

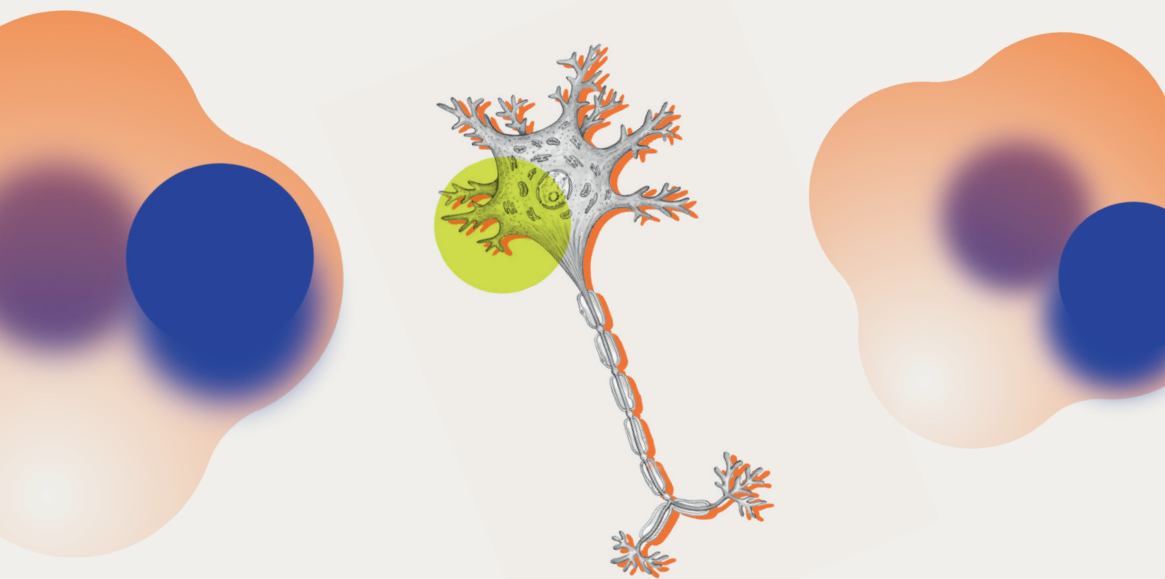
III Konferencja

Nowoczesna Neurologia Ambulatoryjna

Od przypadków do wytycznych

Kierownictwo naukowe:

Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB



➔ 10-11 kwietnia 2026, Warszawa,
Golden Tulip Warsaw Centre ←



FAKT:

Rozpoznanie Wczesnych Objawów **A**takcji **F**riedreicha Może Przyspieszyć Postawienie Właściwej Diagnostyki

Wczesne objawy Ataksji Friedreicha (FA), pojawiające się zwykle między 10 a 15 rokiem życia, mogą nakładać się na inne schorzenia.^{1,2} **FA jest najczęstszą dziedziczną recesywnie ataksją,**^{3,4} ważne jest zatem, aby myśleć „**FA FIRST**”, gdy widoczna jest jakakolwiek kombinacja poniższych symptomów.



Falls¹
ataksja chodu



Imbalance^{1,5}
utrata propriocepcji



Reflex loss¹
osłabienie
odrzuchów
ścięgienistych



Sensation loss^{1,5}
neuropatia
obwodowa



Tiredness³
zmęczenie

Diagnostyka genetyczna z zastosowaniem metody identyfikującej patogenne powtórzenia trójnukleotydu GAA w intronie genu *FXN* (mutacja dynamiczna) jest niezbędną do potwierdzenia diagnozy Ataksji Friedreicha.⁴

96–98% przypadków FA jest spowodowane mutacją dynamiczną w genie kodującym frataksynę – ekspansja powtórzeń GAA obecna w intronie genu *FXN*; tylko 2–4% przypadków FA jest spowodowane mutacją punktową.^{5,6}

Kluczowe jest wykonanie właściwego testu genetycznego. Należy zachować zatem dużą czujność w przypadku wyboru laboratorium, w którym ma być wykonana diagnostyka genetyczna i zweryfikowanie, czy oferowanym testem zidentyfikuje się mutację dynamiczną w genie *FXN*.⁷

Potwierdzenie diagnozy przyspiesza objęcie pacjentów chorujących na Ataksję Friedreicha multidyscyplinarną opieką specjalistyczną, która może pomóc im dłużej zachować niezależność.⁸

FAKT:

Ataksja Friedreicha może zostać przeoczona, ponieważ pacjenci bardzo często zgłaszają na początku objawy mało specyficzne.^{1,5,9}

CO MÓWIĄ RODZICE MŁODEGO PACJENTA:	CO MÓWIĄ PACJENCI, KTÓRZY CHORUJĄ NA FA O PÓŹNYM POCZĄTKU:
„Zauważyłam, że często upada” ^{1,3}	„Ludzie mówią, że wyglądam na odurzonego, kiedy chodzę” ^{1,10}
Czy to jest niezdarność, czy ataksja chodu ? ¹	
„Syn ma problemy w nocy z wejściem po schodach” ¹⁰	„W ciemnym pokoju czuję się jakbym był na rozkołysanej łodzi” ⁵
Czy jest to przejściowa trudność, czy utrata propriocepcji ? ⁵	
„Pismo córki jest trudne do odczytania” ¹	„W ostatnim czasie mam problem z pisaniem wiadomości” ¹⁰
Czy jest to tymczasowe wyzwanie, czy utrata umiejętności motorycznych ? ¹	



Referencje: **1.** Parkinson MH, Boesch S, Nachbauer W, et al. Clinical features of Friedreich's ataxia: classical and atypical phenotypes. *J Neurochem.* 2013;126(suppl 1):103–117. **2.** Wallace SE, Bird TD. Molecular genetic testing for hereditary ataxia: what every neurologist should know. *Neurol Clin Pract.* 2018;8(1):27–32. **3.** National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Friedreich Ataxia. Form Approved OMB# 0925-0648 Exp. Date 06/2024. Accessed 05 April 2023. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/friedreich-ataxia#> **4.** Schulz JB, Boesch S, Bürk K, et al. Diagnosis and treatment of Friedreich ataxia: a European perspective. *Nat Rev Neurol.* 2009;5(4):222–234. **5.** Fogel BL, Perlman S. Clinical features and molecular genetics of autosomal recessive cerebellar ataxias. *Lancet Neurol.* 2007;6(3):245–257. **6.** Galea CA, Huq A, Lockhart PJ, et al. Compound heterozygous FXN mutations and clinical outcome in Friedreich ataxia. *Ann Neurol.* 2016 Mar;79(3):485–495. **7.** Bidichandani S, Delatycki MB. Friedreich ataxia. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al. eds. *GeneReviews*® [Internet]. University of Washington, Seattle; 1998. Updated June 1, 2017. Accessed 30 September 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1281>. **8.** Cook A, Giunti P. Friedreich's ataxia: clinical features, pathogenesis and management. *Br Med Bull.* 2017 Dec 1;124(1):19–30. doi: 10.1093/bmb/ldx034. PMID: 29053830; PMCID: PMC5862303. **9.** Indelicato E, Nachbauer W, Eigentler A, et al. Onset features and time to diagnosis in Friedreich's Ataxia. *Orphanet J Rare Dis.* 2020 Aug 3;15(1):198. **10.** The Voice of the Patient. Friedreich's ataxia. Friedreich's Ataxia Research Alliance, Muscular Dystrophy Association, National Ataxia Foundation, and Cure FA Foundation. August 2017.

FA - Ataksja Friedreicha

Niniejszy dokument jest przeznaczony wyłącznie dla pracowników ochrony zdrowia.

Biogen Poland Sp. z o.o. | ul. Prosta 18 | 00-850 Warszawa | Poland

Reception: + 48 22 351 51 00, www.biogen-poland.pl

Biogen-240201



Patronaty

PATRON HONOROWY:



Marszałek
Województwa Mazowieckiego



PROGRAM

Piątek, 10 kwietnia

09:00 - 10:00 **Rejestracja uczestników** 

10:00 - 12:00 **Warsztat: Diagnostyka i leczenie zaburzeń pamięci
– w gabinecie i klinice.**

(Patronaty: Biogen Poland, NeuroProtect)

**Przewodniczący: Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB,
Dr n. med. Maciej Czarnecki**

- 10:00 - 10:20
- Zasady kwalifikacji i leczenia antyamyloidowego wczesnych etapów choroby Alzheimera – *Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB (wykład sponsorowany Biogen Poland)*
- 10:20 - 10:40
- ARIA – w praktyce – *Dr n. med. Maciej Czarnecki*
- 10:40 - 11:00
- Kiedy atrofia wiąże się z wiekiem, a kiedy nie – *Dr n. med. Marta Kania-Pudło*
- 11:00 - 11:20
- Choroba ciał Lewy’ego a otępienie w chorobie Parkinsona – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne – *Dr n. med. Katarzyna Gocyla-Dudar*
- 11:20 - 11:40
- Leczenie pobudzenia u osób z otępieniem – wskazówki praktyczne – *Dr hab. n. med. Dorota Wołyńczyk-Gmaj*
- 11:40 - 12:00
- Dyskusja

12:00 - 13:00 **Lunch, rejestracja uczestników cd.** 

13:00 - 13:05 Rozpoczęcie konferencji i słowo wstępne – *Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB; Justyna Jastrzębska, Wydawnictwo Naukowe PWN*

13:05 - 13:25 **Wykład Inaguracyjny: Rola lekarza AOS w systemie ochrony zdrowia
– Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Konsultant Krajowy
w dziedzinie neurologii**

SESJA I. CHOROBY NACZYNIOWE

Przewodniczący – Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB

- 13:25 - 13:45 Choroba małych naczyń mózgowych – od lakuny do leukoarajozy
– *Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB*
- 13:45 - 14:05 Wytyczne ASA/AHA 2026 w zakresie leczenia trombolitycznego ostrych udarów niedokrwiennych mózgu: prezentacja i krytyczna dyskusja. Doświadczenia i wyzwania w stosowaniu tenekteplazy
– *Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski*
- 14:05 - 14:25 Cerebral amyloid angiopathy and CAA-related inflammation
– *Prof. Fabrizio Piazza*
- 14:25 - 14:45 Cerebrolizyna jako terapia wspomagająca rehabilitację pacjentów po udarze mózgu – *Prof. dr hab. n. med. Michał Karliński (wykład sponsorowany EVER Pharma Poland)*
- 14:45 - 15:05 Przypadkowo wykryty tętniak lub malformacja naczyniowa – co dalej?
– *Dr n. med. Piotr Piasecki*
- 15:05 - 15:25 Udar kryptogenny: czas wykorzystać prostą ścieżkę diagnostyczną. ILR w praktyce neurologa i kardiologa jako kluczowa technologia identyfikacji migotania przedsionków – *Prof. dr hab. n. med. Michał Karliński (wykład sponsorowany Abbott Polska)*
- 15:25 - 15:35 Podsumowanie i dyskusja
- 15:35 - 15:50 Przerwa kawowa

SESJA II. CHOROBY NERWOWO-MIĘŚNIOWE

Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Tomczykiewicz

- 15:50 - 16:10 Pacjent z miastenią w AOS – zasady postępowania
– *Prof. dr hab. n. med. Monika Adamczyk-Sowa (wykład sponsorowany AstraZeneca Poland)*
- 16:10 - 16:30 Miopatie w praktyce ambulatoryjnej
– *Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Tomczykiewicz*
- 16:30 - 16:50 ALS SOD1- nowe otwarcie – *Dr n. med. Kamila Żur-Wyrozumska (wykład sponsorowany Biogen Poland)*
- 16:50 - 17:10 Strategia leczenia wybranych polineuropatii – *Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz (wykład sponsorowany Grindeks Kalceks Polska)*
- 17:10 - 17:30 Charakterystyka kliniczna najczęstszych zespołów cieśni
– *Dr hab. n. med. Edyta Dziadkowiak*
- 17:30 - 17:40 Podsumowanie i dyskusja
- 17:40 - 17:55 Przerwa kawowa

SESJA III. BÓLE I ZAWROTY GŁOWY

Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Dariusz Gąsecki

- 17:55 - 18:15 Kiedy niekładowe zawroty głowy są udarem mózdzku?
– Prof. dr hab. n. med. Dariusz Gąsecki
- 18:15 - 18:35 Jak rozpoznać i skutecznie leczyć zawroty głowy w ambulatorium?
– Dr n. med. Grażyna Tacikowska
- 18:35 - 18:55 Migrena przedsionkowa, napadowe westybulopatie – rzadkie
czy niezadkie? – Dr n. med. Maciej Rzeski
- 18:55 - 19:05 Podsumowanie i dyskusja
- 19:05 Zakończenie 1. dnia konferencji



Sobota, 11 kwietnia

SESJA IV. CHOROBY NEURODEGENERACYJNE

Przewodniczący: Dr n. med. Stanisław Szlufik

- 09:00 - 09:20 Pacjent z atypowym parkinsonizmem w praktyce ambulatoryjnej
– Dr n. med. Stanisław Szlufik
- 09:20 - 09:40 „Triada B w neurologii” – kiedy podejrzewać i jak leczyć niedobory
witamin B1, B6 i B12 – Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-
PIB (wykład sponsorowany WoerwagPharma)
- 09:40 - 10:00 Diagnostyka i leczenie ataksji – Dr hab. n. med. Jarosław Dulski
- 10:00 - 10:20 Ataksja Friedreicha – o czym neurolog powinien pamiętać
– Prof. dr hab. n. med. Joanna Pera (wykład sponsorowany Biogen
Poland)
- 10:20 - 10:40 Alzheimer’s disease immunotherapy and ARIA: mechanistics insights
and Biomarkers – Prof. Fabrizio Piazza
- 10:40 - 11:00 Jak właściwie zakwalifikować i od czego zależy skuteczność
terapii antyamyloidowych – Dr n. med. Maciej Czarnecki (Wykład
sponsorowany Eli Lilly Polska)
- 11:00 - 11:20 Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych w codziennej
praktyce – Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz
- 11:20 - 11:30 Podsumowanie i dyskusja
- 11:30 - 11:45 Przerwa kawowa

 **polpharma**

w neurologii



SESJA V. CHOROBY DEMIELINIZACYJNE

Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Adam Stępień

- 11:45 - 12:05 Rozpoznanie SM – rola markerów płynowych
– Prof. dr hab. n. med. Adam Stępień
- 12:05 - 12:25 Wiedza w pigułce dla praktyków: nowoczesne leczenie SM
– Dr Artur Sadowski
- 12:25 - 12:45 Cicha progresja w SM – EDSS jako narzędzie wspierające decyzję o zmianie terapii na HET – Ofatumumab – Prof. dr hab. n. med. Aleksandra Piętowska – Podlecka (Wykład sponsorowany Novartis Poland)
- 12:45 - 12:50 Podsumowanie i dyskusja
- 12:50 - 13:10 Przerwa kawowa

SESJA VI. VARIA. OD PRZYPADKÓW DO WYTYCZNYCH

Przewodniczący: Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB

- 13:10 - 13:30 „Red flags” w bólu szyi i barku – Prof. dr hab. n. med. Piotr Sobolewski
- 13:30 - 13:50 Praktyczne aspekty leczenia neuroprotekcynowego – Dr hab. n. med. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB (wykład sponsorowany Biofarm)
- 13:50 - 14:10 Autoimmunologiczne zapalenie mózgu – Prof. dr hab. n. med. Joanna Zajkowska
- 14:10 - 14:30 Diagnostyka dysfagii – endoskopia w rękach neurologa
– Dr n. med. Aleksander Dębiec
- 14:30 - 14:50 Leukodystrofie u pacjentów dorosłych – obraz kliniczny i diagnostyka
– Prof. dr hab. n. med. Tomasz Litwin
- 14:50 - 15:10 Chłoniaki ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego oraz kręgosłupa. Rola neurologa w diagnostyce
– Dr hab. n. med. Małgorzata Wiszniewska, prof. ANS
- 15:10 - 15:20 Posumowanie i zakończenie Konferencji – Dr hab. Jacek Staszewski, Prof. WIM-PIB



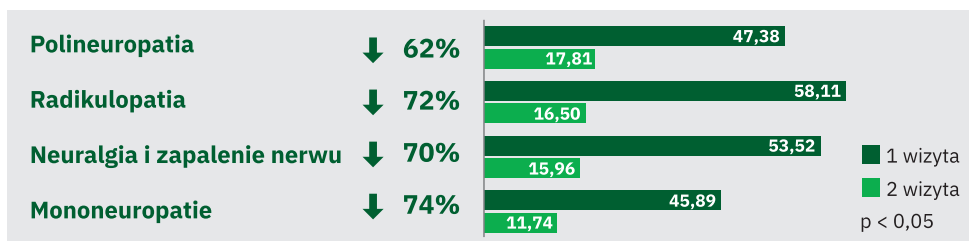
Ipidacrine hydrochloride Grindeks

5 mg/mL, 15 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań
20 mg, tabletki

Istotnie zmniejsza natężenie bólu u pacjentów z chorobami obwodowego układu nerwowego



Dynamika zmian nasilenia bólu towarzyszącego chorobom obwodowego układu nerwowego na podstawie oceny w wizualnej skali analogowej (ang. Visual Analogue Scale, VAS)



Schemat terapii w badaniu:

Schemat 1: Zastrzyki ipidakryny 10–15 mg/dobę przez 10 dni, następnie tabletki Ipidacrine hydrochloride Grindeks 20 mg 1–3 razy dziennie przez 20 dni.

Schemat 2: Tabletki Ipidacrine hydrochloride Grindeks 20 mg 1–3 razy dziennie przez 30 dni.

Źródło: Levin OS i wsp. Evaluation of epidemiological data on effect of therapy with Ipiatrix® on motor and sensory functions in ambulatory patients with various diseases of peripheral nervous system. Medical alphabet. 2019;12:11–14.

Nazwa produktu leczniczego i postać farmaceutyczna Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 20 mg, tabletki lub 5 i 15 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań. Tabletki: Białe lub prawie białe, okrągłe, płaskie tabletki o ściętych krawędziach. Średnica tabletki wynosi około 6 mm. Roztwór do wstrzykiwań: Klarowna, bezbarwna ciecz, praktycznie pozbawiona widocznych cząstek. Osmolalność roztworu o stężeniu 15 mg/mL wynosi około 90-100 mOsmol/kg; Osmolalność roztworu o stężeniu 5 mg/mL wynosi około 35-45 mOsmol/kg; pH roztworu od 3,0 do 4,0.

Skład jakościowy i ilościowy Każda tabletką zawiera 20 mg ipidacryny chlorowodoru (w postaci jednowodnej). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: każda tabletką zawiera 65,0 mg laktozy jednowodnej. Każda ampułka (1 mL) zawiera 5 mg lub 15 mg ipidacryny chlorowodoru (w postaci jednowodnej).

Wskazania do stosowania Ipidacrine hydrochloride Grindeks jest wskazywany do stosowania u dorosłych z: - Chorobami obwodowym układu nerwowego (zapaleniem nerwu, zapaleniem wielonerwowe, polineuropatią, poliradikuloneuropatią, miastenią i zespołem miastycznym o różnej etiologii); - Porażeniem opuszkowym i niedowładami; - Organicznymi uszkodzeniami OUN z zaburzeniami ruchu podczas okresu rekonwalescencji; - Chorobami demielinizacyjnymi, jako element kompleksowej terapii; TABLETKI dodatkowo: - Zaburzeniami pamięci różnego pochodzenia (chorobą Alzheimera i innymi rodzajami demencji starczej); - Atonią jelit.

Dawkowanie i sposób podawania TABLETKI: Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować indywidualnie w zależności od stopnia zaawansowania choroby. - **Choroby obwodowego układu nerwowego, miastenia i zespół miastyczny** Dawka wynosi 20 mg ipidacryny (1 tabletką) 1-3 razy dziennie. Leczenie trwa 1-2 miesiące. W razie konieczności cykl leczenia można powtórzyć kilkakrotnie w odstępach 1-2 miesięcy pomiędzy cyklami. 15-30 mg (1-2 mL Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 15 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań) może być podawane domięśniowo lub podskórnie przez krótki okres w celu zapobiegania wystąpienia przełomu miastycznego z ciężkim zaburzeniem złącza nerwowo-mięśniowego. Leczenie Ipidacrine hydrochloride Grindeks należy kontynuować stosując ten produkt leczniczy pod postacią tabletek, a dawkę można zwiększać do 20-40 mg (1-2 tabletki) 5-6 razy na dobę. - **Porażenie opuszkowe i niedowłady; Okres rekonwalescencji po organicznych zmianach OUN z zaburzeniami ruchu; Choroby demielinizacyjne układu nerwowego** Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować indywidualnie w zależności od stopnia zaawansowania choroby i reakcji pacjenta. Dawkę dobować dobiera się indywidualnie, zwykle jest to 20 mg 2-3 razy na dobę. Maksymalna dawka dobowo może wynosić 200 mg. Leczenie można rozpocząć od Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 5 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań jako wstrzyknięcie domięśniowe. - **Choroby demielinizacyjne, jako element kompleksowej terapii** Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować indywidualnie w zależności od stopnia zaawansowania choroby i reakcji pacjenta. Dawkę dobować dobiera się indywidualnie, zwykle jest to 20-40 mg 2-3 razy na dobę. Maksymalna dawka dobowo może wynosić 200 mg. Leczenie można rozpocząć od Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 15 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań jako wstrzyknięcie domięśniowe. - **Zaburzenia pamięci różnego pochodzenia (choroba Alzheimera i inne rodzaje demencji starczej)** Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować do indywidualnej reakcji pacjenta. Dawkę dobować dobiera się indywidualnie, zwykle jest to 20 mg 2-3 razy dziennie. Maksymalna dawka dobowo może wynosić 200 mg. Czas trwania leczenia wynosi od 1 miesiąca do 1 roku. - **Atonia jelit i zapobieganie jej** Zalecana dawka wynosi 20 mg (1 tabletką) 2-3 razy na dobę przez 1-2 tygodnie. **Specjalne populacje** **Pacjenci w podeszłym wieku** Istnieją ograniczone dane dotyczące farmakokinetyki ipidacryny u pacjentów w podeszłym wieku. Należy zachować ostrożność podczas stosowania Ipidacrine hydrochloride Grindeks u pacjentów w podeszłym wieku. **Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby** Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby. **Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek** Nie badano farmakokinetyki ipidacryny u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek, dlatego należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek. **Dzieci i młodzież** Nie określono bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Sposób podawania** Podanie doustne. Tabletkę należy połknąć, popijając wodą. Ten lek można przyjmować z jedzeniem lub bez jedzenia. ROZTWÓR DO WSTRZYKIWAŃ Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować indywidualnie w zależności od stopnia zaawansowania choroby. - **Choroby obwodowego układu nerwowego, miastenia i zespół miastyczny** Dawka wynosi od 5 do 15 mg (1 mL Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 5 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań lub 1 mL Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 15 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań) 1-2 razy na dobę, podawana w postaci wstrzyknięcia domięśniowego lub podskórne. Leczenie trwa 1-2 miesiące. W razie konieczności cykl leczenia można powtórzyć kilkakrotnie w odstępach 1-2 miesięcy pomiędzy cyklami. 15-30 mg (1-2 mL Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 15 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań) może być podawane domięśniowo lub podskórnie przez krótki okres w celu zapobiegania wystąpienia przełomu miastycznego z ciężkim zaburzeniem złącza nerwowo-mięśniowego. Leczenie Ipidacrine hydrochloride Grindeks należy kontynuować stosując ten produkt leczniczy pod postacią tabletek, a dawkę można zwiększać do 20-40 mg (1-2 tabletki Ipidacrine hydrochloride Grindeks, 20 mg), 5-6 razy na dobę. - **Porażenie opuszkowe i niedowłady; Okres rekonwalescencji po organicznych zmianach OUN z zaburzeniami ruchu** Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować indywidualnie w zależności od stopnia zaawansowania choroby i reakcji pacjenta. Leczenie rozpoczyna się od podania 1 mL roztworu 5 mg ipidacryny w postaci wstrzyknięcia domięśniowego dwa razy na dobę przez 10-14 dni, a następnie należy kontynuować leczenie stosując ten produkt leczniczy pod postacią tabletek. - **Choroby demielinizacyjne, jako element kompleksowej terapii** Dawki i czas trwania leczenia należy dostosować indywidualnie w zależności od stopnia zaawansowania choroby i reakcji pacjenta. Leczenie rozpoczyna się od podania 1 mL roztworu 15 mg ipidacryny w postaci wstrzyknięcia domięśniowego dwa razy na dobę przez 10-15 dni, a następnie należy kontynuować leczenie stosując ten produkt leczniczy pod postacią tabletek.

Specjalne populacje **Pacjenci w podeszłym wieku** Istnieją ograniczone dane dotyczące farmakokinetyki ipidacryny u pacjentów w podeszłym wieku. Należy zachować ostrożność podczas stosowania Ipidacrine hydrochloride Grindeks u pacjentów w podeszłym wieku. **Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby** Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby. **Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek** Nie badano farmakokinetyki ipidacryny u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek, dlatego należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek. **Dzieci i młodzież** Nie określono bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Sposób podawania** Podanie domięśniowe i podskórne.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. - Padaczka. - Zaburzenia pozapiramidowe z hiperkinezą. - Dławica piersiowa. - Znaczna bradykardia. - Astma oskrzelowa. - Nieodróżność jelit lub dróg moczowych. - Zaostření choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy. - Zaburzenia przedślonkowe. - Cięża. - Karmienie piersią.

Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania Należy zachować ostrożność u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy w wywiadzie, a także w przypadku tyreotoksykozy i chorób układu krążenia. Należy zachować ostrożność u pacjentów z chorobami układu oddechowego i ostrymi zaburzeniami oddechowymi w wywiadzie. Tabletki Ipidacrine hydrochloride Grindeks zawierają laktozę. Pacjenci z rzadkimi dziedzicznymi problemami związanymi z nietolerancją galaktozy, całkowitym niedoborem laktozy lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy nie powinni przyjmować tego produktu leczniczego.

Działania niepożądane Możliwe są działania niepożądane związane z pobudzeniem M-cholinoreceptorów. Działania niepożądane uszeregowano według klasyfikacji układów narządów i częstości występowania MedDRA: bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$), niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$), rzadko ($\geq 1/10000$ do $< 1/1000$), bardzo rzadko ($< 1/10000$), często nieznaną (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia układu immunologicznego** **Częstość nieznaną**: reakcja nadwrażliwości (w tym alergiczne zapalenie skóry, wstrząs anafilaktyczny, astma, toksyczna nekroza naskórka, rumień, pokrzywka, świszczący oddech, obrzęk krtani). **Zaburzenia układu nerwowego** **Niezbyt często**: zawroty głowy, ból głowy, senność (przy stosowaniu dużych dawek). **Zaburzenia serca** **Często**: kotanie serca, bradykardia. **Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia** **Niezbyt często**: zwiększenie wydzielania oskrzelowego. **Zaburzenia żołądka i jelit** **Często**: ślinotok, nudności. **Niezbyt często**: wymioty (przy stosowaniu dużych dawek). **Rzadko**: biegunka, ból w nadbrzuszu. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej** **Często**: nadmierna potliwość. **Niezbyt często**: objawy alergii skórnej (świąd, wysypka) (przy stosowaniu dużych dawek). **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej** **Niezbyt często**: skurcze mięśni (przy stosowaniu dużych dawek). **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania** **Niezbyt często**: osłabienie (przy stosowaniu dużych dawek). **Ślinotok i bradykardia** można zmniejszyć stosując środki przeciwocholinergiczne (np. atropinę). W przypadku wystąpienia działań niepożądanych należy zmniejszyć dawkę lub przerwać leczenie na krótki okres (1 do 2 dni). **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 Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49-21-301, faks: + 48 22 49-21-309, strona internetowa: <https://smz.uzdrowie.gov.pl>. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu.

Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu AS GRINDEKS, Krustpils iela 53, Rīga, LV-1057, Łotwa. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji**: Tabletki 20mg: 27458; Roztwór do wstrzykiwań 5 mg/mL: 27459; Roztwór do wstrzykiwań 15 mg/mL: 27460. **Kategoria dostępności**: Rp. – lek wydawany na receptę.

Reklama prowadzona na zlecenie podmiotu odpowiedzialnego przez Grindeks Kalceks Polska Sp. z o.o., ul. Wiktoria Wiedeńskiej 9A lok.62, 02-954 Warszawa, adres e-mail: poland@grindeks.pl.

Złoty sponsor:



Srebrny sponsor:



Brązowi sponsorzy:



Grindex



Sponsorzy:



Diagnostyka+



ZENTIVA