CMKP**
prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

18:20 - 19:05 Nowa medycyna otyłości - przełom, który dzieje się teraz

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

- **Tirzepatyd i dalej? Przełomy z SURMOUNT-5 – co zmieniają w codziennej praktyce**
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała
- **Personalizacja leczenia otyłości... od wczesnej interwencji**
dr Jakub Gołacki
- **Personalizacja leczenia otyłości... po zaawansowane leczenie**
prof. dr hab. n. med. Beata Matyjaszek-Matuszek
- **Przyszłość już nadeszła – jak nowe terapie zmieniają leczenie otyłości w gabinecie endokrynologa – dyskusja panelowa**
- **Podsumowanie sesji:** prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

Sesja pod patronatem firmy Eli Lilly

19:05 - 20:00 Kolacja

20:00 - 21:00 Inauguracja – otwarcie 32. Kursu Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych

1x w tygodniu
mounjaro®
(tirzepatyd) iniekcje 0,5 ml
2,5 mg | 5 mg | 7,5 mg | 10 mg | 12,5 mg | 15 mg
A Lilly Medicine

**Pierwszy i jedyny zarejestrowany
agonista receptorów GIP/GLP-1¹⁻⁶**

Teraz zatwierdzony także
do **kontroli masy ciała¹**



Unikalny mechanizm działania:

Pierwszy podwójny agonista receptorów GIP i GLP-1
o działaniu ukierunkowanym **na patofizjologię otyłości.¹**



Skuteczność w każdej dawce:

Mounjaro® w dawce 5 mg wykazuje **średnią redukcję
masy ciała o 16% (-16,1 kg)** po 72 tygodniach.^{1†}



Trwała redukcja masy ciała:

Pacjenci kontynuujący terapię Mounjaro® do 88. tygodnia **osiągnęli dalszą
redukcję masy ciała aż do poziomu 27,6 kg (-25,8 %)** w porównaniu
do częściowego wzrostu masy ciała u pacjentów, którzy zaprzestali leczenia.^{8†}



Poprawa parametrów kardiometabolicznych:

Wykazano poprawę istotnych parametrów kardiometabolicznych,
w tym: **ciśnienia tętniczego, obwodu talii, stężenia triglicerydów,
cholesterolu frakcji HDL i cholesterolu frakcji LDL.^{7†}**

**Poprawa parametrów kardiometabolicznych nie jest zarejestrowanym wskazaniem do stosowania leku Mounjaro®.
Parametry kardiometaboliczne stanowiły drugorzędowy punkt końcowy w badaniach klinicznych SURMOUNT.**

[†]Szacowana skuteczność, analiza MMRM, populacja mITT (zbiór danych do analizy skuteczności)

¹Oszacowaną skuteczność poszczególnych dawek nie została skorygowana ze względu na liczebność testów, z wyjątkiem obwodu talii w grupach przyjmujących dawki 10 mg i 15 mg.
Badanie przeprowadzono u osób dorosłych z otyłością (BMI ≥30 kg/m²) lub nadwagą (BMI ≥27 kg/m²) z co najmniej jednym powikłaniem związanym z nadmierną masą ciała,
z wyjątkiem cukrzycy typu 2.^{1,2} U wszystkich uczestników zastosowano interwencję dotyczącą stylu życia, obejmującą dietę o obniżonej kaloryczności i zwiększoną aktywność fizyczną.^{1,7}

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego Mounjaro®. 2. Willard FS, Douros JD, Gabe MBN, et al. Tirzepatide is an imbalanced and biased dual GIP and GLP-1 receptor agonist. JCI Insight. 2020;5(17):e140532. doi:10.1172/jci.insight.140532. 3. Liarakos AL et al. Novel Dual Incretin Receptor Agonists in the Spectrum of Metabolic Diseases with a Focus on Tirzepatide: Real Game-Changers or Great Expectations? A Narrative Review. Biomedicines. 2023 Jul 1;11(7):1875. 4. Drugs@FDA: FDA-Approved Drugs. <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/darf/index.cfm?event=BasicSearch.process>, wyniki wyszukiwania dla: Mounjaro, access: 22.08.2023. 5. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=A10BX&showdescription=no, access: 22.08.2023. 6. European Medicines Agency, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/mounjaro>, access: 22.08.2023. 7. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038. 8. Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, et al. SURMOUNT-4 Investigators. Continued treatment with tirzepatide for maintenance of weight reduction in adults with obesity: the SURMOUNT-4 randomized clinical trial. JAMA. 2024;331:38-48. doi:10.1001/jama.2023.24945.

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

08:30 - 09:00 Wykład Konsultanta Krajowego – 2024 co nowego

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

09:00 - 10:10 Sesja Diabetologiczno-Otyłościowa

Przewodniczenie: prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska,
prof. dr hab. n. med. Beata Matyjaszek-Matuszek,
prof. dr hab. n. med. Wojciech Bik

09:00 - 09:20 **Nieoczywiste powikłania cukrzycy – czy możemy im zapobiec?**
prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska

09:20 - 09:40 **Prolaktyna – nowy gracz w chorobie otyłościowej**
dr hab. n. med. Agnieszka Baranowska-Bik, prof. CMKP

09:40 - 10:00 **Mroczna symbioza: choroba otyłościowa i choroba Alzheimera**
prof. dr hab. n. med. Wojciech Bik

10:00 - 10:10 **Dyskusja**

10:10 - 10:20 **PRZERWA**

10:20 - 11:50 Sesja Nadnerczowa

Przewodniczenie: prof. dr hab. n. med. Renata Świątkowska-Stodulska,
dr hab. n. med. Lucyna Siemińska, prof. SUM,
dr hab. n. med. Aleksandra Gilis-Januszewska, prof. UJ

10:20 - 10:40 **Trudności w diagnostyce i leczeniu obustronnych guzów nadnerczy**
prof. dr hab. n. med. Renata Świątkowska-Stodulska

10:40 - 11:00 **Biopsja guza chromochłonnego nadnerczy: balans między ryzykiem a korzyściami**
dr hab. n. med. Anna Babińska

11:00 - 11:20 **Guzy nadnerczy – kiedy należy obserwować i jak długo?**
dr hab. n. med. Lucyna Siemińska, prof. SUM

11:20 - 11:40 **Dlaczego każdy pacjent z zespołem Cushinga powinien otrzymać leczenie p/krzepliwe – zalecenia dotyczące profilaktyki p/krzepliwej w ZC 2025**
dr hab. n. med. Aleksandra Gilis-Januszewska, prof. UJ

11:40 - 11:50 **Dyskusja**

11:50 - 12:15 **Kiedy jeden lek to za mało – personalizacja terapii otyłości**

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

12:15 - 12:25 **PRZERWA**

12:25 - 13:40 **Endokrynolog + algorytm = duet idealny?
Przypadki kliniczne w dialogu z AI**

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

- **Od promptu do odpowiedzi – jak prowadzić skuteczny dialog z AI**
Radosław Mechło (BUZZcenter)
- **Sztuczna inteligencja jako wsparcie w diagnostyce i terapii akromegalii**
dr Mari Minasyan
- **Wykorzystanie Sztucznej inteligencji w diagnostyce i terapii chorej z rozszanym rakiem tarczycy**
dr hab. n. med. Jarosław Jendrzejewski
- **Dialog klinicysty z AI w diagnostyce i terapii pacjenta z NET**
lek. Joanna Horbaczewska

Sesja pod patronatem firmy Ipsen

13:40 - 14:35 **LUNCH**

14:35 - 14:55 **Krzywica hipofosfatemiczna sprzężona z chromosomem X (XLH) oczami klinicysty - wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne w świetle dostępnych terapii**

dr n. med. Anna Skowrońska-Szcześniak

14:55 - 16:00 Hormonalna terapia zastępcza-Menopauzy, Niedoczynności-Tarczycy, OTYŁOŚCI

- **Moderacja sesji ze wstępem przypominającym w jakich jednostkach endokrynologicznych stosuje się suplementację hormonalną**
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła
- **Otyłość jako niedoczynność układu inkretynowego**
prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska
- **Jakie objawy otyłości możemy leczyć stosując semaglutyd?**
dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz, prof. CMKP
- **Inna (?) perspektywa na leczenie otyłości**
prof. dr hab. n. med. Piotr Rozentyt

Sesja pod patronatem firmy Novo Nordisk

16:00 - 16:10 PRZERWA

16:10 - 17:20 Sesja Tarczycowa

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk,
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska,
prof. dr hab. n. med. Anhelli Syrenicz

16:10 - 16:30 Niedoczynność tarczycy w starszym wieku – ograniczenia diagnostyczno-terapeutyczne
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska

16:30 - 16:50 Diagnostyka obrazowa schorzeń tarczycy wspomagana sztuczną inteligencją
dr n. med. Tomasz Tomkowski

16:50 - 17:10 Niepłodność małżeńska w chorobach tarczycy
prof. dr hab. n. med. Anhelli Syrenicz

17:10 - 17:20 Dyskusja

17:20 - 17:40 Cyjankobalamina – jedna witamina a interdyscyplinarny problem
prof. dr hab. n. med. Zyta Beata Wojszel

17:40 - 20:00 Przerwa

20:00 - 21:10 Dark Session

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska,

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała,

prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

Jest zima, to musi być zimno

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak,

dr n. med. Łukasz Obołończyk,

lek. Przemysław Arasimowicz

Cudownych rodziców mam

dr n. med. Łukasz Obołończyk,

dr n. med. Monika Berendt-Obołończyk,

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak,

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Marcin Renke

Wskrzeszony przez Omnadren

dr n. med. Remigiusz Domin

lek. Julia Pietz-Muszkiet

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

Przyszłość pacjenta zapisana w gwiazdach

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, umożliwiamy udział w transmisji sesji Dark Session w sali Boardroom AB. Serdecznie zapraszamy do uczestnictwa!



TERAZ DOSTĘPNA DAWKA¹
25 mikrogramów
lewotyrosyny 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 tarczycy²



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Letrox®

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

CHOROBY TARCZYCY* – 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 LECZNICZEGO Letrox 25 mikrogramów, 25 mikrogramów, tabletki; Letrox 50; 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 I ILOŚCIOWY** Każda tabletka produktu leczniczego Letrox 25 mikrogramów zawiera 25 mikrogramów lewotyroksyny sodowej. Każda tabletka produktu leczniczego Letrox 50 zawiera 53,2 – 56,8 mikrogramów lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 50 µg lewotyroksyny sodowej). Każda tabletka produktu leczniczego Letrox 75 mikrogramów zawiera 79,8 – 85,2 mikrogramów lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 75 µg lewotyroksyny sodowej). Każda tabletka produktu leczniczego Letrox 100 zawiera 106,4 – 113,6 mikrogramów lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 100 µg lewotyroksyny sodowej). Każda tabletka produktu leczniczego Letrox 125 mikrogramów zawiera 133,0 – 142,0 mikrogramów lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 125 µg lewotyroksyny sodowej). Każda tabletka produktu leczniczego Letrox 150 zawiera 159,6 – 170,4 mikrogramów lewotyroksyny sodowej (Levothyroxinum natricum) x H₂O (co odpowiada 150 µg lewotyroksyny sodowej). **POŚTAĆ FARMACEUTYCZNA** Letrox 25 mikrogramów: tabletka, białe do bezwonych, okrągłe, lekko wypukłe tabletki. Letrox 50, Letrox 75, Letrox 100, Letrox 125, Letrox 150: tabletka, białe do bezwonych, okrągłe, lekko wypukłe tabletki z linią podziału po jednej stronie. Tabletkę można podzielić na równe dawki. **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 wyjęcia tarczycy. Pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy. Letrox 50, Letrox 75, Letrox 100, Letrox 125, Letrox 150 dodatkowo: test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy. Produkt leczniczy Letrox jest wskazany do stosowania we wszystkich grupach wiekowych.

Dawkowanie i sposób podawania. Leczenie hormonami tarczycy/terapia zastępcza Dawkowanie Należy stosować się do zaleceń dotyczących dawkowania. Indywidualna dawka dobową powinna być ustalona na podstawie badania lekarskiego i wyników testów laboratoryjnych. W przypadku utrzymującej się resztkowej czynności tarczycy, odpowiednie 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 lub długotrwałą niedoczynnością tarczycy. 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 są również wystarczające u pacjentów o niewielkiej masie ciała oraz u pacjentów z dużym wolem. U niektórych pacjentów stężenie hormonów T4 lub FT4 może być zwiększone, dlatego w celu monitorowania przyjętego schematu leczenia, lepsze jest oznaczenie stężenia TSH w surowicy krwi. **Wskazanie - Dawka*** (liczba mikrogramów lewotyroksyny sodowej/dobę)

Niedoczynność tarczycy. Dawkowanie u dorosłych: Dawka początkowa – 25 do 50 (dawka należy zwiększać o 25 do 50 µg w odstępach co 2 do 4 tygodni). Dawka podtrzymująca 100 do 200. **Profilaktyka nawrotu wola – 75 do 200. Wole o charakterze łagodnym u pacjentów z eutyreozą – 75 do 200. Terapia wspomagająca leczenie tyreotoksycznej nadczynności tarczycy – 50 do 100.**

Po operacji usunięcia tarczycy z powodu nowotworów złośliwych tarczycy – 150 do 300. (Pozostałe Test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy 200 mikrogramów (przez 14 dni do momentu wykonania scyntygrafii)) * W celu dokładnego dawkowania należy wybrać właściwy produkt leczniczy Letrox zawierający najbardziej odpowiednią dawkę lewotyroksyny (25, 50, 75, 100, 125 lub 150). **Pacjent w podeszłym wieku** U pacjentów w podeszłym wieku, w indywidualnych przypadkach, np. w przypadku choroby 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 dawka 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 rano, na czczo, co najmniej pół godziny przed śniadaniem, popijając odpowiednią ilością wody. Dzieci powinny otrzymywać całkowitą dawkę dobową, co najmniej na pół godziny przed pierwszym posiłkiem. Tabletki można również podawać w postaci zawiesiny. Tabletki należy rozpuścić w odpowiedniej ilości wody (10-15 ml), a powstałą w ten sposób zawiesinę, którą 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 zazwyczaj przez całe życie, a w przypadku wola o charakterze łagodnym i profilaktyki nawrotu wola leczenie trwa kilka miesięcy lub lat, a nawet do końca życia; w przypadku terapii wspomagającej leczenie nadczynności tarczycy, czas trwania leczenia zależy od długości leczenia tyreostatycznego. Leczenie wola u pacjentów w stanie eutyreozy powinno trwać od 6 miesięcy do 2 lat. Jeżeli w tym przedziale czasowym leczenie produktem leczniczym 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. Nieleczona nadczynność tarczycy. Nieleczona nadczynność nadnerczy. Nieleczona nadczynność przysadki (w niewydolności kory nadnerczy wymagającej leczenia) (Letrox 25). Ostre zapalenie mięśnia sercowego. Ostre zapalenie serca. Jednocześnie przyjmowanie lewotyroksyny i leku tyreostatycznego jest przeciwwskazane u kobiet w ciąży. 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: choroba wieńcowa; dusznica bolesna; nadciśnienie tętnicze; niedoczynność przysadki lub kory nadnerczy; guzek autoimmunijny. 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, długotrwałą niedoczynnością tarczycy u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego w wywiadzie należy ściśle unikać nadmiaru dodatkowej nadczynności tarczycy indukowanej lekami. W leczeniu hormonami tarczycy u tych pacjentów może być konieczna częstsza kontrola stężenia hormonów tarczycy. W przypadku wtórnej niedoczynności

tarczycy, 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 przysadki leczenie hormonami tarczycy bez odpowiedniego zastosowania kortykosteroidów może wywołać przełom nadnerczowy (ostrą niewydolność kory nadnerczy – kryzys Addisona). Rozpoczynając leczenie lewotyroksyną u niemowląt urodzonych przedwcześnie z bardzo małą urodzeniową masą ciała, należy monitorować parametry hemodynamiczne, ponieważ może wystąpić zapas krążeniowy spowodowany niedojrzałą czynnością nadnerczy. W przypadku podejrzenia autonomicznej czynności tarczycy przed leczeniem zaleca się przeprowadzenie testu z TRH lub wykonanie scyntygrafii supresyjnej. Należy zachować ostrożność podczas podawania lewotyroksyny u pacjentów z padaczką w wywiadzie, ponieważ u tych pacjentów istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia drgawek. Podczas leczenia lewotyroksyną u kobiet w okresie pomenopauzalnym, ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia osteoporozy, należy dobrać najmniejszą skuteczną dawkę lewotyroksyny sodowej oraz należy częściej kontrolować czynność tarczycy, w celu uniknięcia większych niż fizjologiczne stężeń lewotyroksyny w surowicy krwi. Hormonów tarczycy nie wolno stosować w celu redukcji masy ciała. Większe dawki mogą powodować poważne, a nawet zagrażające życiu działania niepożądane, zwłaszcza w skojarzeniu z niektórymi środkami zmniejszającymi masę ciała, a zwłaszcza z aminami sympatykomimetycznymi. Po zastosowaniu produktu leczniczego Letrox odnowano, czasami ciężkie, reakcje nadwrażliwości (w tym obrzęk naczynioruchowy). Jeśli wystąpią przedmiotowe i podmiotowe objawy reakcji alergicznej, należy przerwać podawanie produktu leczniczego Letrox oraz odpowiednio leczyć objawy. Jeśli jest wymagana zamiana na inny produkt leczniczy zawierający lewotyroksynę, 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 lewotyroksynę i inne produkty lecznicze, które mogą wpływać na tarczycę (np. amiodaron, inhibitory kinazy tyrozynowej, salkaliny i duże dawki furosemidu) (Chorzy na cukrzycę i pacjenci stosujący leczenie przeciwcukrzepowe, patrz punkt 4.5. Bardzo rzadkie przypadki niedoczynności tarczycy zostały stwierdzone u pacjentów przyjmujących jednocześnie sawelam i lewotyroksynę. Ściśle monitorowanie stężenia TSH jest polecane pacjentom poddawaniemu leczeniu obwodoma produktami leczniczymi. Wpływ na wyniki badań laboratoryjnych. Biotyna może wpływać na wyniki badań immunologicznych tarczycy opartych na interakcji białyni i streptawidynu, prowadząc do fałszywego zmniejszenia lub fałszywego zwiększenia wartości wyników badań. Ryzyko takiego wpływu zwiększa się wraz z dawką białyni. Podczas interpretacji wyników badań laboratoryjnych należy wziąć pod uwagę możliwość wpływu białyni, zwłaszcza jeśli stwierdzi się brak spójności wyników z obrazem klinicznym. Jeśli przeprowadza się badania czynności tarczycy u pacjentów przyjmujących produkty zawierające białynę, należy poinformować o tym pracowników laboratorium. Należy zastosować alternatywne metody oznaczania, nie ulegające wpływowi białyni, jeśli są one dostępne. Sód. 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 szybkiego zwiększania dawki na początku leczenia, mogą wystąpić typowe objawy nadczynności tarczycy. W przypadku wystąpienia poważniejszych objawów, należy zmniejszyć dawkę dobową 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 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 wstrząsu anafilaktycznego. W takim przypadku należy przerwać podawanie produktu leczniczego. Ocena działań niepożądanych opiera się na następujących określonych częstościach ich występowania: Bardzo często: $\geq 1/100$; Często: $\geq 1/100$ do $< 1/100$; Nierzadko: $\geq 1/1000$ do $< 1/100$; Rzadko: $\geq 1/10000$ do $< 1/1000$; Bardzo rzadko: $< 1/10000$; Częstość nieznana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia układu immunologicznego** Częstość nieznana: nadwrażliwość. **Zaburzenia endokrynologiczne** Częstość nadczynności tarczycy, Zaburzenia serca Bardzo często: kołatanie; Częstość tachykardia. Częstość nieznana: zaburzenia rytmu serca (arytmie), dusznica bolesna. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej** Częstość nieznana: obrzęk naczynioruchowy, wysypka, pokrzywka, nadmierna potliwość. **Zaburzenia psychiczne** Bardzo często: bezsenność; Częstość: nerwowość; Częstość nieznana: niepokój. **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej** Częstość nieznana: osłabienie mięśni, gruczoł mięśni, osteoporoza w czasie stosowania dawek supresyjnych lewotyroksyny, szczególnie u kobiet w okresie pomenopauzalnym, głównie podczas leczenia przez dłuższy okres czasu. **Zaburzenia naczyniowe** Częstość nieznana: uderzenia gorąca, zapas naczyniowy u niemowląt urodzonych przedwcześnie z małą masą urodzeniową. **Zaburzenia układu rozrodczego i piersi** Częstość nieznana: zaburzenia miesiączkowania. **Zaburzenia żołądka i jelit** Częstość nieznana: biegunka, wymioty i nudności. **Badania diagnostyczne** Częstość nieznana: zmniejszenie masy ciała. **Zaburzenia układu nerwowego** Bardzo często: ból głowy; Rzadko: zrzekomy guz mózgu (szczególnie u dzieci); Częstość nieznana: drżenie. **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania** Częstość nieznana: nietolerancja 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. **Ceny detaliczne:** LETROX® 50 (50) – 7,24 PLN; LETROX® 75 (50) – 7,56 PLN; LETROX® 100 (50) – 8,63 PLN; LETROX® 125 (50) – 10,10 PLN; LETROX® 150 (50) – 12,07 PLN; **MAKSYMALNA KWOTA DOPLATY PONOSZONEJ PRZEZ PACJENTA:** LETROX® 50 (50) – 6,22 PLN; LETROX® 75 (50) – 4,43 PLN; LETROX® 100 (50) – 3,76 PLN; LETROX® 125 (50) – 4,44 PLN; LETROX® 150 (50) – 5,33 PLN. **Ceny z dn. 01.01.2025** (aktualnie ceny dostępne <http://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>) **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** BERLIN-CHEMIE AG Glenker Weg 125; 12489 Berlin; Niemcy. **NUMERY POZWOLEN WYDANE PRZEZ PREZESA URPLWIMPB:** Letrox 25 mikrogramów 27121; LETROX® 50 R/340; LETROX® 75 21735; LETROX® 100 R/1689; LETROX® 125 21736; LETROX® 150 8206. **LEKI WYDANE Z PRZEPISU LEKARZA (Rp).**

BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA Sp. z o.o., ul. Słomskiego 4 00-204 Warszawa, tel. 22 566 21 00; e-mail: biuro@berlin-chemie.com

*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 wyjęcia tarczycy; pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy^{1,2}; test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy².

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

08:30 - 09:40 Sesja Andrologiczna

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jolanta Słowikowska-Hilczer,
prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk,

08:30 - 08:50 Analogi FSH i LH w leczeniu niepłodności męskiej

dr n. med. Katarzyna Jankowska

08:50 - 09:10 Parametry kliniczne męskiej płodności

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

09:10 - 09:30 Polskie zalecenia dla osób transpłciowych

prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk

09:30 - 09:40 Dyskusja

09:40 - 09:50 Przerwa

09:50 - 11:00 Sesja Przysadkowa

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Roman Junik,
prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

09:50 - 10:10 Guzy przysadki – farmakoterapia, radioterapia, protonoterapia

prof. dr hab. n. med. Roman Junik

10:10 - 10:30 Stany nagłe związane z przysadką

dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk

10:30 - 10:50 Incydentaloma przysadki

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

10:50 - 11:00 Dyskusja

11:00 - 11:10 Przerwa

11:10 - 12:40 Sesja Varia

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

- 11:10 - 11:30 Nowotwór jajnika u młodych kobiet – aspekty endokrynologiczne w kontekście ginekologii onkologicznej**
prof. dr hab. n. med. Marek Kudła
- 11:30 - 11:50 Zespół policystycznych jajników w praktyce klinicznej – aktualne standardy i wyzwania terapeutyczne**
dr hab. n. med. Małgorzata Kałużna
- 11:50 - 12:10 Ostra porfiria wątrobowa – diagnostyka i leczenie**
dr n. med. Łukasz Pawliński
wykład pod patronatem firmy Medison Pharma
- 12:10 - 12:30 Diagnostyka lokalizacyjna przytarczyc - wyzwania i pułapki**
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski
- 12:30 - 12:40 Dyskusja**

12:40 - 12:50 Przerwa

12:50 - 13:40 Sesja ciekawych przypadków

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak,
prof. dr hab. n. med. Anhelli Syrenicz,
dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk

- **Niewygodny fotel jako pierwszy objaw rozsianej choroby nowotworowej**
lek. Przemysław Paul,
dr n. med. Łukasz Obolończyk,
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Marcin Renke
- **Hiperkortyzolemia w przebiegu pierwotnego makroguzkowego przerostu kory nadnerczy (PBMAH) – rozpoznanie i co dalej?**
dr n. med. i n. o zdr. Ewa Tywanek,
lek. Kinga Chojecka,
lek. Agnieszka Cabanek,
dr hab. n. med. Agnieszka Zwolak, prof. UMLub
- **Czy możliwy jest ACTH-zależny zespół Cushinga z pierwotnym ogniskiem w endometrium?**
lek. Renata Niezgoda-Pawłowska,
dr hab. n. med. Elwira Bakuła-Zalewska,
dr hab. n. med. Marek Murawski,
dr n. med. Tomasz Tomkalski
- **Schwannoma splotu barkowego – czyli co endokrynolog może napotkać podczas rutynowego USG szyi**
lek. Michał Olejarz,
lek. Agnieszka Witowska,
prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska,
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

13:40 - 13:50 Zakończenie 32. 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



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:

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

SOM-PL-001505

Somatuline AUTOGEL, 60 mg, 90 mg, 120 mg (lanreotyd), roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce; **SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY**: Lanreotyd 60 mg, 90 mg, 120 mg (w postaci lanreotyd octanu). Każda ampułko-strzykawka zawiera przesycony roztwór lanreotyd octanu w postaci zasady, o stężeniu odpowiadającym 0,246 mg lanreotyd na 1 mg roztworu, co zapewnia rzeczywistą dawkę lanreotyd w jednej iniekcji wynoszącą odpowiednio 60 mg, 90 mg lub 120 mg. **POSTAC FARMACEUTYCZNA**: Roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce. Białe do jasnożółtego, lepki, przesycony roztwór. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA**: - w długotrwałym leczeniu chorych na akromegalię, gdy stężenie krążącego hormonu wzrostu (GH) i (lub) insulino-podobnego 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, a o ile jest to możliwe, doprowadzenie 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 przejelita, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przejelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami; - w leczeniu objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi. **DAWKOWANIE I SPOŚÓB PODAWANIA**: Produkt leczniczy Somatuline Autogel dostępny jest w trzech dawkach: 60 mg, 90 mg i 120 mg lanreotyd. 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 odpowiedzi, 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 somatostatynny 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 somatostatynny 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 przejelita, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przejelita, 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 lanreotyd. Pacjenci w podeszłym wieku: U pacjentów w podeszłym wieku nie jest konieczne dostosowanie dawki ze względu na szeroki zakres dawek terapeutycznych lanreotyd. 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 górną zewnętrzną 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 iniekcje należy podawać w górną, zewnętrzną powierzchnię uda. Decyzję dotyczącą tego, czy pacjent może wykonywać iniekcje samodzielnie, czy powinna je podawać przeszkolona osoba, powinien podjąć pracownik służby zdrowia. Niezależnie od miejsca wykonania iniekcji, nie należy przy tym tworzyć fałd 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 którejkolwiek 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 powstania 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 kamica żółciowa należy przerwać stosowanie lanreotyd i wdrożyć odpowiednie leczenie. Hiperglikemia

i hipoglikemia 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 hipoglikemia lub hiperglikemia. 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 proggu bradykardii. U pacjentów z chorobą serca przed włączeniem lanreotyd może wystąpić bradykardia zatokowa. U pacjentów z bradykardią należy zachować ostrożność przy rozpoczynaniu 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 lanreotyd 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 ($\geq 1/1\ 000$ do $< 1/100$); częstość 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, przemieszanie żywności 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, anafaksja, nadwrażliwość); Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: często: hipoglikemia, zmniejszenie apetytu; hiperglikemia, cukrzyca; Zaburzenia psychiczne: niezbyt często: bezsenność; Zaburzenia układu nerwowego: często: ból głowy, zawroty głowy, ospałość; Zaburzenia serca: często: bradykardia zatokowa; Zaburzenia naczyniowe: niezbyt często: uderzenia gorąca; Zaburzenia żołądka 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: nieprawidłowe 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, zgubienie, stwardnienie, guzek, świąd), częstość nieznana: ropień w miejscu wstrzyknięcia; Badania diagnostyczne: często: wzrost aktywności ALAT*, nieprawidłowa aktywność AsAT*, nieprawidłowe stężenie ALAT*, wzrost stężeń bilirubiny we krwi*, wzrost stężeń glukozy we krwi*, wzrost stężeń hemoglobiny glikozylowanej*, zmniejszenie masy ciała, zmniejszenie aktywności enzymów trzustkowych*; niezbyt często: wzrost aktywności AsAT*, wzrost aktywności fosfatazy zasadowej we krwi*, nieprawidłowe stężenie bilirubiny we krwi*, spadek stężeń 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 podejrzanym 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.edward.gov.pl> **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY**: Ipsen Pharma, 65 Quai Georges Gorse, 92100 Boulogne-Billancourt, Francja. **INFORMACJA O LEKU UDZIELA**: IPSEN Poland Sp. z o.o., ul. Chmielna 73, 00-081 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**: Produkt leczniczy wydany z przepisu lekarza – Rp.; Lek umieszczony w wykazie leków refundowanych* w chorobach przewlekłych we wskazaniach: a) Akromegalia; Leczenie objawów hipersekrety 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 przejelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przejelita, 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: 19.09.2023 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, 19.09.2023 r.

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

13:30 – 14:00 Rejestracja na Warsztaty USG

Do udziału w Warsztatach wymagana jest rejestracja do wybranej grupy praktycznej

14:05 – 14:40 Powitanie Uczestników

dr n. med. Tomasz Tomkalski

USG tarczycy: różne opisy tego samego badania. Analiza przyczyn

dr n. med. Tomasz Tomkalski

14:40 - 14:50 PRZERWA

14:50 - 17:20 CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

14:50 - 16:00 Grupa I

Prowadzący: dr n. med. Tomasz Tomkalski,
dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk,
prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek

16:00 - 16:10 PRZERWA

16:10 - 17:20 Grupa II

Prowadzący: dr n. med. Tomasz Tomkalski,
dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk,
prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek

INFORMACJE ORGANIZACYJNE

Biuro Kursu



Biuro Kursu znajduje się na piętrze centrum konferencyjnego Q Hotelu i będzie czynne:

- czwartek, 22 maja, w godzinach 11:00-21:00
- piątek, 23 maja, w godzinach 8:00-17:40
- sobota, 24 maja, w godzinach 8:00-13:00

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 dentyistów, udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w konferencji 32. Kurs Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii Diabetologii i Chorób Metabolicznych, lekarzowi/lekarzowi dentyście przysługuje 20 punktów edukacyjnych.

Wystawa medyczna



Wystawa medyczna znajduje się na piętrze centrum konferencyjnego Q Hotelu. Wstęp na wystawę medyczną możliwy jest wyłącznie dla osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

GASTRONOMIA

Przerwy na kawę



Kawa, herbata oraz drobne przekąski dostępne będą w dniach **22-24 maja** w **przerwach** między sesjami, na terenie wystawy medycznej.

Kolacja



Kolacja będzie serwowana w **czwartek, 22 maja w godzinach 19:05-20:00** w restauracji hotelowej na parterze Q Hotel Wrocław Bielany.

Lunch



Lunch będzie serwowany w **piątek, 23 maja w godzinach 13:40-14:35** w restauracji hotelowej na parterze Q Hotel Wrocław Bielany.

INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW

Punkt multimedialny



Punkt multimedialny zlokalizowany jest w sali wykładowej na piętrze w centrum konferencyjnym Q Hotelu. Prosimy o przekazanie prezentacji przewidzianej do wykładu w przerwie przed rozpoczęciem sesji z Państwa udziałem.

ZAPRASZAMY NA

33.

KURS KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII
I CHORÓB METABOLICZNYCH

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego

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

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

4-6 grudnia
TORUŃ
2025



Spotkanie
MIKOŁAJ-KOPIERNIKowe

sympomed.pl/33_kurs

32.

KURS KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII
I CHOROŃ METABOLICZNYCH



SympoMed
konferencje medyczne