

PROGRAM



XXI KURS KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII i CHOROÓB METABOLICZNYCH

KRAKÓW, 9-11 maja 2019

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego:

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

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

*prof. dr hab. n. med. **Andrzej Milewicz***



ENDOKRYNOLOGICZNA WIOSNA
W KRAKOWIE

SympoMed



XXII KURS KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII i CHORÓB METABOLICZNYCH

TORUŃ, 5-7 grudnia 2019 roku

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego:

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

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

prof. dr hab. n. med. **Andrzej Milewicz**

Spotkanie MIKOŁAJ-KOPIERNIKowe

Szanowni Państwo

Nie mogę w to uwierzyć i nie potrafię zrozumieć, dlaczego do tej pory nie odwiedziliśmy Krakowa w ramach naszych spotkań. Tym bardziej jest to niepojęte, że jest to miasto początków nauczania uniwersyteckiego w Polsce. Tutaj także powstawały podwaliny polskiej endokrynologii. Odkrywczy adrenaliny Napoleon Cybulski i Władysław Szymonowicz swoje prace prowadzili na Uniwersytecie Jagiellońskim. Dzisiaj naprawiamy to niedopatrzenie i organizujemy dwudziesty pierwszy kurs w historycznej stolicy Polski, w którym tradycje edukacyjne tego miejsca kontynuuje szefowa krakowskich endokrynologów profesor Hubalewska-Dydejczyk wraz ze swoim zespołem. **Jak przystało na królewskie miasto, mamy dla Was wyjątkowe propozycje programowe.**



Naszym specjalnym gościem jest wielki światowy endokrynolog, doskonały wykładowca, nasz dobry przyjaciel profesor Leonard Wartofsky. Sądzę, że jak zawsze z wielkim zainteresowaniem, zapełniając salę, wystłuchamy jego wykładu. Oczywiście w programie jest wiele ciekawych sesji poczynając od sesji diabetologicznej aż na ciekawych przypadkach kończąc. Ciekawie zapowiada się wykład profesor Górskiej o wyższości śniadania nad innymi posiłkami – podejrzewam, że wszyscy chętnie wystłuchamy porad w tym zakresie. Trudny temat insulinooporności zostanie nam przybliżony przez profesor Irinę Kowalską.

Przygotowaliśmy także wiele sesji interdyscyplinarnych o objawach i chorobach towarzyszących schorzeniom endokrynologicznym, ale także o nieklasycznych miejscach produkcji hormonalnej. Myślę, że wszystkich praktyków przyciągnie wykład o tysieniu androgenowym, z którym spotykamy się bardzo często w naszych gabinetach. W sesji ginekologicznej zostanie omówiony pierwotny brak miesiączki i zespół napięcia przedmiesiączkowego. Do tego sesje przysadkowe, diagnostyka i leczenie przytarczyc i wiele innych. **Oczywiście nie zabraknie spotkania z konsultantem krajowym ale także spotkanie z ekspertem - profesora Barbara Jarząb.**

Pragnę dodać, że **Dark Session zapowiada się jeszcze bardziej okazale niż dotychczas** - już tytuły wystąpień dają wielką nadzieję na olbrzymi bagaż informacji, którą zdobędziemy. Może tylko dodam, że zaplanowany jest kolejny wykład Złotoustych Gdańszczan. Nie zapomnieliśmy także o zapoczątkowanej w Toruniu akcji charytatywnej, która wywołała w nas tyle wzruszeń i emocji. Nie sposób wymienić tutaj całego programu, nie mniej jednak osobiście mam wielką ochotę wysłuchać wszystkich wykładów. **Jak zawsze szczególnym zainteresowaniem cieszą się warsztaty ultrasonograficzne i biopsyjne, które i tym razem będą do Państwa dyspozycji.**

Moim marzeniem jest, abyście Państwo współtworzyli nasze kursy, dlatego już dziś zwracam się do Was z prośbą o wszelkie uwagi i sugestie odnośnie programu, organizacji oraz lokowania naszego kursu. Organizacją spotkania jak ostatnio zajęła się firma Sympomed, co zapewnia nam wysoką jakość - podobnie jak w Toruniu.

Serdecznie witamy w Krakowie - mieście tradycji i nowoczesności!

Prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO



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



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

PRZEWODNICZĄCY HONOROWY



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

PRZYJACIELE POLSKIEJ ENDOKRYNOLOGII:



PARTNER ORGANIZACYJNY KURSU

Sympomed sp. z o.o. sp. k.
ul. Sienkiewicza 5/3
61-816 Poznań
biuro@sympomed.pl
sympomed.pl

SympoMed
SYMPOZJUM

STRATEGICZNY PARTNER KURSU



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

GŁÓWNI PARTNERZY KURSU



MERCK



SANOFI GENZYME 

PARTNERZY KURSU



PATRONAT MEDIALNY KURSU



Euthyrox[®] N

Równowaga dla tarczycy



50 µg

25 µg

75 µg

88 µg

100 µg

112 µg

125 µg

200 µg

175 µg

150 µg

137 µg

**Referencyjna
lewotyroksyna
jedyna w 11 dawkach^{1,2}**

PL/EUT/0818/0023/13082018

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego Euthyrox[®]N z dn. 15.10.2017 r.
2. IQVIA MAT/6/2018

MERCK

Skrócona 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 Euthyrox N zawiera odpowiednio 25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150, 175, 200 µg lewotyrosyny sodowej (Levothyroxinum natrium). Substancja pomocnicza o znanej działaniu: laktoza jednowodna. **Postać farmaceutyczna** Tabletki. Biaława, okrągła tabletki, płaska, z rowkiem dzielącym (o obu stronach, ze ściętymi 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 lewotyrosynę 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 T4 i fT4, 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 lewotyrosyny 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 tydzień, Euthyrox N 150 – ½ tabl. na dobę 3 tydzień, Euthyrox N 200 – 1 tabl. na dobę 1 tydzień, Euthyrox N 100 – 1 tabl. na dobę 1 tydzień, Euthyrox N 200 – 1 tabl. na dobę 1 tydzień, Euthyrox N 200 – 1 tabl. na dobę 1 tydzień. Z praktyki wynika, że pacjentom o małej masie ciała i z dużym wolumenem gęzgowym wystarczają mniejsze dawki leku. U osób w podeszłym wieku, u osób z chorobą niedokrwinną 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 doważenia 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 stężenia 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). Niemowlętom 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, bezzapachową, bezzębną zawiesinę należy podawać, zawieszając ją w niewielkiej ilości płynu. Leczenie trwa zazwyczaj całe życie, jeśli jest to substytucja w niedoczynności tarczycy lub substytucja po strumektomii lub tyroidektomii lub profilaktyka nawrotów po usunięciu wola obojętnego. Leczenie towarzyszące terapii nadczynności tarczycy po uzyskaniu utrzymania jest wskazane przez okres stosowania leków przeciwtarczycowych. W łagodnym wole obojętnym konieczne jest leczenie trwające od 6 miesięcy do 2 lat. Aby uniknąć nawrotu wola zaleca się, aby po zmniejszeniu wielkości wola stosować profilaktykę przy pomocy małych dawek 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 krótkoźwięk substancję pomocniczą. Nieleczona niedoczynność kory nadnerczy, nieleczona niedoczynność przysadki i nieleczona nadczynność tarczycy. Leczenie produktami Euthyrox N nie wola rozpoczynać po świeżo przebytym zawale mięśnia sercowego, w czasie zapalenia mięśnia sercowego oraz w czasie ostrego zapalenia wszystkich warstw serca (pancarditis). W czasie ciąży lewotyrosyny 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, dwi- i trójciężra, miażdżyca naczyń, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność przysadki, niedoczynność kory nadnerczy, autonomiczna czynność tarczycy. Na początku stosowania lewotyrosyny 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 psychicznych, należy rozważyć dostosowanie dawki lewotyrosyny. 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 tarczycowych. 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 podejrzenia autonomicznej czynności tarczycy należy przed leczeniem przeprowadzić test z TRH lub wykonać syntęgrafę supresyjną. U kobiet po menopauzie z niedoczynnością tarczycy i zagrożonych zwiększonym ryzykiem osteoporozy, należy unikać większego niż fizjologicznego stężenia lewotyrosyny w surowicy i w związku z tym należy bardzo starannie kontrolować parametry czynności tarczycy. Nie należy stosować lewotyrosyny w stanach hipertyreozu poza tymi przypadkami, kiedy jest ona stosowana jednocześnie z lekami przeciwtarczycowymi w trakcie leczenia nadczynności tarczycy. Nie wola podawać hormonów tarczycy w celu zmniejszenia masy ciała. U pacjentów w stanie eutyreozu leczenie lewotyrosyną nie powoduje zmniejszenia masy ciała. Duże dawki leku mogą powodować ciężkie lub nawet zagrażające życiu działania niepożądane. Nie zaleca się stosowania dużych dawek lewotyrosyny w skojarzeniu z niektórymi substancjami na oddechaniu, np. z lekami sympatykomimetycznymi. Po ustaleniu odpowiedniej dawki lewotyrosyny zaleca się, aby w razie zmiany produktu Euthyrox N na inny produkt odpowiednio modyfikować dawkę, w zależności od odpowiedzi klinicznej pacjenta i wyników badań laboratoryjnych. Stosując jednocześnie lewotyrosynę z orlistatem może dojść do niedoczynności tarczycy i (lub) pogorszenia kontrolnej niedoczynności tarczycy. Pacjenci przyjmujący lewotyrosynę powinni skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem leczenia orlistatem. Abi obojawni powinni przyjmować o różnych porach dnia; konieczna może być także zmiana dawki lewotyrosyny. Zaleca się również monitorowanie pacjentów i okresową kontrolę stężenia hormonu w surowicy. Produkt zawiera laktozę, dlatego pacjenci z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy typu Lapp lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy nie powinni stosować tego produktu. Pacjenci z cukrzycą i pacjenci stosujący leczenie przeciwcukrzepowe. **Działania niepożądane** W czasie stosowania lewotyrosyny sodowej objawy niepożądane nie powinny występować, ale produkt jest stosowany zgodnie z zaleceniami i jeśli monitorowane są parametry kliniczne i laboratoryjne. Po przekroczeniu indywidualnej granicy tolerancji soli sodowej lewotyrosyny 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 gęz mózgu, drętwienie, niepokój ruchowy, bezsenność, nadmierne pocenie się, zmniejszenie masy ciała, biegunka. W takich przypadkach dawkę dobową należy zmniejszyć lub odstawić lek na kilka dni. Terapie można ostrożnie wznowić po ustąpieniu działań niepożądanych. W przypadku nadwrażliwości na produkt mogą wystąpić reakcje alergiczne, szczególnie skórne oraz związane z układem oddechowym. Zgłaszano przypadki obrzęku naczynioruchowego. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istnieje jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309, e-mail: ndr@urpl.gov.pl. **Podmiot odpowiedzialny** Merck KGaA, Frankfurter Str. 250, 64293 Darmstadt, Niemcy. **Numer pozwoleni wydane przez URPLWMPB** 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. Informacji udziela podmiot prowadzący reklamę na zlecenie podmiotu odpowiedzialnego** Merck Sp. z o.o., tel.: +48 22 535 97 00, faks: +48 22 535 97 03; www.merck.pl. **Zgłaszanie działań niepożądanych:** drug.safety.easterneurope@merckgroup.com; informacja medyczna: medinfo_pl@merckgroup.com. **Ceny Euthyrox N[®]: detaliczna/wysokość dopłaty pacjenta: 25 g/50 tabl.: 5,64; 5,64 25 g/100 tabl.: 8,23; 7,69 50 g/50 tabl.: 6,59; 6,05 50 g/100 tabl.: 12; 8,09 75 g/50 tabl.: 7,63; 5,23 75 g/100 tabl.: 13,61; 7,73 88 g/50 tabl.: 7,92; 4,54 100 g/50 tabl.: 8,25; 4,34 100 g/100 tabl.: 14,97; 7,14 112 g/50 tabl.: 8,65; 4,26 125 g/50 tabl.: 9,34; 4,44 125 g/100 tabl.: 18,05; 8,89 137 g/50 tabl.: 9,78; 4,87 150 g/50 tabl.: 10,89; 5,33 150 g/100 tabl.: 19,51; 10,67 175 g/50 tabl.: 12,77; 6,22 200 g/50 tabl.: 13,78; 7,11.**

*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 01.07.2018 r. Na podstawie ChPL z dnia 15.10.2017 PL/EUT/0318/0010/03042018



Somatuline[®] autogel[®]

lanreotide

Wskazania Somatuline autogel:

- **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, i o ile jest to możliwe, doprowadzenie ich do wartości prawidłowych.
- **w leczeniu objawów związanych z akromegalią.**
- **w leczeniu guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych (GEP-NET) G1 i części guzów G2** (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami.
- **w leczeniu objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi.**



 **IPSEN**
Innovation for patient care

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 lanreotydu octanu). Każda fabrycznie napełniona ampułko-strzykawka zawiera przesycony roztwór lanreotydu octanu, o stężeniu odpowiadającym 0,246 mg lanreotydu w postaci zasady na 1 mg roztworu, co zapewnia rzeczywistą dawkę lanreotydu w jednej iniekcji wynoszącą odpowiednio 60 mg, 90 mg lub 120 mg.

POSTĄĆ FARMACEUTYCZNA: Roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce. Roztwór biały do jasnożółtego, o półstełej konsystencji. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA**: - w długotrwałym leczeniu chorób z akromegalią, gdy stężenie 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 akromegalii jest obniżenie stężeń GH i IGF-1, 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 przjelita, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przjelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami; - w leczeniu objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi. **DAWKOWANIE I SPOŚÓB PODAWANIA**: Akromegalia i leczenie objawów związanych z guzami neuroendokrynnymi: Zalecana dawka początkowa wynosi od 60 do 120 mg podawana co 28 dni. Na przykład u pacjentów leczonych uprzednio produktem Somatuline PR w dawce 30 mg co 14 dni, początkowa dawka produktu Somatuline Autogel powinna wynosić 60 mg co 28 dni, u pacjentów leczonych uprzednio produktem Somatuline PR w dawce 30 mg co 10 dni, początkowa dawka produktu Somatuline Autogel powinna wynosić 90 mg co 28 dni, natomiast u pacjentów leczonych uprzednio produktem Somatuline PR w dawce 30 mg co 7 dni, początkowa dawka produktu Somatuline Autogel powinna wynosić 120 mg co 28 dni. Następnie należy modyfikować dawkę leku w zależności od odpowiedzi pacjenta (mierzonej złagodzeniem objawów i (lub) obniżeniem stężeń GH i (lub) IGF-1). W przypadku nieuzyskania pożądanej odpowiedzi, dawkę leku można zwiększyć. W przypadku uzyskania odpowiedzi całkowitej (manifestującej się obniżeniem stężenia GH poniżej 1 ng/ml, normalizacją stężeń IGF-1 i (lub) ustąpieniem objawów) dawkę leku można zmniejszyć. U pacjentów, u których analog somatostatyn zapewnia dobrą kontrolę objawów choroby, produkt Somatuline Autogel można wstrzykiwać w dawce 120 mg co 42 lub co 56 dni. Na przykład, u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę za pomocą produktu Somatuline Autogel w dawce 60 mg podawanej co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem Somatuline Autogel w dawce 120 mg podawanej co 56 dni, a u pacjentów, u których uzyskano dobrą kontrolę podając produkt Somatuline Autogel w dawce 90 mg co 28 dni, można kontynuować leczenie produktem Somatuline Autogel w dawce 120 mg co 42 dni. Długoterminowe monitorowanie objawów oraz stężeń GH i IGF-1 należy prowadzić zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Leczenie guzów neuroendokrynnych żółtkowo-jelitowo-trzustkowych (GEP-NET) G1 i części guzów G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części przjelita, trzustki lub nieznanego pochodzenia, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przjelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami: Zalecana dawka to jedno wstrzyknięcie produktu Somatuline Autogel 120 mg podawane co 28 dni. Leczenie produktem Somatuline Autogel 120 mg należy prowadzić tak długo, jak jest to konieczne w celu kontroli guza. Niewydolność nerek i (lub) wątroby: U pacjentów z zaburzeniem czynności nerek lub wątroby nie jest konieczne dostosowanie dawki ze względu na szeroki zakres dawek terapeutycznych 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 młodzieży: Nie zaleca się stosowania produktu Somatuline Autogel u dzieci i młodzieży z powodu braku danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności. Sposób podawania: Produkt Somatuline Autogel należy wstrzykiwać głęboko podskórnie w górną zewnętrzną kwadrant pośladka lub w górną zewnętrzną część uda. W przypadku pacjentów, którzy otrzymują stałą dawkę produktu Somatuline Autogel oraz po odpowiednim przeszkoleniu, produkt może być podany samodzielnie przez pacjenta lub przez przeszkoloną osobę. W przypadku samodzielnego podania leku iniekcje należy podawać w górną, zewnętrzną powierzchnię uda. Decyzję dotyczącą tego, czy pacjent może wykonywać iniekcje samodzielnie, czy powinna je podawać przeszkolona osoba, powinien podjąć lekarz. Niezależnie od miejsca wykonania iniekcji, nie należy przy tym tworzyć fałszywej strony, a igłę należy wprowadzać z sposób zdecydowany, na całą jej długość, prostopadle do powierzchni skóry. Iniekcje należy podawać napięciem po lewej i prawej stronie ciała. **PRZECIWIWSKAZANIA**: Nadwrażliwość na somatostatyn, pochodne peptydy lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA**: Lanreotyd może hamować motorykę pęcherzyka żółciowego i przyczyniać się do powstawania kamieni żółciowych. Dlatego też pacjenci mogą wymagać okresowego monitorowania. 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 produktem Somatuline Autogel może wystąpić hipoglikemia lub hiperpigmentacja. Rozpoczynając leczenie lanreotydem należy kontrolować stężenie glukozy we krwi, a u pacjentów chorych na cukrzycę należy odpowiednio zmodyfikować leczenie przeciwcukrzycowe. W trakcie leczenia lanreotydem pacjentów z akromegalią obserwowano niewielkie zahamowanie czynności gruczołu tarczowego, chociaż wystąpienie klinicznej niedoczynności tarczycy jest rzadkie. O ile jest to wskazanie kliniczne, należy przeprowadzić testy oceniające czynność tarczycy. Podczas leczenia lanreotydem u pacjentów bez wcześniejszych zaburzeń kardiologicznych może dojść do zwolnienia akcji serca, które jednak nie musi prowadzić do przekroczenia progu bradykardii. U pacjentów z chorobą serca przed włączeniem lanreotydu może wystąpić bradykardia zatokowa. U pacjentów z bradykardią należy zachować ostrożność przy rozpoczynaniu leczenia lanreotydem. **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 $< 1/100$); Dane dotyczące bezpieczeństwa zgromadzone po wprowadzeniu produktu do obrotu (często nieznaną). Najczęściej występujące działania niepożądane podczas leczenia lanreotydem to zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (najczęściej zgłaszano przemieszczając biegunkę i ból brzucha, zwykle o nasileniu łagodnym do umiarkowanego), kamień żółciowy (często bezobjawowy) oraz reakcje w miejscu podania (ból, guzek lub stwardnienie). Profil działań niepożądanych jest podobny jak przy stosowaniu tego leku we wszystkich wskazaniach. Klasyfikacja układów i narządów: Zakożenia i zarażenia pasożytnicze: często nieznaną: 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* Zaburzenia serca: często: bradykardia zatokowa*, zaburzenia układu nerwowego: często: ból głowy, zawroty głowy, ospałość**, Zaburzenia żołądka i jelit: biegunka, wolne stolce*, ból brzucha; często: nudności, wymioty, zaparcia, wzdęcia, uczucie pełności, uczucie dyskomfortu w brzuchu, dyspepsja, biegunka tłuszczowa**, niezbyt często: nieprawidłowe zabarwienie stolca*; często nieznaną: zapalenie trzustki; Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: często: łysienie, hipotrychoza*; Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: często: hipoglikemia, zmniejszenie apetytu**, hiperglikemia, cukrzyca; Zaburzenia naczyniowe: niezbyt często: uderzenia gorąca*; Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: często: astenia*, zmęczenie, reakcje w miejscu podania (ból, zgrubienie, stwardnienie, guzek, świąd); Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: bardzo często: kamica żółciowa; poszerzenie przewodów żółciowych*; często nieznaną: zapalenie pęcherzyka żółciowego; Zaburzenia psychiczne: niezbyt często: bezsenność*; Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: często: ból mięśniowo-szkieletowy**, ból mięśniowy**, Zaburzenia układu immunologicznego: często nieznaną: reakcje alergiczne (w tym obrzęk naczynioruchowy, anafilaksja, nadwrażliwość); * na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z akromegalią; ** na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z guzami GEP-NET; Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych: Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych, Działu Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Al. Jerozolimskie 181 C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY**: Ipsen Pharma, 65, quai Georges Gorse, 92100 Boulogne-Billancourt, Francja. **INFORMACJI O LEKU UDZIELA**: IPSEN Poland Sp. z o.o., Al. Jana Pawła II 29, 00-867 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 na wykazie leków refundowanych w chorobach przewlekłych we wskazaniach: a) Akromegalia; leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych: Somatuline Autogel 120 mg: cena detaliczna 6430,15 PLN; odpłatność dla pacjenta - 4,27 PLN; Somatuline Autogel 90 mg: cena detaliczna 4861,91 PLN; odpłatność dla pacjenta - 42,50 PLN; b) Leczenie guzów neuroendokrynnych żółtkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (indeks Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części przjelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części przjelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami: Somatuline Autogel 120 mg: cena detaliczna 6430,15 PLN; odpłatność dla pacjenta - 0,00 PLN; Somatuline Autogel 90 mg: cena detaliczna 4861,91 PLN; odpłatność dla pacjenta - 39,30 PLN; Przed zastosowaniem należy zapoznać się z zatwierdzoną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Data ostatniej aktualizacji Charakterystyki Produktu Leczniczego: 12.09.2018.

XXII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGICZNEGO



17 - 19 WRZEŚNIA 2020 roku

SZCZECIN

Już dziś zapiszmy
w naszych kalendarzach

PROGRAM NAUKOWY KURSU

Czwartek, 9 maja 2019 roku

11:00-15:00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

Główna Sala Wykładowa

13:00-14:30 **SESJA DIABETOLOGICZNA**
Przewodniczący:
prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska
prof. dr hab. n. med. Maria Górską
prof. dr hab. n. med. Alina Urbanowicz
prof. dr hab. n. med. Edward Franek

13:00-13:20 **Zaburzenia gospodarki węglowodanowej w chorobach tarczycy**
prof. dr hab. n. med. Roman Junik

13:20-13:40 **Czy omijanie śniadania jest szkodliwe?**
prof. dr hab. n. med. Maria Górską

13:40-14:00 **Insulinooporność - co warto wiedzieć?**
prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska

14:00-14:20 **Glukokortykosteroidy a cukrzyca**
prof. dr hab. n. med. Edward Franek

14:20-14:30 **Dyskusja**

14:30-15:45 **SESJA „CHOROBY TARCZYCY I”**

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Anelli Syrenicz

prof. dr hab. n. med. Marcin Barczyński

14:30-14:50 **Leczenie chirurgiczne asymetrycznego wola guzkowego...**

prof. dr hab. n. med. Marcin Barczyński

14:50-15:10 **Czy dieta bezglutenowa powinna być stosowana u pacjentów z chorobą Hashimoto?**

prof. dr hab. n. med. Anelli Syrenicz

15:10-15:30 **IGG4-zależna choroba tarczycy,**

prof. dr hab. n. med. Jerzy Tarach

15:30-15:45 **Dyskusja**

15:45-16:15 **SPOTKANIE Z EKSPERTEM**

Informacja krajowego koordynatora Europejskiej Sieci Referencyjnej ENDO-ERN o możliwości elektronicznej konsultacji pacjentów z rzadkimi chorobami układu wydzielania wewnętrznego

Przewodnicząca:

prof. dr hab. n. med. Barbara Jarzqb

16:15-16:35 **PRZERWA NA KAWĘ**



16:35-17:45

SESJA POD PATRONATEM FIRMY NOVARTIS

Przewodniczący:
prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

16:35-17:00

Interaktywny quiz wiedzy o nowotworach neuroendokrynych

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

Jak osiągnąć kontrolę biochemiczną w akromegalii?

17:00-17:15

Optymalizacja dawkowania SSA I generacji – opis przypadku

prof. dr hab. n. med. Przemysław Witek

17:15-17:40

Doświadczenia szpitala Bielańskiego w terapii pasyreotydem

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

17:40-17:45

Dyskusja

17:45-18:45

SESJA „CHOROBY PRZYSADKI”

Przewodniczący:
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Ziemnicka
prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

17:45-18:15

Genetyczne czynniki ryzyka guzów przysadki

dr hab. n. med. Aleksandra Gilis-Januszewska,
lek. med. Damian Rogoziński,
prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk

18:15-18:45

Zapalenia przysadki

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Ziemnicka

18:45-19:00

Dyskusja

19:00-20:00

KOLACJA 

20:00-20:10

**OTWARCIE XXI KURSU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
Z ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB
METABOLICZNYCH**

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz

20:10-21:30

MERCKONERZY - CZYM NAS DZIŚ ZASKOCZĄ?
Sesja pod patronatem firmy Merck

Endokrynologia w pytaniach i odpowiedziach

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

Piątek, 10 maja 2019 roku

Główna Sala Wykładowa

8:30-9:00

SPOTKANIE Z KONSULTANTEM KRAJOWYM

Co nowego w endokrynologii?

prof. dr hab. n. med. Andrzej Lewiński

9:00-9:40

SPOTKANIA Z EKSPERTAMI

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska

dr n. med. Waldemar Misiorowski

9.00-9.20

NIEDOBÓR HORMONU WZROSTU U OSÓB DOROSŁYCH

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska

9.20-9.40

WITAMINA D - FAKTY I MITY

Wykład pod patronatem firmy Lekam

dr n. med. Waldemar Misiorowski

9:40-11:15

SESJA „CHOROBY TARCZYCY II”

Przewodniczący:

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

prof. dr hab. n. med. Tomasz Bednarczuk

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

9:40-10:25

"Nuances in Treatment with Thyroid Hormone"

Niuanse terapii hormonami tarczycy

prof. dr hab. n. med. Leonard Wartofsky

10:25-10:45

Kontrowersje w leczeniu selenem w chorobie Gravesa i Basedowa

prof. dr hab. n. med. Tomasz Bednarczuk

10:45-11:05

Postępowanie w trudnych przypadkach poamiodaronowych
zaburzeń funkcji tarczycy a zalecenia ETA

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

11:05-11:15

Dyskusja

11:15-11:30

PRZERWA KAWOWA



11:30-12:15

SESJA „TKANKA MIĘŚNIOWA I TŁUSZCZOWA JAKO NIEKLASYCZNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO”

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Jacek Daroszewski

prof. dr hab. n. med. Lucyna Siemińska

prof. dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk

11:30-11:50

Funkcja hormonalna mięśni szkieletowych a zaburzenia metaboliczne

prof. dr hab. n. med. Jacek Daroszewski

11:50-12:10

Tkanka tłuszczowa a funkcja tarczycy

dr hab. n. med. Lucyna Siemińska

12:10-12:15

Dyskusja

12:15-13:45

SESJA ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera

prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz

prof. dr hab. n. med. Marek Kudła

12:15-12:45

Zespół napięcia przedmiesiączkowego - fakt czy mit?

prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz,

dr n. med. Diana Jędrzejuk

12:45-13:05

Pierwotny brak miesiączki - problem nie tylko endokrynologiczny

prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera

13:05-13:25

Pacjent z dysforią płciową w gabinecie endokrynologa

dr n. med. Małgorzata Trofimiuk-Müldner

13:25-13:45

Co endokrynolog wiedzieć powinien o zmianach w organizmie kobiety związanych z cyklem menstruacyjnym.

Przykłady zaburzeń i nieprawidłowości

prof. dr hab. n. med. Marek Kudła

13:45-14:55

LUNCH



14:55-15:55

OBRAZ PACJENTA Z ZABURZENIAMI ENDOKRYNOLOGICZNYMI Z PUNKTU WIDZENIA EKSPERTÓW

Sesja pod patronatem firmy Ipsen

Przewodniczący:

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

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

14:55-15:25

Profil pacjenta z nowotworem neuroendokrynnym a wybór terapii

prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła

15:25-15:55

Czy każdy pacjent z akromegalią odniesie korzyść z leczenia chirurgicznego guza przysadki?

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

15:55-17:05 **SESJA „CHOROBY PRZYTARCZYC”**

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak

prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

prof. dr hab. n. med. Roman Junik

15:55-16:15 **Diagnostyka obrazowa w pierwotnej nadczynności przytarczyc - dylematy diagnostyczne**

dr n. med Monika Buziak-Bereza

16:15-16:35 **Hiperkalcemia na kanwie przypadków klinicznych**

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak

16:35-16:55 **Pooperacyjna niedoczynność przytarczyc - skala problemu i optymalne postępowanie terapeutyczne**

prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

16:55-17:05 **Dyskusja**

17:05 - 17:55 **SESJA „VARIA”**

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski

prof. dr hab. n. med. Jerzy Tarach

17:05-17:25 **Reumatologia w endokrynologii**

dr hab. n. med Joanna Głogowska-Szeląg

17:25-17:45 **Nadciśnienie wtórne - narastający problem. Tym razem o hiperaldosteronizmie**

prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek

17:45-17:55 **Dyskusja**

20:00-21:00

DARK SESSION

Sesja pod patronatem firmy Berlin-Chemie

Przewodniczący:

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

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

20:00-20:10

Bunt otyłego nastolatka

dr hab. n. med. Agnieszka Zachurzak

20:10-20:20

Nieoczekiwana przyczyna wznowy guza chromochłonnego

dr n. med. Ewa Cyrańska-Chyrek

20:20-20:30

Czy przerzut to przerzut?

dr n. med. Aleksandra Ledwon

20:30-20:40

Będąc młodą lekarską na prowincji

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski

20:40-20:50

Gdy pacjentka uwierzy w endokrynologa

dr n. med. Tomasz Tomkalski

20:50-21:00

Gdzie te chłopcy?!

dr n. med. Łukasz Obołończyk

dr n. med. Piotr Wiśniewski

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak

Sobota, 11 maja 2019 roku

Główna Sala Wykładowa

8:30-9:40

SESJA ANDROLOGICZNA

Przewodniczący:

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

prof. dr hab. n. med. Maria Laszczyńska

prof. dr hab. n. med. Barbara Bilińska

8:30-8:50

Zespół metaboliczny a rozrost prostaty

prof. dr hab. n. med. Maria Laszczyńska

8:50-9:10

Ocena czynności komórek Leydiga i Sertoliego na podstawie badań immunohistochemicznych

prof. dr hab. n. med. Barbara Bilińska

9:10-9:30

Postępowanie w oligo-astheno-teratozoospermii - rekomendacje European Academy of Andrology z 2018 roku

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

9:40-10:40

JAK DŁUGO TWÓJ PACJENT CZEKA NA NORMALIZACJĘ IGF-1 W AKROME GALII?

Sesja pod patronatem firmy Pfizer

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

9:40-10:00

Pegvisomant w akromegalii - osiągnij normalizację IGF-1

prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski

dr n. med. Aleksandra Jawiarczyk-Przybyłowska

10:00-10:20

Doświadczenia własne w leczeniu pegvisomantem - którzy pacjenci zyskają najbardziej

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

10:20-10:40

Jakość życia pacjenta z akromegalią. Dlaczego warto dążyć do normalizacji IGF-1

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński

10:40-11:00

PRZERWA NA KAWĘ



11:00-12:30

SESJA ONKOLOGII ENDOKRYNOLOGICZNEJ

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Barbara Jarzab

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński

dr hab. n. med. Daria Handkiewicz-Junak

11:00-11:20

Rak tarczycy w wieku podeszłym - wybór pomiędzy zakresem leczenia a jakością życia

dr hab. n. med. Daria Handkiewicz-Junak

11:20-11:40

Endokrynologia w medycynie paliatywnej

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski

11:40-12:00

Radioembolizacja przerzutów do wątroby jako nowa możliwości leczenia paliatywnego nowotworów neuroendokrynych

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński

12:00-12:20

Potworniaki jajnika

dr n. med. Aleksandra Kropińska

12:20-12:30

Dyskusja

12:30-13:40

SESJA CIEKAWYCH PRZYPADKÓW

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak

dr hab. n. med. Aleksandra Gilis-Januszewska

12:30-12:40

Meandry diabetologii

dr n. med. Beata Matyjaszek-Matuszek

dr n. med. Agnieszka Zwolak

dr n. med. Monika Lenart-Lipińska

prof. dr hab. n. med. Jerzy Tarach

12:40-12:50

Mały przyzwojak, duże problemy, wielu specjalistów

dr n. med. Agnieszka Kotecka-Blicharz

12:50-13:00

Pierwotna nadczynność przytarczyc u kobiety ciężarnej czyli warto mieć plan (terapeutyczny)

dr n. med. Izabela Karwacka

dr n. med. Łukasz Obołończyk

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak

13:00-13:10

Współistnienie raka kory nadnerczy i GIST

dr n. med. Katarzyna Graban-Lewandowska

dr n. med. Ilona Minkiewicz

dr n. med. Ewelina Wilbrandt-Szczepańska

dr n. med. Maciej Śledziński

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sworczak

13:10-13:20

Był sobie guz nadnercza...

dr n. med. Agata Mierzwicka

dr n. med. Małgorzata Rolla

prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski

13:20-13:30

Rzadki przypadek koincydencji zespołu Turnera i choroby Cushinga

dr n. med. Katarzyna Gniewek

dr n. med. Anna Brona

dr n. med. Diana Jędrzejuk

prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski

13:30-13:40

Dyskusja

13:40-14:00

ZAKOŃCZENIE KURSU

20
LAT

DOŚWIADCZEŃ

Sandostatin® LAR®
w Polsce

REJESTRACJA 24.11.1999¹



1. Aktualna charakterystyka produktu leczniczego Sandostatin® LAR®

Sandostatin LAR® Oktreotydy

Postać i skład: Proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań. 1 fiołka zawiera 10 mg, 20 mg lub 30 mg oktreotydy (w postaci oktreotydu octanu). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: produkt zawiera mniej niż 1 mmol [23 mg] sodu na dawkę, tzn. zasadniczo jest wolny od sodu. **Wskazania do stosowania:** Leczenie pacjentów z akromegalią, u których leczenie chirurgiczne jest niewskazane lub nieskuteczne lub pacjentów będących w okresie przejściowym, przed wystąpieniem całkowitego efektu działania radioterapii. Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, np. rakowiakami z cechami zespołu rakowiaka. Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym, w przypadku których wykluczono ognisko pierwotne niezajdujące się w środkowej części prajelita. Leczenie gruczolaków przysadki wydzielających TSH: • gdy nie doszło do normalizacji wydzielania po leczeniu chirurgicznym i (lub) radioterapii; • u pacjentów, dla których leczenie chirurgiczne nie jest odpowiednie; • u pacjentów napromieniowanych, aż do chwili, gdy radioterapia osiągnie skuteczność. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dawkowanie:** **Akromegalia:** Zaleca się rozpoczęcie leczenia od podawania produktu Sandostatin LAR w dawce 20 mg co 4 tygodnie przez 3 miesiące. Pacjenci przyjmujący podskórnie (s.c.) produkt Sandostatin mogą rozpocząć leczenie produktem Sandostatin LAR następnego dnia po ostatnim podaniu podskórnym produktu Sandostatin. Następnie należy dostosować dawkę produktu na podstawie stężenia w surowicy hormonu wzrostu (ang. GH – growth hormone) i insulinopodobnego czynnika wzrostu 1/somatomedyny C (ang. IGF-1 – insulin-like growth factor) oraz objawów klinicznych. U pacjentów, u których po 3 miesiącach objawy kliniczne i parametry biochemiczne (GH; IGF-1) nie są całkowicie kontrolowane (stężenia GH nadal są większe niż 2,5 mikrogramy/l), można zwiększyć dawkę do 30 mg co 4 tygodnie. Jeśli po 3 miesiącach parametry GH, IGF-1 (lub) inne objawy nadal nie są zadowalająco kontrolowane podczas podawania dawki 30 mg, można zwiększyć dawkę do 40 mg co 4 tygodnie. U pacjentów, u których stężenie GH utrzymuje się stale poniżej 1 mikrograma/l, a stężenie IGF-1 w surowicy uległo normalizacji oraz u których najszybciej ustępujące objawy przedmiotowe i podmiotowe akromegalii cofnęły się po 3 miesiącach leczenia dawką 20 mg, można zastosować produkt Sandostatin LAR w dawce 10 mg co 4 tygodnie. Jednakże, szczególnie w tej grupie pacjentów wskazane jest dokładne monitorowanie skuteczności leczenia przez oznaczenie stężeń GH i IGF-1 w surowicy oraz ocenę klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych podczas leczenia tą małą dawką produktu Sandostatin LAR. U pacjentów otrzymujących ustaloną dawkę produktu Sandostatin LAR należy określać stężenie GH i IGF-1 co 6 miesięcy. **Hormonalnie czynne guzy żołądka, jelit i trzustki:** Leczenie pacjentów z objawami związanymi z hormonalnie czynnymi guzami neuroendokrynnymi żołądka, jelit i trzustki: Zaleca się rozpoczęcie leczenia od podawania dawki 20 mg produktu Sandostatin LAR co 4 tygodnie. Pacjenci przyjmujący podskórnie produkt Sandostatin powinni kontynuować leczenie w dawce uprzednio skutecznej przez 2 tygodnie po pierwszym wstrzyknięciu produktu Sandostatin LAR. U pacjentów, u których po 3 miesiącach leczenia uzyskano dobrą poprawę objawów i wskaźników biologicznych, dawkę produktu Sandostatin LAR można zmniejszyć do 10 mg podawanych co 4 tygodnie. U pacjentów, u których po 3 miesiącach leczenia uzyskano tylko częściową poprawę objawów można zwiększyć dawkę produktu Sandostatin LAR do 30 mg podawanych co 4 tygodnie. W dniach, gdy pomimo leczenia produktem Sandostatin LAR objawy związane z guzami żołądka, jelit i trzustki są nasilone, zaleca się to podać dodatkowo podskórnie produkt Sandostatin w dawce stosowanej przed wprowadzeniem produktu Sandostatin LAR. Może się to zdarzyć szczególnie podczas pierwszych 2 miesięcy leczenia, zanim uzyska się terapeutyczne stężenie oktreotydy. **Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym, w przypadku których wykluczono ognisko pierwotne niezajdujące się w środkowej części prajelita:** Zalecana dawka produktu Sandostatin LAR wynosi 30 mg, podawana co 4 tygodnie. W celu zahamowania rozwoju guza należy kontynuować leczenie produktem Sandostatin LAR w sytuacji braku progresji guza. **Leczenie gruczolaków wydzielających TSH:** Leczenie produktem Sandostatin LAR należy rozpocząć od dawki 20 mg podawanej co 4 tygodnie i kontynuować przez 3 miesiące przed ewentualnym dostosowaniem dawki. Następnie dawkę można dostosować w zależności od wartości TSH i odpowiedzi hormonu tarczycy. **Stosowanie u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek:** Zaburzenia czynności nerek nie wpływały na wielkość całkowitej ekspozycji (AUC) na oktreotydy podawany podskórnie w postaci produktu Sandostatin, dlatego nie ma konieczności dostosowania dawki produktu Sandostatin LAR. **Stosowanie u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby:** Badania produktu Sandostatin podawanego podskórnie i dożylnie wykazały, że możliwość eliminacji mogą być zmniejszone u pacjentów z marskością wątroby, lecz nie są zmniejszone u pacjentów ze stłuszczeniem wątroby. W pewnych przypadkach pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby mogą wymagać dostosowania dawki. **Stosowanie u pacjentów w podeszłym wieku:** W badaniu z produktem Sandostatin podawanym podskórnie nie było konieczne dostosowanie dawki u pacjentów w wieku ≥ 65 lat, dlatego nie ma konieczności dostosowania dawki produktu Sandostatin LAR w tej grupie pacjentów. **Stosowanie u dzieci:** Doświadczenie ze stosowaniem produktu Sandostatin LAR u dzieci jest ograniczone. **Sposób podawania:** Produkt Sandostatin LAR może być podawany wyłącznie w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym. Kolejne wstrzyknięcia domięśniowe należy wykonywać naprzemiennie w lewy lub prawy mięsień pośladkowy. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** **Ogólne:** Guzy przysadki mózgu wydzielające hormon wzrostu mogą się czasami rozrastać, powodując poważne powikłania (np. ubytki w polu widzenia), dlatego ważne jest, aby stan każdego pacjenta dokładnie obserwować. Jeżeli pojawią się cechy wzrostu guza, należy rozważyć zastosowanie innych metod leczenia. Terapeutyczne korzyści z leczenia polegające na zmniejszeniu stężenia hormonu wzrostu (GH) oraz normalizacji stężenia insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (IGF-1) u pacjentek z akromegalią mogą potencjalnie przywracać płodność. Pacjentki w wieku rozrodczym należy poinformować o potrzebie stosowania odpowiedniej antykoncepcji podczas leczenia oktreotydem, o ile jest to konieczne. U pacjentów poddanych długotrwałemu leczeniu oktreotydem należy kontrolować czynność tarczycy. U pacjentów leczonych oktreotydem należy kontrolować czynność wątroby. **Objawy sercowo-naczyniowe:** Zgłaszano częste przypadki bradykardii. Konieczne może być dostosowanie dawki takich produktów leczniczych jak antagoniści receptorów beta-adrenergicznych, antagoniści kanałów wapniowych czy leki stosowane do utrzymania równowagi wodno-elektrolitowej. **Objawy związane z pęcherzykiem żółciowym:** Bardzo częstym działaniem niepożądanym występującym podczas stosowania produktu Sandostatin jest kamica żółciowa, która może być związana z zapaleniem pęcherzyka żółciowego lub poszerzeniem dróg żółciowych (patrz punkt 4.8). Zaleca się badanie ultrasonograficzne pęcherzyka żółciowego przed leczeniem oraz podczas leczenia produktem Sandostatin LAR w odstępach około 6-miesięcznych. **Metabolizm glukozy:** Z powodu hamującego działania na hormon wzrostu, glukagon i insulinę, produkt Sandostatin LAR może wpływać na regulację stężenia glukozy. Może wystąpić upośledzona poposiłkowa tolerancja glukozy. W niektórych przypadkach, długotrwałe podskórne podawanie produktu Sandostatin może wywołać stan przetrwałej hiperglikemii. Zgłaszano również przypadki hipoglikemii. U pacjentów ze współistniejącą cukrzycą typu I, produkt Sandostatin LAR może wpływać na regulację stężenia glukozy i może zmniejszyć się zapotrzebowanie na insulinę. U pacjentów bez cukrzycy oraz pacjentów z cukrzycą typu II z częściowo zachowanymi rezerwami insuliny, produkt Sandostatin podawany podskórnie może zwiększać poposiłkowe stężenie glukozy we krwi. Dlatego zaleca się monitorowanie tolerancji glukozy i leczenia przeciw cukrzycowego. U pacjentów z *insulinoma* oktreotydy może nasilać hipoglikemię i przedłużać czas jej trwania z powodu silniejszego niż insulina hamowania wydzielania hormonu wzrostu i glukagonu, a także z powodu krócej trwającego działania hamującego na insulinę. Pacjentów tych należy starannie monitorować. **Odżywianie:** Oktreotydy może u niektórych pacjentów zmieniać wchłanianie spożywanego tłuszczu. U niektórych pacjentów przyjmujących oktreotydy obserwowano zmniejszenie stężenia witaminy B₁₂ i nieprawidłowe wyniki testu Schillinga. Zaleca się monitorowanie stężenia witaminy B₁₂ w czasie leczenia produktem Sandostatin LAR u pacjentów, u których występował niedobór witaminy B₁₂ w wywiadzie. **Zawartość sodu:** Produkt Sandostatin LAR zawiera mniej niż 1 mmol [23 mg] sodu na dawkę, tzn. zasadniczo jest wolny od sodu. **Ciąża:** Istniejąca tylko ograniczone dane (mniej niż 300 kobiet w ciąży)

dotyczące stosowania oktreotydu u kobiet w okresie ciąży, w których u około jednej trzeciej przypadków przebieg ciąży nie jest znany. Większość zgłoszeń otrzymano po wprowadzeniu oktreotydu do obrotu, a ponad 50% pacjentek w ciąży narażonych na działanie leku było pacjentkami z akromegalią. Większość kobiet stosowało oktreotyd w pierwszym tryestrze ciąży, w dawkach od 100 do 1200 mikrogramów na dobę produktu Sandostatina, podawanego podskórnie lub 10 do 40 mg na miesiąc produktu Sandostatina LAR. Wady wrodzone zgłoszono w około 4% ciąży o znanym wyniku. Nie podejrzewa się, by w tych przypadkach istniał związek przyczynowy z oktreotydem. Badania na zwierzętach nie wykazały bezpośredniego lub pośredniego toksycznego wpływu na reprodukcję. W ramach środków ostrożności należy unikać stosowania produktu Sandostatina LAR podczas ciąży. **Karmienie piersią:** Nie wiadomo, czy oktreotyd przenika do mleka ludzkiego. Badania na zwierzętach wykazały przenikanie oktreotydu do mleka karmiących zwierząt. Podczas leczenia produktem Sandostatina LAR nie należy karmić piersią. **Plodność:** Nie wiadomo, czy oktreotyd ma wpływ na płodność ludzi. U męskiego potomstwa samic leczonych w okresie ciąży i laktacji stwierdzono późne zstąpienie jąder. Oktreotyd nie zaburzał jednak płodności u szczurów obu płci po podaniu dawek w wysokości do 1 mg/kg mc. na dobę. **Działania niepożądane:** Do najczęstszych działań niepożądanych zgłaszanych podczas leczenia oktreotydem należą zaburzenia ze strony żołądka i jelit, zaburzenia ze strony układu nerwowego, zaburzenia ze strony wątroby i dróg żółciowych oraz zaburzenia metabolizmu i odżywiania. Do działań niepożądanych zgłaszanych najczęściej podczas badań klinicznych z zastosowaniem oktreotydu należały: biegunka, bóle brzucha, nudności, gazy, bóle głowy, kamica żółciowa, hiperglikemia i zaparcia. Innymi, często zgłaszanymi działaniami niepożądanymi były zawroty głowy, miejscowy ból, błątko żółciowe, zaburzenia czynności tarczycy (np. zmniejszenie stężenia hormonu pobudzającego tarczycę [TSH], zmniejszenie stężenia całkowitej T4 oraz zmniejszenie stężenia wolnej T4), luźne stolce, zaburzenia tolerancji glukozy, wymioty, osłabienie i hipoglikemia. Poniżej wymienione działania niepożądane zostały zebrane w czasie badań klinicznych z zastosowaniem oktreotydu. Działania niepożądane przedstawiono wg klasyfikacji częstości występowania, stosując następującą konwencję: bardzo często ($\geq 1/10$); często ($\geq 1/100$, $< 1/10$); niezbyt często ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); rzadko ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); bardzo rzadko ($< 1/10000$), w tym pojedyncze doniesienia. **Bardzo często:** biegunka, bóle brzucha, nudności, gazy, bóle głowy, kamica żółciowa, hiperglikemia, reakcje w miejscu wstrzyknięcia. **Często:** niestrawność, wymioty, wzdęcia, stolce tłuszczone, luźne stolce, odbarwienie kału, zawroty głowy, niedoczynnosc tarczycy, zaburzenia tarczycy (np. zmniejszenie stężenia TSH, zmniejszenie całkowitej T4 oraz zmniejszenie stężenia wolnej T4), zapalenie pęcherzyka żółciowego, błątko żółciowe, hiperbilirubinemia, hipoglikemia, zaburzenia tolerancji glukozy, brak tężenia, osłabienie, zwiększenie aktywności aminotransferaz, świąd, wysypka, tyśnienie, duszność, bradykardia. **Niezbyt często:** odwodnienie, tachykardia. **Dane po wprowadzeniu produktu do obrotu:** O spontanicznie zgłaszanych działaniach niepożądanych, informowano na zasadzie dobrowolności, a rzetelne ustalenie częstości ich występowania oraz związku przyczynowego z narażeniem na działanie leku nie zawsze jest możliwe. **Zaburzenia krwi i układu chłonnego:** Małopłytkowość. **Zaburzenia układu immunologicznego:** Anafilaksja, reakcje alergiczne/nadwrażliwość. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Pokrzywka. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** Ostre zapalenie trzustki, ostre zapalenie wątroby bez zastój żółci, cholestatyczne zapalenie wątroby, zastój żółci, żółtaczka, żółtaczka cholestatyczna. **Zaburzenia serca:** Arytmia. **Badania diagnostyczne:** Zwiększenie aktywności fosfatazy zasadowej, zwiększenie aktywności gamma glutamylotransferazy. **Opis wybranych działań niepożądanych:** Objawy związane z pęcherzykiem żółciowym: Wykazano, że analogi somatostatyn hamują kurczliwość pęcherzyka żółciowego i zmniejszają wydzielanie żółci, co może prowadzić do zaburzeń pęcherzyka żółciowego lub osiadania błątko żółciowego. U 15 do 30% pacjentów, którym długotrwale podawano podskórnie lek Sandostatin opisano powstawanie kamieni żółciowych. W populacji ogólnej (w grupie wiekowej 40 do 60 lat) zapadalność wynosi około 5 do 20%. Długotrwale podawanie produktu Sandostatina LAR pacjentom z akromegalią (lub guzami neuroendokrynnymi żołądka, jelit i trzustki wskazuje na to, że Sandostatin LAR nie zwiększa częstości tworzenia się kamieni żółciowych w porównaniu z produktem podawanym podskórnie. Powstające kamienie żółciowe zwykle nie wywoływały objawów klinicznych; kamice żółciową objawową należy leczyć metodą rozpuszczania kamieni żółciowych z wykorzystaniem kwasów żółciowych lub chirurgicznie. **Zaburzenia żołądka i jelit:** W rzadkich przypadkach niepożądane objawy ze strony żołądka i jelit mogą przypominać ostrą niedrożność jelit z postępującym rozdęciem brzucha, silnym bólem w nadbrzuszu, tklwością brzucha i obroną mięśniową. Wiadomo, że częstość występowania zdarzeń niepożądanych ze strony żołądka i jelit zmniejsza się z upływem czasu, w miarę kontynuowania leczenia. **Nadwrażliwość i reakcje anafilaktyczne:** Po wprowadzeniu produktu leczniczego do obrotu zgłaszano reakcje alergiczne i nadwrażliwość. Reakcje te dotyczyły głównie skóry, rzadziej ust i dróg oddechowych. Odnotowano pojedyncze przypadki wstrząsu anafilaktycznego. **Reakcje w miejscu wstrzyknięcia:** U pacjentów otrzymujących produkt Sandostatina LAR często zgłaszano reakcje w miejscu wstrzyknięcia, w tym ból, zaczerwienienie, krwotok, świąd, obrzęk lub stwardnienie; jednak w większości przypadków zdarzenia te nie wymagały interwencji klinicznej. **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania:** Chociaż może zwiększyć się wydzielanie tłuszczu w kale, brak jest danych wskazujących, że długotrwale leczenie oktreotydem może prowadzić do niedoborów odżywiania z powodu złego wchłaniania pokarmu. **Enzymy trzustkowe:** Bardzo rzadko obserwowano ostre zapalenie trzustki, które występowało w pierwszych godzinach lub dniach po podaniu podskórnyemu produktu Sandostatina i ustępowało po zaprzestaniu podawania leku. Ponadto, u pacjentów leczonych długotrwale produktem Sandostatina podawanym podskórnie obserwowano zapalenie trzustki wywołane kamicią żółciową. **Zaburzenia serca:** Bradykardia jest częstym działaniem niepożądanym występującym podczas leczenia analogami somatostatyn. Zarówno u pacjentów z akromegalią, jak i z zespołem rakowiaka obserwowano zmiany w EKG, takie jak wydłużenie odstępu QT, zmiany osi serca, wczesną repolaryzację, niski woltaż, przejście amplitudy załamka R i S, wczesną progresję załamków R oraz niespecyficzne zmiany odcinka ST-T. Jednakże nie ustalono związku tych zmian ze stosowaniem octanu oktreotydu, gdyż u wielu z tych pacjentów występują choroby serca, które mogą być przyczyną takich zmian. **Małopłytkowość:** Po wprowadzeniu produktu leczniczego do obrotu, obserwowano małopłytkowość, zwłaszcza u pacjentów z marskością wątroby otrzymujących produkt leczniczy Sandostatin dożylnie oraz u pacjentów otrzymujących Sandostatin LAR. Jest to odwracalne i ustępuje po zaprzestaniu leczenia. **Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych:** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (płatz CHPL). **Nowością dostępności:** Rp – lek wydawany na receptę. **Pozwolenia MZ na dopuszczenie do obrotu nr:** 4595-4597. **Podmiot odpowiedzialny:** Novartis Poland Sp. z o.o., ul. Marynarska 15, 02-674 Warszawa. **Uwaga:** Przed przepisaniem leku należy zapoznać się z pełną informacją o leku. **Pełna informacja o leku jest dostępna w:** Novartis Poland Sp. z o.o., ul. Marynarska 15, 02-674 Warszawa, tel. 22 375 4 888. **Opracowano:** 04/2018.

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



Novartis Poland Sp. z o.o.
02-674 Warszawa, ul. Marynarska 15
tel. 22 375 4 888, fax 22 375 4 700





Jak ważna jest profilaktyka

Każdego roku, w Polsce, rak tarczycy diagnozowany jest u trzech tysięcy osób. Czterokrotnie częściej dotyczy kobiet, wśród których stanowi około trzech proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Wczesne rozpoznanie raka tarczycy i podjęcie leczenia **daje ponad 90 procent szans na powrót do zdrowia. Niezależnie od rokowań, diagnoza nowotworu dla pacjentów i ich bliskich jest zazwyczaj dużym obciążeniem. Zwłaszcza w sytuacji, gdy leczenie raka tarczycy różni się od terapii innych nowotworów, a konsekwencje choroby towarzyszą pacjentom do końca życia.**

Serdecznie zapraszamy do odwiedzenia **strony internetowej** poruszającej problematykę raka tarczycy

Na stronie można dowiedzieć się więcej na temat przyczyn rozwoju, objawów choroby oraz sposobów diagnostyki i terapii raka tarczycy (w tym leczenia początkowego i uzupełniającego). Pacjenci odnajdą tam także porady dotyczące wykonywania badań kontrolnych, suplementacji hormonalnej, czy metod łagodzenia skutków choroby. Na stronie gromadzone są także wskazówki dotyczące wsparcia psychologicznego oraz kontakty do stowarzyszeń zrzeszających chorych.

www.rak-tarczycy.pl

PROGRAM WARSZTATÓW

Czwartek, 9 maja 2019 roku

Sala Warsztatowa I

14:00 - 14:30 WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY - WYKŁAD WPROWADZAJĄCY
Ocena ultrasonograficzna przytarczyc
dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska, prof. UMP

Sala Warsztatowa II

14:30 - 16:00 WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZY "WARSZTATY USG TARCZYCY
DLA POCZĄTKUJĄCYCH"
prof. dr hab. n. med. Roman Junik
prof. dr hab. n. med. Dariusz Kajdaniuk
dr n. med. Nadia Sawicka-Gutaj

17:00 - 18:30 WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZY "WARSZTATY USG TARCZYCY
DLA ZAAWANSOWANYCH"
prof. dr hab. n. med. AnHELLI Syrenicz
dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska, prof. UMP
dr n. med. Tomasz Tomkalski

Piątek, 10 maja 2019 roku

Sala Warsztatowa II

12:00 - 13:30 WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY - ĆWICZENIA SYMULACYJNE
BIOPSJA NA FANTOMIE
dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski
dr n. med. Monika Buziak-Bereza
dr n. med. Tomasz Tomkalski

15:00 - 16:30 WARSZTATY USG I BIOPSJI TARCZYCY - ĆWICZENIA SYMULACYJNE
BIOPSJA NA FANTOMIE
dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska, prof. UMP
dr hab. n. med. Zbigniew Adamczewski
dr n. med. Tomasz Tomkalski

PARTNERZY WARSZTATÓW USG



Jak długo

Twój pacjent czeka na normalizację IGF-1?

Charakterystyka Produktu Leczniczego Somavert dostępna na kolejnej stronie.



Pfizer Polska Sp. z o.o.
02-092 Warszawa, Polska, ul. Zwirki i Wigury 16B
tel.: +48 (22) 335 61 00, fax: +48 (22) 335 61 11
www.pfizer.com.pl

PP-SOM-POL-0012/NOVEMBER2018

INFORMACJE ORGANIZACYJNE

Data Kursu:

9-11 maja 2019 roku

Miejsce obrad:

Best Western Premier Kraków Hotel
ul. Opolska 14a
31-323 Kraków
tel. 12 376-37-00

Rejestracja i Biuro Kursu:

Biuro Kursu znajduje się na parterze Best Western Premier Kraków Hotel i będzie czynne:

- czwartek, 9 maja 2019 roku, w godzinach **11:00-19:00**
- piątek, 10 maja 2019 roku, w godzinach **07:30- 18:00**
- sobota, 11 maja 2019 roku, w godzinach **08:00- 14:00**

Uczestnikom Kursu zapewniamy:

- wstęp na sesje naukowe
- teczkę z programem i materiałami konferencyjnymi
- streszczenia wykładów
- udział w wystawie medycznej
- identyfikator
- certyfikat uczestnictwa

Identyfikator:

Uprzejmie prosimy o posiadanie przez cały czas trwania Kursu imiennego identyfikatora, otrzymanego podczas rejestracji.

Certyfikat uczestnictwa

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełniania obowiązków doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6.10.2004 r. zał. nr 3 uczestnicy Konferencji **otrzymują 20 punktów edukacyjnych**.

Wystawa medyczna

Wystawa medyczna znajduje się w holu Best Western Premier Kraków Hotel.

GASTRONOMIA

Przerwy na kawę

Kawa i herbata będą serwowane w przerwach między sesjami na terenie wystawy medycznej.

Kolacja

Kolacja będzie serwowana w Restauracji Best Western Premier Kraków Hotel w następujących godzinach:

- czwartek, 9 maja 2019 roku, w godzinach **19:00-20:00**

Lunch

Lunch będzie serwowany w Restauracji Best Western Premier Kraków Hotel w następujących godzinach:

-piątek, 10 maja 2019 roku, w godzinach **13:45-14:55**

Telefony komórkowe

Uprzejmie dziękujemy za wyciszenie telefonów komórkowych podczas obrad.

INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW

Punkt multimedialny:

Punkt multimedialny jest zlokalizowany w Sali Obrad.

Uprzejmie dziękujemy Wykładowcom za przekazanie prezentacji najpóźniej godzinę przed rozpoczęciem sesji, podczas której odbywa się prezentacja.

Parking:

Bezpłatny parking jest dostępny na terenie Best Western Premier Kraków Hotel.



Omnitrope[®] to biologiczny, biorównoważny hormon wzrostu zapewniający wygodę* stosowania w następujących wskazaniach:**

U niemowląt, dzieci i młodzieży:

- 🔥 zaburzenia wzrastania wynikające z niedostatecznego wydzielania hormonu wzrostu
- 🔥 zaburzenia wzrastania związane z zespołem Turnera
- 🔥 zaburzenia wzrastania związane z przewlekłą niewydolnością nerek
- 🔥 zaburzenia wzrastania u dzieci niskorosłych, urodzonych z niedoborem masy i (lub) długości ciała w stosunku do wieku ciążowego
- 🔥 w zespole Pradera-Willego (PWS) w celu poprawy wzrostu i poprawy proporcji ciała

U dorosłych:

- 🔥 leczenie zastępcze u osób ze znacznym niedoborem hormonu wzrostu

* Gotowy do użycia roztwór do wstrzykiwań podskórnych, przeznaczony do wielokrotnego użytku

** ChPL Omnitrope

Skrócona informacja o leku znajduje się wewnątrz publikacji.

R/OMNI/008/04-2019

SANDOZ A Novartis
Division

Omnitrope[®]
Somatropin

Notatki



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for writing notes.



Letrox[®] DLA TARCZYCY[®] BEZ LAKTOZY²

Levothyroxinum natricum 50/75/100/125/150



Należy pamiętać, że nawet **niewielka ilość** laktozy może prowadzić do **zaburzeń trawienia i wchłaniania substancji czynnej** leku.³

Nietolerancja laktozy znacząco wpływa na wzrost zapotrzebowania na **lewotyroksynę T4** u pacjentów z niedoczynnością tarczycy.^{4,**}

W przypadku potwierdzenia nietolerancji laktozy **należy zastosować preparat niezawierający laktozy** oraz dietę bezlaktozową.³

Letrox[®] wszystkie dawki **bez laktozy²**

*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 (eutyreoza), Leczenie wola o charakterze łagodnym u pacjentów z prawidłową czynnością tarczycy (eutyreoza), Terapia zastępcza i supresyjna nowotworów złośliwych tarczycy, szczególnie po operacji wycięcia tarczycy, Pomocniczo w leczeniu nadczynności tarczycy w skojarzeniu z tyreostatykami po uzyskaniu eutyreozy, Test supresyjny w diagnostyce nadczynności tarczycy.²

**Dotyczy pacjentów niesposujących diety bezlaktozowej.⁴

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2019 r., 2. ChPL Letrox 50, Letrox 75 mikrogramów, Letrox 100, Letrox 125 mikrogramów, Letrox 150 – 11, 2018, 3. Zaadoptowano z: Ruchala M, i wsp., Endokrynolog Pol 2012;63(4):318-23, 4. Zaadoptowano z: Cellini M et al., J Clin Endocrinol Metab, 2014;99(8):E1454-8,

