

Bonus až 100 000 Kč na nový vůz

V rámci programu péče o firemní zákazníky Vám společnost Hyundai Motor Czech s.r.o. představuje **Hyundai Fleet Program**, který nabízí zdravotnickým zařízením, lékařům, lékárníkům a profesionálům působícím ve zdravotnictví při nákupu nových vozů Hyundai zajímavé výhody a služby s přihlednutím k jejich konkrétním potřebám.

Program výhod:

- **cenové zvýhodnění při koupi nového vozu**
- **individuální nabídka financování vozů (zajištění financování nákupu nových vozů formou finančního leasingu, spotřebitelského úvěru nebo operativního leasingu)**
- **široké prodejní a servisní zázemí v síti prodejců Hyundai (53 autorizovaných prodejců s certifikací ISO 9001)**
- **poradenství v oblasti vozového parku**
- **individuální přístup**

Cílem našeho programu je nabídnout Vám takové řešení, které uspokojí Vaše individuální požadavky a zajistí ekonomický provoz Vašich vozů.

Odbornou konzultaci Vám poskytneme a detailní nabídku připraví kterýkoliv z 53 autorizovaných prodejců Hyundai nebo nás kontaktujte přímo:

Hyundai Motor Czech s.r.o.
Radomír Němeček
Fleet Manager
tel.: +420 251 025 319
e-mail: fleet@hyundai.cz
www.hyundai.cz

Interview s klinickým onkologem MUDr. Dimkou Sixtovou o epidemiologii, diagnostice a léčbě bronchogenního karcinomu

Paní doktorko, na vašem pracovišti (Pneumologická klinika 1. LF UK a FTNsP) se denně se setkáváte s pacienty trpícími zhoubným nádorem plic a přilehlých tkání. Jakými čísly byste vyjádřila situaci ve výskytu bronchogenního karcinomu a jak se liší incidence v mužské a ženské části populace?

Bronchogenní karcinom je celosvětově onkologickým problémem číslo jedna a řadí se k malignitám s nejvyšší mortalitou u nás i ve světě. Každý rok je v České republice diagnostikováno přes 6000 nových případů a 3500 mužů a 1500 žen na plicní nádory umírá; na celém světě je příčinou smrti u více než 1 milionu lidí. V incidenci a mortalitě ve světovém měřítku zaujímá ČR 9. (resp. 8.) místo u mužů a 24. (resp. 18.) místo u žen. Statisticky je bronchogenní karcinom v ČR tč. třetím nejčastějším nádorem u mužů a pátým nejčastějším u žen; celkově představuje 9,6% zhoubných nádorů v ČR. Muži představují téměř 76% nemocných a jsou tímto nádorem postižováni 3,3krát častěji než ženy. Přesto, že je u nás incidence rakoviny plic dlouhodobě stabilní, v posledních letech se mění poměr výskytu u mužského pohlaví v neprospěch pohlaví ženského (z původního 7:1 před cca 20 lety až k poměru 3:1, v Praze již 2:1). Varujícím je nárůst incidence (až třikrát) u žen, často nekuřáček. Karcinom plic je multifaktoriální a velmi agresivní onemocnění, prevalence však neroste vzhledem k vysoké mortalitě tak významně jako u ostatních častých onkologických diagnóz (karcinom prsu, kolorekta apod.). Konvergentní trend inci-

dence a úmrtnosti mužů a žen bude patrně přetrvávat i nadále a rozdíl mezi pohlavími se bude zřejmě zmenšovat. **Hospodářskou úroveň a dostupností informací se řadíme k tzv. vyspělému světu, přesto velká část z nás přehlíží některé varovné příznaky. Je na tom Česká republika, co se včasného záchytu a léčby týče, v porovnání s jinými zeměmi lépe nebo hůře?**

Vzhledem k tomu, že v České republice bylo zrušeno povinné snímkování ze štitu, bývá záchyt časného stadia (st. I a II) bronchogenního karcinomu dílem náhody. V současnosti neexistuje žádné spolehlivé screeningové vyšetření zhoubného nádoru plic. Přesná příčina onemocnění není známa, avšak kouření tabáku se na této diagnóze podílí až z 90%; genetické predispozice se odhadují na 8–15%. Smutným faktem zůstává, že až 75% nemocných přichází s již lokálně pokročilým (st. III B) nebo metastázujícím nálezem (st. IV). Pouze 11–12% pacientů v ČR je schopno podstoupit resekci plic, kde naděje na vyléčení je vysoká.

Jediným preventivním doporučením je absolutní zákaz kouření. Proto je třeba především dovést rizikové osoby (tj. kuřáky starší 50 let) ke specialistovi, provést jednoduchá vyšetření (anamnéza, spirometrie, skiagram hrudníku, event. cytologie sputa) a začít s odvykáním závislosti na tabáku.

Proč značný počet nemocných přichází k lékaři již s pokročilým nálezem?

Příčinu vidím mj. v tom, že nejčastější varovný symptom -

kašel – je pacienti-kuřáky často přehlížen, resp. bagatelizován a je mylně pokládán za tzv. „normální“ kuřácký kašel. Další příčinou pozdního záchytu plicní rakoviny je také fakt, že často nemá pacient příznaky žádné, resp. jen nespecifické, jako např. hubnutí, únava, celková slabost, nechutenství.

Které typy bronchogenních nádorů diagnostikujete nejčastěji a jakou terapii můžete nemocnému nabídnout? Co rozhoduje o volbě, modifikaci či kombinaci léčebných postupů?

Podle histopatologie bronchogenní karcinom dělíme na dva typy – malobuněčný typ (20–23% ze všech nádorů plic); ve světě má mírně klesající výskyt a nemalobuněčné typy.

Z nemalobuněčných typů diagnostikujeme nejčastěji epidermoidní (dlaždicobuněčný) typ (v 52–55%), adenokarcinom (ve 30–40%, přibývají), velkobuněčný karcinom (cca 11%) a ostatní nediferencované typy.

Před rozhodnutím o léčbě je zapotřebí znát klinický stav pacienta a pečlivě zhodnotit funkční, resp. výkonnostní stav („PS“, tzv. performance status – tj. také predikovat odpověď pacienta na zvolenou léčbu), morfologickou diagnózu a rozsah nádorového postižení, tedy klinické stadium onemocnění (tzv. TNM klasifikace).

Jaká byla šance na přežití, resp. vyléčení dejme tomu před padesáti a dvaceti lety a jaká je dnes?

Před zavedením chemoterapie do léčby zhoubných nádorů plic byla tato šance prak-

ticky nulová; pacienti nežili déle než tři měsíce od záchytu onemocnění, protože karcinom vedl k rychlé kachektizaci a generalizaci. Přelomem byl rok 1980, kdy se do léčby dostala platina a její deriváty. Ta se používá dodnes, nejčastěji v kombinaci s cytostatiky III. generace (vinorelbin, docetaxel, gemcitabin aj.), jako tzv. I. linie chemoterapie u pokročilých nemalobuněčných karcinomů, příp. v kombinaci s následným nebo souběžným ozařováním. Od 90. let se medián přežívání pohybuje kolem 12 měsíců a až do r. 2008 nebyl překročen.

Bronchogenní karcinomy mají specifickou klasifikaci. Můžete stručně charakterizovat jednotlivá stadia onemocnění?

Od ledna 2010 se zavádí celosvětově nová klasifikace TNM (7. edice), která lépe reflektuje prognózu nemocných s přesnějším stanovením velikosti primárního tumoru (tedy T1–T4), kdy cut-off velikosti tumoru jsou 2–3–5–7 cm. Stadium postižení lymfatických uzlin (Nx – N3) se zatím nemění; mění se však klasifikace metastáz – M. Přesný staging onemocnění zásadním způsobem ovlivňuje léčbu.

Základním léčebným postupem u malobuněčného karcinomu zůstává konvenční chemoterapie (4–6 cyklů). Léčebná odpověď se dostavuje u 80–90% nemocných, bez ohledu na rozsah onemocnění, je však jen dočasná.

Chemoterapie II. linie u malobuněčného karcinomu již není tak účinná jako linie I., většinou jen z 20–30%.

U nemalobuněčného karcinomu ve st. A indikujeme resekční výkon, event. radikální ozaření v případě, že radikální výkon není možný.

Při stadiu IB, IIA, IIB a IIIA opět operace s následnou adjuvantní chemoterapií. Při pokročilejším nálezem (st. IIIB a IV) volíme jen systémovou paliativní chemoterapii a radioterapii. Chemoterapii podáváme jen pacientům s PS 0–1, výjimečně 2.

Do kterých orgánů nejvíce nádory plic a mezihrudí metastázuji? Jaká opatření je třeba udělat, aby se primární nádor pokud možno dále nerozšiřoval?

Plicní nádory metastázuji nejčastěji do jater, nadledvin, mediastinálních a nadklíčkových lymfatických uzlin, skeletu a CNS. Profylaktická opatření zahrnují pooperačně podanou zajišťovací chemoterapii, příp. paliativní ozaření postižených míst.

V jakém léčebném schématu se používá pemetrexed a co byste řekla k jeho přednostem?

Pemetrexed (přípravek ALIMTA) se v ČR dosud používá ve II. linii chemoterapie u pokročilého nemalobuněčného (jiného než dlaždicobuněčného) karcinomu, u kterého došlo k progresi onemocnění po I. linii chemoterapie, za předpokladu, že je pacient v dobrém klinickém stavu (PS je 0–1) a kde nebyla pozorována předchozí významná toxicita chemoterapie. Je obecně velmi dobře snášen a má nízkou toxicitu, lze jej podávat i pacientům starším 70 let; vyžadována je premedikace kortikosteroidem a suplementace vitamínu B₁₂ s kyselinou listovou.

V letošním roce očekáváme v ČR zařazení pemetrexedu do systému úhrad také I. linie chemoterapie v kombinaci s platinou, přičemž studie ukázaly delší medián přežití než 12 měsíců.

Pemetrexed lze aplikovat též jako tzv. udržovací („maintenance“) terapii po předchozích 4 cyklech chemoterapie I. linie, neboť u pacientů s neskvamózní histologií pemetrexed prodloužil celkové přežití na 15,5 měsíce oproti 10,3 měsíce.

A otázka na závěr - v čem vidíte naději pro Vaše pacienty?

Naděje spatřuji zejména v multidisciplinárním přístupu k diagnostice a léčbě zhoubných nádorů plic, dále v personalizované léčbě „šité na míru“. Výzvou do budoucna je především prevence a včasná diagnostika zaměřená na rizikovou populaci kuřáků, pneumoonkologický výzkum s výsledky v podobě náhrady i.v. preparátů za perorální, a tím vyššího komfortu pacientů, a v neposlední řadě výzkum molekulárně-genetický s cílem nalézt prediktivní faktory, které by umožnily co nej přesnější výběr nemocných pro biologickou léčbu.

Rozhovor vedl Robert Jirásek

Farmaceutická společnost Servier

Vás co nejsrdečněji zve na pracovní snídani:

Normoglykémie harmonie pod taktovkou Diaprelu MR

Program pracovní snídaně:

Hypoglykémie
MUDr. Marek Honka, Ph.D.

Farmakologický profil Diaprelu MR
Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA

Pro všechny účastníky bude připraveno občerstvení.

Pracovní snídaně se koná dne **23. 4. 2010** od **7:00** hodin v Luhačovicích, v Městském domě kultury **Elektra – sál Rondo**.



DIAPREL® MR
gliklazid 30 mg



UŽÍVAT A ŽÍT

Zkrácená informace o přípravku Diaprel MR
Název: Diaprel MR. **Složení:** 30 mg gliklazidu v jedné tabletě s řízeným uvolňováním účinné látky. **Indikace:** Diabetes mellitus 2. typu u dospělých pacientů v kombinaci s dietou, pokud dodržování dietního režimu nestačí ke kompenzaci glykémie. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na gliklazid, jiné deriváty sulfonylurey nebo jakoukoli pomocnou látku, diabetes mellitus 1. typu, těžká ledvina, acidóza, diabetické prekómia a kóma, těžké renální nebo jaterní selhání, kombinace s mikonazolem, těhotenství a laktace. **Balení:** 60 tablet, 120 tablet. **Dávkování a způsob podání:** Denní dávka se pohybuje mezi 30 až 120 mg (1–4 tablety) užitými perorálně jedenkrát denně, nejlépe v průběhu snídaně. Počáteční dávka je 30 mg denně, a to i u pacientů nad 65 let, přičemž úprava dávky by měla probíhat postupně po 30 mg podle hodnot glykémie. Jedna denní dávka zajišťuje účinnou kontrolu glykémie. **Interakce:** Danazol, chlormpromazin a glukokortikoidy mohou snížit účinek léku. Hypoglykemická účinnost může být potencionálně podnícena deriváty pyrazolu, salicylátů, fenylbutazonu, sulfonamidy a β-blokátory. **Nežádoucí účinky:** Gastrointestinální potíže (bolesti břicha, nevolnost, zvracení, dyspepsie, průjem a zácpa), ve vzácných případech reverzibilní mukokutánní reakce, výjimečně reverzibilní změny krevního obrazu, vzácně byly zaznamenány poruchy jater a žlučových cest, na počátku léčby se mohou vyskytnout přechodné poruchy zraku (z důvodu změn v hladinách glykémie). **Zvláštní upozornění:** Po podání derivátů sulfonylurey se mohou vyskytnout hypoglykémie. Léčba derivátů sulfonylurey u pacientů s deficitem glukosa-6-fosfátdehydrogenazy může vést k hemolytické anémii. Uplně informace – viz „Souhrn údajů o přípravku“. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je těsněně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Informace o podmínkách úhrady Vám poskytne zástupce společnosti Servier. **Podmínky uchování:** Při teplotě do 30 °C. **Držitel registračního rozhodnutí:** Les Laboratoires Servier, 22, rue Garnier, 92200 Neuilly-sur-Seine, Francie. **Registrační číslo:** 18/469/00-C. **Datum poslední revize textu:** 18. 2. 2009. **Adresa v ČR:** Servier s.r.o., Praha City Center, Klimentůvská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 510, fax: 222 118 501. **www.servier.cz**