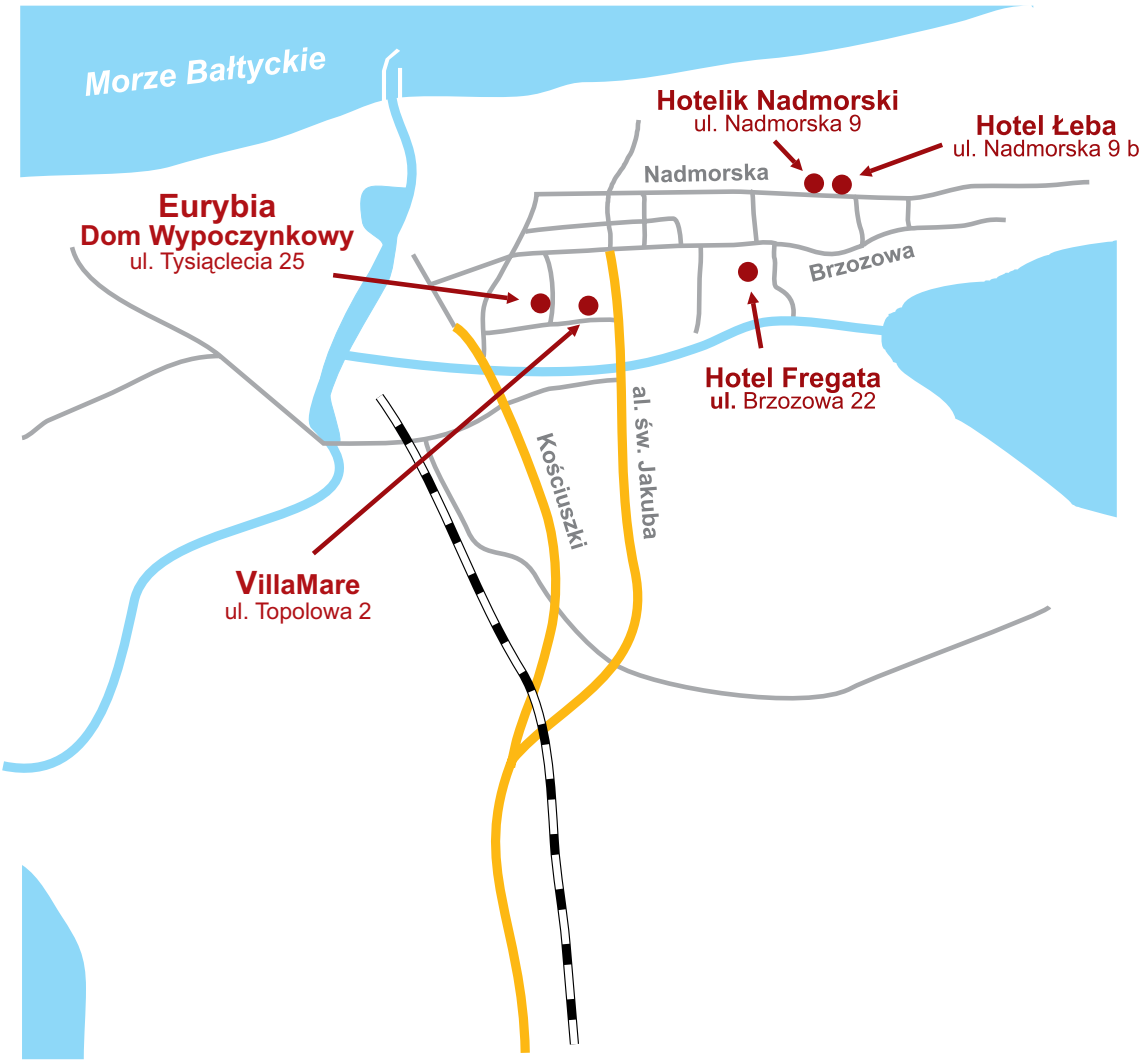
VIII USTECKIE DNI ONKOLOGICZNE

OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM NAUKOWE; ŁEBA 02 - 04 WRZEŚNIA 2011

- WSPÓŁPRACA PATOLOGA I CHIRURGA W LECZENIU NOWOTWORÓW
- NOWOTWORY TRZUSTKI
- CHOROBY ZAPALNE JELIT

www.onko.ustka.pl, e-mail: onkoustka@wp.pl

pod patronatem:
ŚWIATOWEJ FEDERACJI TOWARZYSTW CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PATOLOGÓW
KONSULTANTA KRAJOWEGO D/S CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ PROF. DR HAB. MED. KRZYSZTOFA HERMANA
PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
PROF. DR HAB. MED. WOJCIECHA POLKOWSKIEGO
REDAKTORA NACZELNEGO DWUMIESIĘCZNIKA NOWOTWORY JOURNAL OF ONCOLOGY
PROF. DR HAB. MED. EDWARDA TOWPIKA


Morze Bałtyckie
Hotelik Nadmorski
ul. Nadmorska 9
Hotel Łeba
ul. Nadmorska 9 b
Nadmorska
Eurybia
Dom Wypoczynkowy
ul. Tysiąclecia 25
Brzozowa
Hotel Fregata
ul. Brzozowa 22
al. św. Jakuba
Kościuszki
VillaMare
ul. Topolowa 2

Szanowni Państwo

Mam przyjemność już po raz ósmy zaprosić Państwa na "Usteckie Dni Onkologiczne" organizowane przez nasz zespół niezmiennie pod patronatem Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii Onkologicznej, Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz Redaktora Naczelnego miesięcznika "Nowotwory". Ponadto Patronat nad Usteckimi Dniami Onkologicznymi objęła Światowa Federacja Towarzystw Chirurgii Onkologicznej, Towarzystwo Chirurgów Polskich oraz Polskie Towarzystwo Patologów. Cieszy nas stale rosnące zainteresowanie z Państwa strony, dlatego dokładamy wszelkich starań aby nasze sympozja były zawsze zorganizowane na wysokim poziomie merytorycznym. Aby Gościom urozmaicić pobyt na naszym terenie zmieniamy również miejsca zjazdu. Tym razem w dniach od 2 do 4 września zapraszamy ponownie do uroczego kurortu nadmorskiego Łeby.

Tematami głównymi tegorocznego spotkania są:
Współpraca patologa i chirurga w leczeniu nowotworów
Nowotwory trzustki
Choroby zapalne jelit

Serdecznie zapraszamy
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Dr med. Zoran Stojčev

Postęp w leczeniu chorych na przerzutowego raka trzustki w 1. linii leczenia

Tarceva® Tabletki powlekane

Substancja czynna: erlotynib (w postaci chlorowodorku erlotynibu). **Skład i opakowania:** Jedna tabletka powlekana zawiera 25 mg, 100 mg lub 150 mg erlotynibu (w postaci chlorowodorku erlotynibu). Opakowanie zawiera 30 tabletek. **Wskazania do stosowania:** W monoterapii w leczeniu podtrzymującym u pacjentów z miejscowo zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca lub z niedrobnokomórkowym rakiem płuca z przerzutami, u których nastąpiła stabilizacja choroby po 4 cyklach standardowej chemioterapii pierwszego rzutu opartej na pochodnych platyny. W leczeniu pacjentów z miejscowo zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca lub niedrobnokomórkowym rakiem płuca z przerzutami, u których doszło do niepowodzenia leczenia po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednego schematu chemioterapii. W skojarzeniu z gemcytabiną w leczeniu pacjentów z rakiem trzustki z przerzutami. **Dawkowanie i sposób podawania:** W leczeniu pacjentów z miejscowo zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca lub niedrobnokomórkowym rakiem płuca z przerzutami zalecana dawka dobowa wynosi 150 mg. W leczeniu pacjentów z rakiem trzustki zalecana dawka dobowa wynosi 100 mg, w skojarzeniu z gemcytabiną. Preparat Tarceva należy przyjmować co najmniej 1 godzinę przed lub co najmniej 2 godziny po posiłku. Jeżeli konieczna jest modyfikacja dawki, należy ją zmniejszać stopniowo po 50 mg. **Przeciwwskazania:** Ciężka nadwrażliwość na erlotynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności:** Substancje silnie indukujące CYP3A4 mogą zmniejszać skuteczność erlotynibu, natomiast silne inhibitory CYP3A4 mogą prowadzić do nasilenia toksyczności. Należy unikać jednoczesnego stosowania leków tego typu z erlotynibem. Osobom aktualnie palącym należy zalecić zaprzestanie palenia, ponieważ stężenie erlotynibu w surowicy krwi u palaczy jest mniejsze niż u osób niepalących. U pacjentów otrzymujących preparat Tarceva donoszono o niezbyt częstych przypadkach śródmiąższowej choroby płuc (ILD), w tym również przypadkach śmiertelnych. U pacjentów, u których nagle wystąpią nowe i/lub narastające, niewyjaśnione objawy ze strony płuc, takie jak duszność, kaszel i gorączka, należy przerwać stosowanie preparatu Tarceva do czasu przeprowadzenia oceny diagnostycznej. W przypadku rozpoznania ILD, lek należy odstawić i w razie konieczności wdrożyć odpowiednie leczenie. W przypadku biegunki o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, należy wdrożyć leczenie, np. loperamidem. W niektórych przypadkach może zachodzić konieczność zmniejszenia dawki. Rzadko donoszono o przypadkach hypokaliemii i niewydolności nerek (łącznie z przypadkami zgonów) wtórnych do ciężkiego odwodnienia. W przypadku ciężkiej lub upoczywej biegunki, nudności, jadłowstrętu lub wymiotów z towarzyszącym odwodnieniem, należy przerwać stosowanie preparatu Tarceva i wdrożyć postępowanie mające na celu przeciwdziałanie odwodnieniu, np. nawodnienie chorych drogą dożylną. Ponadto, należy monitorować czynność nerek oraz stężenia elektrolitów w surowicy krwi, łącznie ze stężeniem potasu. Rzadko donoszono o przypadkach niewydolności wątroby (w tymz przypadkami zgonów). Czynnikami sprzyjającymi były istniejąca wcześniej choroba wątroby czy równoczesne przyjmowanie leków działających toksycznie na wątrobę. U tych pacjentów należy okresowo monitorować czynność wątroby. U pacjentów otrzymujących produkt Tarceva istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia perforacji przewodu pokarmowego. Dotyczy to pacjentów przyjmujących jednocześnie inhibitory angiogenezy, kortykosteroidy, NLPZ, (lub) chemioterapię z zastosowaniem taksanów, a także pacjentów z wrzodem trawiennym lub chorobą uchyłkową jelit w wywiadzie. U pacjentów, u których dojdzie do perforacji przewodu pokarmowego, należy całkowicie zaprzestać leczenia produktem Tarceva. Zgłaszano występowanie pęcherzowych i złuszczających zmian skórnych oraz zmian o charakterze pryszczy, w tym bardzo rzadkich przypadków przypominających zespół Stevensa-Johnsona/martwicę toksyczno-rozpływną naskórka, w niektórych przypadkach prowadzących do zgonu. Podczas stosowania produktu Tarceva zgłaszano występowanie bardzo rzadkich przypadków perforacji lub owrzodzenia rogówki. W trakcie leczenia produktem Tarceva obserwowano również inne zaburzenia dotyczące gałki ocznej, w tym nieprawidłowy wzrost rzęs, suche zapalenie rogówki i spojówki lub zapalenie rogówki, stanowiące także czynniki ryzyka perforacji/owrzodzenia rogówki. Jeśli u pacjenta wystąpią nasilone zmiany skórne pęcherzowe, złuszczające lub o charakterze pryszczy, bądź wystąpi ostry/nasilający się stan dotyczący gałki ocznej, jak np. ból oka, należy czasowo przerwać lub całkowicie zaprzestać leczenia produktem Tarceva. Tabletki zawierają laktozę. Nie zaleca się stosowania preparatu Tarceva u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby i nerek oraz u osób w wieku poniżej 18 lat. **Interakcje:** Erlotynib jest silnym inhibitorem CYP1A1 i umiarkowanym inhibitorem CYP3A4 i CYP2C8. Hamowanie reakcji sprzęgania z kwasem glukuronowym może wywoływać interakcje z lekami, które są substratami UGT1A1 i są wydalane wyłącznie na tej drodze. U pacjentów, u których stopień ekspresji UGT1A1 jest niski lub u pacjentów z genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami reakcji sprzęgania z kwasem glukuronowym (np. choroba Gilberta) mogą być zwiększone stężenia bilirubiny w surowicy. Mogą występować potencjalne interakcje z lekami, które są metabolizowane przez CYP3A4, CYP1A2, CYP1A1 i CYP1B1, lub są ich inhibitorami bądź induktorami. Należy zachować ostrożność, stosując jednocześnie umiarkowany (np. ciprofloksacyna) lub silny inhibitor CYP1A2 (np. fluwoksamina) w skojarzeniu z erlotynibem. Silne inhibitory CYP3A4 powodują zmniejszenie metabolizmu erlotynibu i zwiększenie jego stężenia w osoczu. Należy zachować ostrożność w przypadku jednoczesnego leczenia erlotynibem i silnym inhibitorem CYP3A4, np. z azolowymi lekami przeciwgrzybiczymi, inhibitorami proteazy, erytromycyną lub klarytromycyną. W razie konieczności należy zmniejszyć dawkę erlotynibu, zwłaszcza w przypadku zaobserwowania objawów toksyczności. Silne induktory aktywności CYP3A4 (np. ryfampicyna, fenytoina, karbamazepina, barbiturany lub ziele dziurawca) powodują zwiększenie metabolizmu erlotynibu i istotne zmniejszenie jego stężenia w osoczu. W przypadku jednoczesnego stosowania tych leków z erlotynibem należy zachować ostrożność. W miarę możliwości należy rozważyć zastosowanie innych leków, które nie są induktorami CYP3A4 lub zwiększenie dawki preparatu Tarceva do 300 mg. Raportowano interakcję z lekami przeciwzakrzepowymi z grupy kumaryny, która prowadziła do zwiększenia wartości INR i incydentów krwawień, niekiedy zakończonych zgonem. Pacjenci przyjmujący warfarynę lub inne leki przeciwzakrzepowe z grupy pochodnych kumaryny powinni być regularnie monitorowani pod kątem zmian parametrów czasu protrombinowego lub INR. Jednoczesne stosowanie produktu Tarceva i leków z grupy statyn może zwiększać ryzyko miopatii wywołanej statynami, łącznie z rzadko występującą rabdomiolizą. Jednoczesne stosowanie inhibitorów glikoproteiny-P, np. cyklosporyny lub werapamilu może prowadzić do zmiany dystrybucji i/lub zmiany eliminacji erlotynibu. W takich sytuacjach należy zachować ostrożność. Erlotynib charakteryzuje się zmniejszeniem rozpuszczalności przy pH powyżej 5. Należy unikać jednoczesnego leczenia erlotynibem i inhibitorami pompy protonowej. Jeżeli podczas leczenia preparatem Tarceva konieczne jest podanie leków zobojętniających kwas solny w żołądku, należy zastosować je co najmniej 4 godziny przed podaniem lub 2 godziny po podaniu dobowej dawki preparatu Tarceva. W przypadku, kiedy rozważane jest podawanie ranitydyny oba leki powinny być podawane naprzemiennie, tzn. Tarceva musi być przyjęta 2 godziny przed podaniem lub 10 godzin po podaniu ranitydyny. **Ciąża i karmienie piersią:** Należy unikać zachodzenia w ciążę podczas stosowania preparatu Tarceva. W trakcie leczenia i co najmniej przez 2 tygodnie po jego zakończeniu należy stosować skuteczne metody antykoncepcji. U kobiet ciężarnych leczenie można kontynuować tylko wtedy, gdy potencjalne korzyści dla matki przewyższają ryzyko dla płodu. Należy odradzać karmienie piersią podczas przyjmowania preparatu Tarceva. **Przedawkowanie:** Objawy przedawkowania obejmują: biegunkę, wysypkę i zwiększoną aktywność aminotransferaz. Należy zaprzestać leczenia preparatem Tarceva i wdrożyć leczenie objawowe. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu.** Nie przeprowadzono badań nad wpływem preparatu na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu; wiadomo jednak, że erlotynib nie powoduje upośledzenia sprawności umysłowej. **Działania niepożądane:** *W monoterapii:* do najczęściej zgłaszanych niepożądanych reakcji na lek należały wysypka (75 %) i biegunka (54 %). W większości przypadków były to reakcje 1 lub 2 stopnia i dawały się opanować bez konieczności leczenia. Bardzo rzadko przypadki biegunki były zakończone zgonem. Wysypka najczęściej objawia się jako łagodne lub umiarkowanie nasilone zmiany rumieniowe lub grudkowo-krostkowe, mogące pojawić się lub nasilać na skórze wystawionej na działanie promieni słonecznych. Obserwowano także bardzo często: zakażenia, jadłowstręt, suche zapalenie rogówki i spojówek, zapalenie spojówek, duszność, kaszel, nudności, wymioty, zapalenie jamy ustnej, ból brzucha, świąd, suchość skóry, zmęczenie. *W skojarzeniu z gemcytabiną:* do najczęściej zgłaszanych niepożądanych reakcji na lek należały: zmęczenie, wysypka i biegunka. Obserwowano także bardzo często zakażenia, zmniejszenie masy ciała, depresję, ból głowy, neuropatię, kaszel, zapalenie jamy ustnej, niestrawność, wzdęcie, łysienie, gorączkę, dreszcze. Inne raportowane zdarzeniaw czasie stosowania produktu Tarceva monoterapii lub w skojarzeniu z gemcytabiną: bardzo często nieprawidłowe wyniki badań czynności wątroby (w tym zwiększona aktywność AlAT, AspAT, zwiększone stężenie bilirubiny we krwi), często krwawienie z nosa, suchość skóry, krwawienie z przewodu pokarmowego, łysienie, suchość skóry, zanokcica, pęknięcia skóry; niezbyt często zmiany dotyczące rzęs (w tym wrastanie rzęs, nadmierny wzrost i pogrubienie rzęs), ciężkie przypadki śródmiąższowej choroby płuc (ILD), perforacje przewodu pokarmowego (łącznie z przypadkami zakończonymi zgonem), nadmierne owłosienie, zmiany dotyczące brwi oraz kruche i wiotkie paznokcie, łagodne reakcje skórne, takie jak przebarwienia, rzadko niewydolność wątroby (w tym z przypadkami zgonów), bardzo rzadko perforacje, owrzodzenia rogówki, zespół Stevensa-Johnsona/martwica toksyczno-rozpływna naskórka, w tym z przypadkami zgonów. **Nr pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** EU/1/05/311/001-003 nadany przez Komisję Europejską. **Podmiot odpowiedzialny:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Wielka Brytania. **Przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego:** Roche Polska Sp. z o.o., ul. Domaniewska 39 B, 02-672 Warszawa. Pełna informacja o leku dostępna na życzenie. Przed przepisaniem należy zapoznać się z zatwierdzoną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **Kategoria dostępności:** Lek wydawany z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania.

TAR-RK-ES-082011-01

Referencje: 1. Moore M.J. J Clin Oncol 2007; 25; 15:1960-1966

Roche

Roche Polska Sp. z o.o.
02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 39 B
tel. (22) 345 18 88, fax (22) 345 18 74
www.roche.pl

Informacje ogólne

VIII USTECKIE DNI ONKOLOGICZNE
Łeba 02 - 04 września 2011 r.
OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM NAUKOWE

Pod Patronatem:

Światowej Federacji Towarzystw Chirurgii Onkologicznej

Towarzystwa Chirurgów Polskich

Polskiego Towarzystwa Patologów

Konsultanta
Krajowego d/s Chirurgii Onkologicznej
Prof. dr hab. med. Krzysztofa HERMANA

Prezesa
Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
Prof. dr hab. med. Wojciecha POLKOWSKIEGO

Redaktora Naczelnego
Dwumiesięcznika Nowotwory Journal of Oncology
Prof. dr hab. med. Edwarda TOWPIKA

Patronat honorowy:

- Dr med. Andrzej Witold Włodarczyk - Wiceminister Zdrowia
- Jan Bernard Szlaga - Ksiądz Biskup Diecezjalny
- Andrzej Strzechmiński - Burmistrz Miasta Łeby
- Roman Drozd - Rektor Akademii Pomorskiej w Słupsku
- Prof. dr hab. med. Andrzej Kułakowski
- Dr n. med. Roman Budziński - Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku
- Ryszard Stus - Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Komitet naukowy:

Przewodniczący: Prof. dr hab. med. Janusz JAŚKIEWICZ
Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI

- Dr hab. med. Tomasz BANASIEWICZ
- Dr hab. med. Marek BĘBENEK
- Prof. dr hab. med. Wojciech BIERNAT
- Prof. dr hab. med. Marek BUDNER
- Dr med. Andrzej CICHOCKI

- Prof. dr hab. med. Marek DOBOSZ
- Prof. dr hab. med. Michał DREWS
- Prof. dr hab. med. Adam DZIKI
- Prof. dr hab. med. Sylwia GRODECKA-GAZDECKA
- Dr med. Zuzanna GUZEL - SZCZEPIORKOWSKA
- Prof. dr hab. med. Krzysztof HERMAN
- Prof. dr hab. med. Tomasz JASTRZĘBSKI
- Prof. dr hab. med. Marzena WEŁNICKA-JAŚKIEWICZ
- Prof. dr hab. med. Arkadiusz JEZIORSKI
- Dr med. Grażyna KOBIERSKA-GULIDA
- Prof. dr hab. med. Józef KŁADNY
- Prof. dr hab. med. Piotr KROKOWICZ
- Prof. dr hab. med. Wiesław Janusz KRUSZEWSKI
- Prof. dr hab. med. Andrzej KUŁAKOWSKI
- Prof. dr hab. med. Paweł LAMPE
- Prof. dr hab. med. Andrzej Jacek ŁACHIŃSKI
- Dr med. Roman MARCZEWSKI
- Prof. dr hab. med. Paweł MURAWA
- Prof. dr hab. med. Anna NASIEROWSKA-GUTTMEJER
- Prof. dr hab. med. Wojciech POLKOWSKI
- Prof. dr hab. med. Grażyna RYDZEWSKA
- Prof. nadz. dr hab. med. Maciej SŁODKOWSKI
- Dr med. Janusz SŁUSZNIAK
- Dr med. Iwona SKONECZNA
- Prof. dr hab. med. Andrzej STELMACH
- Dr med. Zoran STOJČEV
- Prof. dr hab. med. Marek SZCZEPKOWSKI
- Prof. dr hab. med. Zbigniew ŚLEDZIŃSKI
- Prof. dr hab. med. Edward TOWPIK
- Prof. dr hab. med. Jerzy WALECKI
- Prof. dr hab. med. Grzegorz WALLNER
- Prof. dr hab. med. Wojciech WITKIEWICZ
- Prof. dr hab. med. Witold ZATOŃSKI
- Prof. dr hab. med. Wojciech ZEGARSKI

Komitet organizacyjny:

Oddział Chirurgiczny Ogólny, Chirurgii Naczyniowej i Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Przewodniczący: Dr n. med. Zoran Stojčev

- lek. med. Cezary Kaczmarkiewicz
- lek. med. Grzegorz Malinowski
- lek. med. Krystian Oliński
- lek. med. Witold Jaciów
- lek. med. Artur Witalis
- lek. med. Wojciech Galla
- lek. med. Jacek Grochulski
- lek. med. Marek Rybarczyk
- lek. med. Christopher Weli-Wegbe
- lek. med. Zbigniew Horbatowicz
- lek. med. Maciej Pytka
- lek. med. Marek Kozłowski
- lek. med. Tomasz Kasprzyk
- lek. med. Michał Mussur
- dr med. Michał Duszewski
- mgr Elżbieta Wach
- Dagmara Przyborowicz - sekretariat
- Karolina Eidem - sekretariat

ADRES KOMITETU ORGANIZACYJNEGO:

Oddział Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku,
ul. Kopernika 28, 76-200 Słupsk,
tel./ fax 59 / 842 95 35, tel. kom. 601 490 560
e-mail: onkoustka@wp.pl, www.onko.ustka.pl

BIURO ZJAZDOWE:

Biuro czynne będzie w Hotelu ŁEBA w następujących godzinach:

- Piątek 02.09.2011 od godz.10.00 do godz.18.00
- Sobota 04.09.2011 od godz.09.00 do godz.13.00

MIEJSCA I DATY

Konferencja odbywa się w dniach: 02-04 września 2011 r. Inauguracja Konferencji i Sesje Naukowe odbędą się w Hotelu ŁEBA w Łebie.

DOJAZD:

Samochodem - do Słupska lub Lęborka, a później kierunek: Łeba PKP - do Lęborka, następnie lokalnym autobusem do Łeby

IDENTYFIKATORY:

Uczestnicy Zjazdu którzy opłacili wpisowe i zaproszeni goście otrzymują imienne identyfikatory uprawniające do wstępu do sali gdzie będą się odbywać sesje naukowe i do sal ze stoiskami firm.

UROCZYSTA KOLACJA

W piątek 2.09.2011 r. o godz. 20.00 odbędzie się uroczysta kolacja .Bilety będzie można nabyć w recepcji hotelu ŁEBA w cenie 250 PLN

POSIŁKI

Cena śniadania w cenie hotelu
WAŻNE ! Koszt obiadu wliczony jest w opłatę rejestracyjną.

PIKNIK

W dniu 3.09.2011r. o godz. 19.00 po wcześniejszej rejestracji w biurze zjazdu odbędzie się piknik

PROGRAM RAMOWY ZJAZDU

02.09. 2011 (piątek)

12.00 - Przyjazd i zakwaterowanie.

13.00 - INAUGURACJA

13.30 - 16.30 - SESJA I: Współpraca patologa i chirurga w leczeniu nowotworów

20.00 - Uroczysta kolacja

03.09.2011 (sobota)

09.00 - 13.20 SESJA II: Nowotwory trzustki

10.20 - 10.40 PRZERWA NA KAWĘ

13.20 - 15.00 PRZERWA NA OBIAD

15.00 - 18.00 SESJA III: Choroby zapalne jelit

16.20 - 16.40 PRZERWA NA KAWĘ

18.00 Zakończenie sympozjum

19.00 - PIKNIK

04.09.2011 (niedziela)

09.00 - śniadanie

po śniadaniu wyjazd

UCZESTNIKOM SYMPOZJUM
ZOSTANIE PRZYZNANYCH 10 PTK. EDUKACYJNYCH

PROGRAM RAMOWY

Tematy główne:

1. Współpraca patologa i chirurga w leczeniu nowotworów
2. Nowotwory trzustki
3. Choroby zapalne jelit

02.09.2011r. (Piątek)

13.00 – 13.30 INAUGURACJA SYMPOZJUM

13.30 – 16.30 Sesja I : WSPÓŁPRACA PATOLOGA I CHIRURGA W LECZENIU NOWOTWORÓW
Wykłady na zaproszenie Komitetu Naukowego
Patronat: Polskie Towarzystwo Patologów

Prowadzący sesję:

Prof. dr hab. med. Anna NASIEROWSKA-GUTTMEJER
Prezes Polskiego Towarzystwa Patologów
(Zakład Patologii, Szpital MSWiA, Warszawa)

Prof. dr hab. med. Wojciech BIERNAT
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

Prof. dr hab. med. Janusz JAŚKIEWICZ
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

Prof. dr hab. med. Krzysztof HERMAN
(Centrum Onkologii, Kraków)

13.30 – 14.00 Wykład: **„Czynniki prognostyczne i predykcyjne w nowotworach”** -30min.
Prof. dr hab. med. Wojciech BIERNAT
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

14.00 – 14.30 Wykład: **„Zmiany w błonie śluzowej po radioterapii i chemioterapii nowotworów”** - 30min.
Prof. dr hab. med. Anna NASIEROWSKA-GUTTMEJER
(Zakład Patologii, Szpital MSWiA, Warszawa)

14.30 – 15.00 Wykład: **„Rola badania śródoperacyjnego biopsji grubo- i cienkoigłowej na przykładzie raka piersi”** -30min.
Dr med. Grażyna KOBIERSKA-GULIDA
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

15.00 – 15.30 Wykład: **„Zasady pobierania i opracowywania materiału biologicznego wykorzystywanego w diagnostyce patomorfologicznej”.** -30 min.
Lek. Maciej Znaniecki, Leszek Teresiński, Kamil Winnik
(Zakład Patomorfologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku)

15.30 – 16.00 Wykład specjalny: **„Jakie informacje potrzebuje chirurg od patologa”** -30min.
Prof. dr hab. med. Marek BUDNER
(HELIOS Klinikum, Berlin)

16.00 – 16.30 Wykład specjalny: **„Co nowego w leczeniu raka nerki”** -30 min
Dr med. Iwona SKONECZNA
(Centrum Onkologii, Warszawa)

20.00 UROCZYSTA KOLACJA

03.09.2011r. (Sobota)

9.00 – 13.30 Sesja – II : NOWOTWORY TRZUSTKI
Wykład na zaproszenie Komitetu Naukowego
Patronat: Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej

Prowadzący sesję:

Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI
(Centrum Onkologii, Warszawa)

Prof. dr hab. med. Zbigniew ŚLEDZIŃSKI
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk).

Prof. dr hab. med. Wojciech POLKOWSKI
Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
(Uniwersytet Medyczny, Lublin).

Prof. dr hab. med. Marek DOBOSZ
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

9.00 – 9.20 Wykład: **„Epidemiologia i trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe trzustki w Polsce i na świecie”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Witold ZATOŃSKI
(Centrum Onkologii, Warszawa)

9.20 – 9.40 Wykład: **„Diagnostyka patomorfologiczna raka trzustki”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Anna NASIEROWSKA-GUTTMEJER
(Szpital MSWiA, Warszawa)

9.40 – 10.00 Wykład: **„Diagnostyka obrazowa raka trzustki”** –20 min.
Prof. dr hab. med. Jerzy WALECKI
(Szpital MSWiA, Warszawa)

10.00 – 10.20 Wykład: **„Spojrzenie gastroenterologa na raka trzustki”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Grażyna RYDZEWSKA
(Szpital MSWiA, Warszawa)

10.20 – 10.40 PRZERWA NA KAWĘ

10.40 – 11.00 Wykład: **„Rak trzustki jako problem onkologiczny”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI
(Centrum Onkologii, Warszawa)

11.00 – 11.20 Wykład: **„Leczenie chirurgiczne raka trzustki”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Paweł LAMPE
(Uniwersytet Medyczny, Katowice)

11.20 – 11.40 Wykład: **„Rekonstrukcja ciągłości przewodu pokarmowego po operacjach raka trzustki”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Marek DOBOSZ
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

11.40 – 12.00 Wykład: **„Kontrowersje w leczeniu raka trzustki”** -20 min.
Prof. dr hab. med. Zbigniew ŚLEDZIŃSKI
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

12.00 – 12.20 Wykład: **„Leczenie guzów neuroendokrynnych trzustki”** -20 min.
Dr med. Andrzej CICHOCKI
(Centrum Onkologii, Warszawa)

12.20 – 12.40 Wykład: **„Problemy żywieniowe związane z leczeniem nowotworów trzustki”** -20 min.
Prof. nadz. dr hab. med. Maciej SŁODKOWSKI
(Uniwersytet Medyczny, Warszawa)

12.40 – 13.00 Wykład: **„Aktualne możliwości chemioterapii raka trzustki”** -20 min
Prof. dr hab. med. Marzena WEŁNICKA-JAŚKIEWICZ
(Uniwersytet Medyczny, Gdańsk)

13.00 – 13.20 Wykład: **Rola i miejsce radioterapii w leczeniu raka trzustki** -20 min.
Dr med. Zuzanna GUZEL – SZCZEPIÓRKOWSKA
(Centrum Onkologii, Warszawa)

13.20 – 15.00 PRZERWA OBIADOWA

03.09.2011r. (Sobota)

15.00 – 18.00 **Sesja - III: CHOROBY ZAPALNE JELIT**
Wykłady na zaproszenie Komitetu Naukowego
Patronat: Towarzystwo Chirurgów Polskich

Prowadzący sesję:
Prof. dr hab. med. Adam DZIKI
Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

Prof. dr hab. med. Michał DREWS
(Uniwersytet Medyczny, Poznań)

Prof. dr hab. med. Piotr KROKOWICZ
(Uniwersytet Medyczny, Poznań)

Prof. dr hab. med. Marek SZCZEPKOWSKI
(CMKP, Warszawa)

15.00 – 15.20 Wykład: **„Ryzyko nowotworzenia w przebiegu chorób zapalnych jelit"** -20min.
Dr hab. med. Tomasz BANASIEWICZ
(Uniwersytet Medyczny, Poznań)

15.20 – 15.40 Wykład: **„Diversion colitis" jako problem chirurgiczny** -20min.
Prof. dr hab. med. Marek SZCZEPKOWSKI
(CMKP, Warszawa)

15.40 – 16.00 Wykład: **„Pouch"- nadal „złotym standardem "?** -20min.
Prof. dr hab. med. Piotr KROKOWICZ
(Uniwersytet Medyczny, Poznań)

16.00 – 16.20 Wykład: **„Czy coś nowego w leczeniu chirurgicznym choroby Leśniowskiego-Crohna?"** -20min.
Prof. dr hab. med. Michał DREWS
(Uniwersytet Medyczny, Poznań)

16.20 – 16.40 PRZERWA NA KAWĘ

16.40 – 17.00 Wykład: **" Wartość leczenia biologicznego w chorobach zapalnych jelit"** -20min.
Prof. dr hab. med. Grażyna RYDZEWSKA
(Szpital MSWiA, Warszawa)

17.00 – 17.20 Wykład: **„Miejsce i rola onkologa w leczeniu chorób zapalnych jelit (chirurgia, cytostatyki, immunosupresja)"** -20min.
Prof. dr hab. med. Wojciech ZEGARSKI
(Centrum Onkologii, Bydgoszcz)

17:20 - 17:40 **Wykład specjalny** – 20min.
Prof. dr hab. med. Adam DZIKI
Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

17:40 – 18:00 **Podsumowanie sesji**
Prof. dr hab. med. Adam DZIKI
Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

18:00 ZAKOŃCZENIE SYMPOZJUM

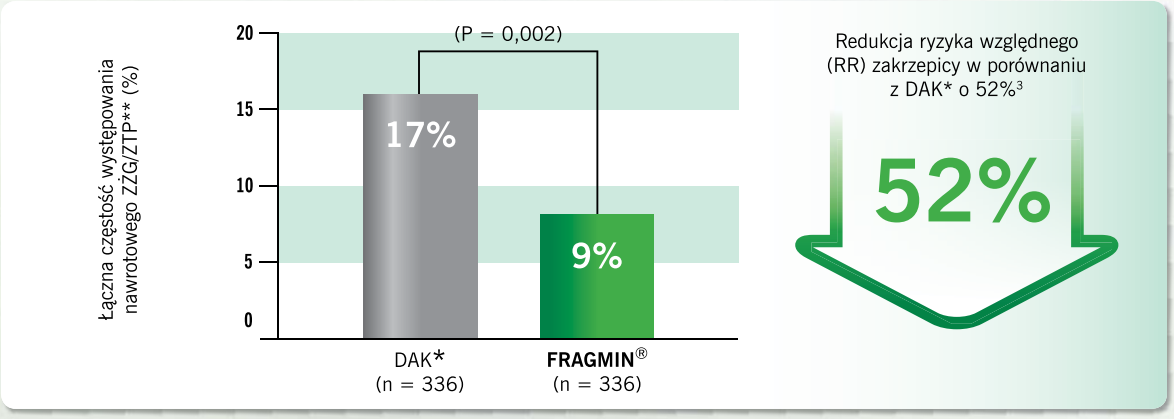
19.00 PIKNIK

Fragmin®
dalteparin sodium
Uwaga!
ZAKRZEPICA
W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ
JEST DRUGĄ NAJCZĘSTSZĄ PRZYCZYNĄ ZGONÓW
PACJENTÓW.1,2
Rejestracja
FRAGMIN®
– HEPARYNA DROBNOCZĄSTECZKOWA,
ZAREJESTROWANA W POLSCE W LECZENIU
ZAKRZEPICY ŻYŁ GŁĘBOKICH I ZATOROWOŚCI
PŁUCNEJ ORAZ PRZEWLEKŁEJ PROFILAKTYCE
PRZECIWZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW
Z CHOROBAMI NOWOTWOROWYMI
Pfizer
Pfizer Polska Sp. z o.o.
02-676 Warszawa, ul. Postępu 17B
tel. +48 (22) 335 61 00, fax +48 (22) 335 61 11
FRA/07/10/36

EBM

W BADANIU CLOT PO ZASTOSOWANIU PREPARATU FRAGMIN® WYKAZANO ZNAMIENNĄ STATYSTYCZNIE REDUKCJĘ RYZYKA WZGLĘDNEGO (RR) ZAKRZEPICY W PORÓWNANIU Z DAK* O 52%.[3,4]

GŁÓWNY PUNKT KOŃCOWY OCENY SKUTECZNOŚCI PO 6 MIESIĄCACH[3,4]



Badanie CLOT: Badanie randomizowane, wieloośrodkowe, otwarte, trwające 6 miesięcy, z udziałem 676 pacjentów z czynną chorobą nowotworową i niedawno rozpoznanym, objawowym proksymalnym zapaleniem żył głębokich (ZŻG), zatorem tętnicy płucnej (ZTP) lub obydwoma tymi stanami. W badaniu oceniano prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotowego ZŻG/ZTP**w grupie chorych otrzymujących dalteparynę (1 miesiąc 200 j.m. 1 x na dobę; 2-6 miesiąc 150 j.m. 1 x dobę) vs doustny antykoagulant (INR 2,0-3,0).

Zalecenia ACCP

ZALECENIA 1A – WYTYCZNE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP) POTWIERDZAJĄ SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU FRAGMIN® OPISANY W BADANIU CLOT[5]

Dawka leku FRAGMIN® podawana raz na dobę w przeliczeniu na ciężar ciała pacjenta[6]

Dawka początkowa: Miesiąc 1.	200 j.m./kg s.c. raz na dobę
Dawka podtrzymująca: Miesiące 2.-6.	150 j.m./kg s.c. raz na dobę

W przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, u których występuje niewydolność nerek lub małopłytkowość indukowana przez chemioterapię, może być konieczne indywidualne dostosowanie dawki. Maksymalna dawka dobowa nie powinna przekraczać 18 000 j.m.

Referencje: 1. Donati MB. Cancer and thrombosis. Haemostasis. 1994;24:128-131. **2.** Agnelli G. Venous thromboembolism and Cancer: a two-way clinical association. Thromb Haemost. 1997;78:117-120. **3.** Lee AYY, Levine MN, Bakeret al., for the Randomised Comparison of Low-Molecular-Weight-Heparine Versus Oral Anticoagulant Therapy for the Prevention of Recurent Venous Thromboembolism in Patients With Cancer (CLOT) Investigators. Low-Molecular-Weight-Heparine versus a coumarin for the prevention of recurent venous thromboembolism in patients with cancer. N Engl J Med 2003;349:146-153. **4.** Lee A., Levine M., Treatment of Venous Thromboembolism in Cancer Patients. Cancer Control. 2005, Vol. 12, Supplement 1. **5.** C. Kearon, S.R. Kahn, G. Agnelli: Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition); CHEST 2008; 133 (suppl) 454S-545S. **6.** Zatwierdzona Charakterystyka Produktu Leczniczego Fragmin® z 29.10.2008.

Kategoria dostępności: lek wydawany z przepisu lekarza – Rp. Fragmin® znajduje się na liście leków podstawowych, wydawanych za opłatą ryczałtową. Urzędowe ceny detaliczne za opakowanie: 2500 j.m. anty-Xa/0,2 ml – 56,50 PLN, 5000 j.m. anty-Xa/0,2 ml – 113,00 PLN, 7500 j.m. anty-Xa/0,3 ml – 163,38 PLN, 10 000 j.m. anty-Xa/0,4 ml – 102,00 PLN, 10 000 j.m. anty-Xa/1 ml – 204,26 lub 4 ml – 204,26 PLN, 12 500 j.m. anty-Xa/0,5 ml – 136,47 PLN, 15 000 j.m. anty-Xa/0,6 ml – 163,38 PLN, 18 000 j.m. anty-Xa/0,72 ml – 183,39 PLN. Maksymalna odpłatność dla pacjenta za opakowanie: 2500 j.m. anty-Xa/0,2 ml – 6,41 PLN, 5000 j.m. anty-Xa/0,2 ml – 6,40 PLN, 7500 j.m. anty-Xa/0,3 ml – 8,99 PLN, 10 000 j.m. anty-Xa/0,4 ml – 3,20 PLN, 10 000 j.m. anty-Xa/1ml lub 4 ml – 6,41 PLN, 12 500 j.m. anty-Xa/0,5 ml – 3,20 PLN, 15 000 j.m. anty-Xa/0,6 ml – 3,20 PLN, 18 000 j.m. anty-Xa/0,72 ml – 3,20 PLN

* DAK – doustne antykoagulanty
** ZŻG – zakrzepica żył głębokich, ZTP – zator tętnicy płucnej

NALEŻY ZAPOZNAĆ SIĘ Z UMIESZCZONĄ W TYM MIEJSCU INFORMACJĄ O LEKU **FRAGMIN®**

To zmienia wszystko.
A ty nie musisz zmieniać niczego.

W systemie szewnym V-Loc™ 180 zastosowano rewolucyjną technologię, która pozwala na uzyskiwanie przy zamykaniu ran optymalnych wyników bez potrzeby wiązania węzłów.

- Rozkłada napięcie równomiernie na całą powierzchnię rany
- Daje znaczną oszczędność czasu w porównaniu z techniką wiązania węzłów
- Umożliwia eliminację powikłań związanych z węzłami

Dokładniejszych informacji udziela Specjalista Covidien do spraw reparacji tkanek miękkich

SZCZEGÓŁOWE INSTRUKCJE, WSKAZANIA, PRZECIWWSKAZANIA, OSTRZEŻENIA I PRZESTROGI ZAMIESZCZONO W ULOTCE DOŁĄCZONEJ DO OPAKOWANIA.

COVIDIEN, COVIDIEN z logo i marki ze znakiem™ są znakami handlowymi Covidien AG lub spółek stowarzyszonych
© 2009 Covidien. Wszelkie prawa zastrzeżone. - S-ST-VLoc2/PL

COVIDIEN
positive results for life™

SPONSOR STRATEGICZNY

BARD

SPONSOR PLATYNOWY

SANOFI

Pfizer

SPONSOR ZŁOTY

FRESENIUS KABI
caring for life

COVIDIEN
positive results for life

ERBE

HAMMERmed

Johnson & Johnson

Breast Care

Ethicon Endo-Surgery

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

NYCOMED

Roche

SPONSOR

EUSAPharma

arion
LABORATOIRES

EURO MEDIC
ONKOTERAPIA

NOVARTIS
ONCOLOGY

actavis
think smart medicine

SIEMENS

GRAWIPOL.pl

www.onko.ustka.pl • email: onkoustka@wp.pl