

New EU MAGAZINE of MEDICINE



čtvrtletník • ročník 2 • 4/4 • 2007

Téma:

Onkologie/Hematologie



Odborný časopis o evropské medicíně

4/4



od roku 1990

LYŽOVÁNÍ V ALPÁCH
8 dní lyžování s ubytováním
od 1.900,- Kč (konečná cena)

**FRANCIE - RAKOUSKO
ŠVÝCARSKO - ITÁLIE**

224 214 403

777 292 524

Praha 1, Vojtěšská 8

www.betatour.cz

Editorial

Vážené čtenářky;
vážení čtenáři,

dostává se Vám do rukou čtvrté letošní číslo časopisu New EU Magazine of Medicine, které je zaměřeno na onkologická onemocnění. Je věnováno nejen terapii onemocnění samotných, ale také, ve shonu dnešních dní často poněkud opomíjené stránce, psychologické podpoře onkologických pacientů či jejich rodin a přátel a zmírnění některých symptomů souvisejících s podávanou léčbou.

Na tomto místě bych chtěl poděkovat PhDr. Svatavě Barančicové, vedoucí sekce časopisů nakladatelství Portál a Mgr. Pavle Koucké, šéfredaktorce časopisu Psychologie Dnes. Díky jejich vstřícnosti se nám podařilo navázat spolupráci, v jejíž rámci se Vám i na stránkách NEUMM pokusíme přinášet zajímavé pohledy na některá onemocnění a přidružené potíže ze stránky psychologické či z pohledu pacienta.

Prvním plodem této spolupráce je článek Rodino, mám rakovinu, který popisuje pocity a uvádí autentické výpovědi lidí, jimž byla v jednom okamžiku sdělena diagnóza a stali se z nich onkologičtí pacienti. Museli se většinou sami poradit s tím, co a jak udělat, aby si udrželi integritu psychickou a rodinnou. V dalším příspěvku od Prof. MUDr. Zdeňka Dienstbiera, DrSc. se od spolužakladatele Ligy proti rakovině dovíme, jak se tato od svého založení v roce 1991 snaží nejen snížit úmrtnost na maligní onkologická onemocnění pomocí programů nádorové prevence, ale také zlepšit kvalitu života nádorově nemocných.

Jedním ze symptomů, který se ve zvýšené míře objevuje u léčených pacientek s těmito onemocněními je vaginální suchost. O nových možnostech terapie vaginální suchosti přehledně pojednává další článek.

Přeji Vám úspěšné finále roku 2007 bez zbytečných stresů.

Juraj Minárik

Vydavatel:

Medical Press s.r.o.
V Zápolí 1262/28
141 00 Praha 4

Adresa Redakce:

Medical Press, s.r.o., NEUMM
Boženy Němcové 1881/5
120 00 Praha 2
Tel.: 224 240 832
Fax: 224 240 833

Šéfredaktor: MUDr. Juraj Minárik

Manažer marketingu a inzerce: Miroslav Horbas
tel: 731 907 320
e-mail: m.horbas@neumm.cz

Grafická úprava: Martin Něrgeš

Tisk: Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

E-mail redakce: redakce@neumm.cz

Objednávky inzerce: inzerce@neumm.cz

Webové stránky: www.neumm.cz

Zkratka pro citace: NEUMM

Toto číslo vychází: 30.11.2007

Redakční rada

Předseda:	as. MUDr. Martina Olejárová, CSc.
Členové:	Prof. MUDr. Vladimír Bartoš, DrSc. RNDr. Milada Dobiašová, DrSc. Prof. MUDr Andrej Dukát, DrSc. Prof. RNDr. Ing. Stanislav Ďoubal, CSc. Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc. Prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc. Prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc. Prof. MUDr. Alois Martan, DrSc. PharmDr. Ján Mazag MUDr. Eva Medová Prof. MUDr. Václav Monhart, CSc. Prof. MUDr. Ján Murín, CSc. Prof. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc. Doc. MUDr. Něměček, CSc. Prof. MUDr. Igor Riečanský, CSc. Prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc. Prof. MUDr. Švihovec, DrSc. Doc. MUDr. Marek Trněný, CSc. Prof. MUDr. Jiří Vítověc, CSc. Prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc. jun.

Excerpováno v Bibliografia Medica Čechoslovaca

Poradní sbor:

MUDr. Miloš Bareš Doc. RNDr. Petr Klemera, CSc. MUDr. Richard Kobza MUDr. Silva Kobzová MUDr. Astrid Matějková MUDr. Ivo Minárik MUDr. Aleš Omáčka MUDr. Petr Smejkal
--

ISSN:

1802-1298, MK ČR: E 15522

Distribuce:

Casus Direct Mail a.s., Žilinská 5, 141 00, Praha 41

6 EURO TERAPIE

Daniela Kramulová

Rodino, mám rakovinu**10 EURO PACIENTI**

Prof. MUDr. Zdeněk Dienstbier, DrSc.

Liga proti rakovině**13 EURO REVIEW**

MUDr. Juraj Minárik

Chronická vaginální suchost u onkologických pacientek**17 EURO MEDIKAMENTY**

MUDr. Jiří Slíva

Záhadné „maby“ „niby“ a „miby“**21 EURO TISKOVÁ ZPRÁVA****NovoSeven® (rekombinantní faktor VIIa) byl uveden jako jednorázová dávka pro pacienty s hemofilií A anebo B s inhibitory****23 EURO TISKOVÁ ZPRÁVA****Tisková zpráva - ECCO, Barcelona, září 2007****Klinické studie potvrzující účinnost cílené biologické léčby v onkologii****27 EURO FARMAKOEKONOMIKA**

MUDr. Juraj Minárik

Vakcinace proti HPV z pohledu farmakoekonomiky.**31 EURO SCREENING****KRITÉRIA A PODMÍNKY PROGRAMU PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA V ČR****33 EURO MEDIKAMENTY**

MUDr. Jiří Slíva

Eligard – profil přípravku**35 EURO POHLED DO ASIE**

MUDr. Jiří Slíva a Vladimíra Šebková

Není nemocnice jako nemocnice**37 EURO FILATROPIE****Filantropie v Čechách****39 EURO INTERVIEW****Rozhovor s MUDr. Tomášem Nádvorníkem, MBA, ředitelem společnosti Cegedim Dendrite****41 EURO EDUKACE**

PaedDr. Ladislav Havlík

Rozvoj dovedností zaměstnanců farmaceutických společností a kultivace jejich vztahů s lékaři II.**44 EURO POHLED NA SLOVENSKO**

MUDr. Bernadetta Janurová

Rozmaznané baktérie!**Rodino, mám rakovinu**

Daniela Kramulová

Nemocný často tuší, přesto do poslední chvíle doufá, že testy vyjdou negativní. Někdy diagnóza zasáhne jako blesk z čistého nebe. Co všechno se v prvních chvílích v člověku děje, záleží do značné míry na individuálním psychickém nastavení jeho osobnosti. „Šok, deprese, agrese, otázky proč zrovna já, smíření. Ale ty fáze probíhají u každého jinak, ne vždy v tomto pořadí a v různé intenzitě,“ říká psychiatrička Henrieta Tondlová.

Chronická vaginální suchost u onkologických pacientek.

MUDr. Juraj Minárik

Chronická vaginální suchost (VS) se definuje jako dlouhodobý pokles přirozené vlhkosti ve vagíně. Podle doporučení Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SCOG) má pravidelné používání vaginálních zvlhčovačů na výskyt urogenitálních symptomů (pálení, svědění, dráždění, dyspareunia) srovnatelnou účinnost s lokální aplikací estrogenů a mělo by být nabídnuto ženám, které se nepřejí anebo nemůžou používat přípravky obsahující hormony např. pro přítomnost estrogen-dependentního tumoru prsní žlázy, dělohy nebo pochvy.

Záhadné „maby“ „niby“ a „miby“

MUDr. Jiří Slíva

Je tomu teprve několik let, kdy běžnou klinickou praxí začaly být terapeuticky využívány monoklonální protilátky (např. rituximab), inhibitory tyrosinkináz (např. imatinib) či nejnověji inhibitory proteazomu, a pro ne zcela zasvěceného člověka, byť třeba i lékaře, začíná být naneyvý obtížné se ve změti různých přípravků těchto lékových skupin vůbec orientovat. Společně se tedy podívejme alespoň na jejich základní charakteristiky ve smyslu mechanismů účinku a schválených léčebných indikací.

NovoSeven® (rekombinantní faktor VIIa) byl uveden jako jednorázová dávka pro pacienty s hemofilií A anebo B s inhibitory

Novo Nordisk oznámil, že NovoSeven®, jediný rekombinantní aktivovaný faktor VII dostupný pro léčbu krvácivých epizod u lidí s hemofilií s inhibitory je nyní dostupný v České republice jako jednorázová dávka o síle 270 µg/kg. NovoSeven® zastavuje krvácení u více než 90% případů jedinou dávkou.

Klinické studie potvrzují účinnost cílené biologické léčby v onkologii

Nové studie (CAIRO, CRYSTAL, EPIC), které sledovaly přes tisíc pacientů s kolorektálním karcinomem s metastázami, potvrdily, že léčebný režim, jenž kromě standardní terapie zahrnoval i biologickou léčbu monoklonální protilátkou cetuximab (Erbitux), potlačuje progresi onemocnění u nově diagnostikovaných (a zatím neléčených) pacientů lépe než samotná standardní onkologická léčba (chemoterapie).

Vakcinace proti HPV z pohledu farmakoekonomiky.

MUDr. Juraj Minárik

Každým rokem se v ČR registruje okolo 1100 nových případů rakoviny děložního čípku. Náklady jsou spojeny se screeningem, léčbou a dispenzarizací pacientek. Na základě farmakoekonomicických modelů mohou být preventivní vakcíny Cervarix a Silgard spolu s dobře organizovaným screeningem nákladově efektivním prostředkem pro prevenci a snížení nákladnosti prevence a léčby rakoviny děložního čípku v ČR.

KRITÉRIA A PODMÍNKY PROGRAMU PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA V ČR

Ministerstvo zdravotnictví ve svém věstníku (částka 7/2007) uveřejnilo nová kritéria pro screening karcinomu děložního hrdla a zároveň zrušilo metodické opatření č. 9: Kritéria a podmínky programu pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR uveřejněné ve Věstníku MZ částka 9/2005.

Eligard – profil přípravku

MUDr. Jiří Slíva

Přípravek Eligard (leuprorelin acetát) je syntetický nonapeptidový agonista pirozeně vznikajícího gonadoliberinu (GnRH), jenž při trvalém podávání vyvolává inhibici hypofyzární sekrece gonadotropinu a potlačuje tvorbu steroidů ve varlatech. Je indikovaný v léčbě pokročilého hormonálně dependentního karcinomu prostaty. U diabetických pacientů se doporučuje pečlivější sledování z důvodu možného ovlivnění metabolismu glukózy.

Není nemocnice jako nemocnice

Jednou z hlavních zásad správného provozování džinismu je praktikování nenásilí (ahinsá), jehož projevem je respektování veškerého života, tedy nejenom lidí, ale i zvířat či rostlin. Někteří mniší mají přes ústa pruh látky, jiní před sebou při chůzi nebo před usednutím zametají jen proto, aby neusmrtili ani toho nejmenšího tvora. Všichni džinisté jsou vegetariáni. Tato láska k živým tvůrům je i důvodem zakládání nemocnic pro poraněná či zesláblá zvířata, jakou je právě ptačí nemocnice v sousedství chrámu Digambar Jain, hned naproti slavné Červené pevnosti, která byly slavnostně založena v 50. letech minulého století.

Rozhovor s MUDr. Tomášem Nádvorníkem, MBA, ředitelem společnosti Cegedim Dendrite

Společnost Cegedim je součástí Českého farmaceutického trhu již od roku

1998. Od té doby si vybudovala silné postavení a je známa mezi lékaři i farmaceutickými společnostmi. Velmi významnou událostí tohoto roku bylo pro společnost Cegedim spojení se společností Dendrite. Zeptali jsme se proto jejího ředitele, MUDr. Tomáše Nádvorníka, MBA. na několik otázek.

Rozvoj dovedností zaměstnanců farmaceutických společností a kultivace jejich vztahů s lékaři II.

PaedDr. Ladislav Havlík

V minulém čísle jsme uvedli v jakých profesních dovednostech je možné se rozvíjet na pozicích farmaceutických reprezentantů. Efektivita výkonu každé firmy závisí i na efektivitě práce jejích vedoucích pracovníků a tedy na rozvoji jejich dovedností.

ROZMAZNANÉ BAKTÉRIE!

MUDr. Bernadetta Janurová

Pred viac než dvadsiatimi rokmi sa robil na Slovensku celoštátny výskum, pre ktorý bolo treba zachytiť baktérie, ktoré rastú v laboratóriach iba na pôde obsahujúcej pomerne veľké množstvo čistého špirusu. Náš okresný výskum sa pravidelne sledoval a priebežne vyhodnocoval na krajských poradách v Banskej Bystrici. Konečne na tretí krát po dvoch absenciach prišiel na poradu lekár z posledného trinásteho okresu. Čuduj sa svete! Išli sme si oči vyočiť nad jeho prácou a šokujúcimi výsledkami.

Chcete se podělit s lékaři a lékárníky o neaktuálnější novinky?

Chcete zviditelnit váš produkt?

Chcete samostatný reprint?

Počítejte s časopisem NEUMM v roce 2008 již ted!

Na následující období připravujeme tato téma:

Mediaplán časopisu NEUMM pro ročník 2008 až 2009

Číslo vydání	Měsíc vydání	Hlavní tématické celky
1/2008	únor	Kardiologie
		Diabetes
2/2008	květen	Urologie
		Gyniologie
		Plastická chirurgie
3/2008	září	Psychiatrie
		Neurologie
4/2008	říjen	Revmatologie
		Osteologie
1/2009	únor	Pneumologie
		Alergologie
2/2009	květen	Gastroenterologie
		Endokrinologie
3/2009	září	ORL
		Infektiologie
		Alergologie
		Pneumologie

Kontaktejte nás prosím na adresě:

MEDICAL PRESS s.r.o.

New EU Magazine of Medicine

Boženy Němcové 1881/5 12 00 Praha 2

Tel: 224 240 832

Fax: 224 240 833

e-mail: info@neumm.cz

www.neumm.cz

Rodino, mám rakovinu

PhDr. Daniela Kramulová

Snad každý zná ve svém okolí někoho, kdo má za sebou onkologickou léčbu, nebo zná příbuzné či blízkého kamaráda takového člověka. Medicína od 80. let minulého století skutečně slaví v léčbě rakoviny významné úspěchy a vyléčených přibývá – nejvyšší čas obrátit pozornost k pomoci a podpoře, kterou nemocní a jejich rodiny v těžkém období potřebují.

Při zrodu onkologie ve druhé polovině minulého století se u nás rozšířila praxe sdělovat závažnou diagnózu nejprve příbuzným pacienta. Nestor českých onkologů a předseda Ligy proti rakovině Zdeněk Dienstbier jednoznačně zastává názor, že člověk má právo vědět od začátku pravdu. V posledních letech se ji zpravidla také dozvídá jako první.

„Posadili mě na sesternu, protože po té, co šestatřicetileté ženě sdělili: Je to vážné, jdete pozdě, bylo hloupé nechat mě sedět v čekárně plné pacientů,“ vzpomíná Pavla Tichá. Lékařka nastínila vážnost situace, postup léčby a na otázku: Jak to – vždyť jsem nikdy nestonala?, jí odpověděla, že svým způsobem není divu, neboť je typický depresivní typ, což s sebou nese vyšší riziko onemocnění. „Teď hlavně budte v pohodě,“ povzbudila ji nakonec.

Pravda natvrdo

Nemocný často tuší, přesto do poslední chvíle doufá, že testy vyjdou negativní. Někdy diagnóza zasáhne jako blesk z čistého nebe, například paní Zdeně diagnostikovali plicní nádor při rutinním předoperačním vyšetření. Co všechno se v prvních chvílích v člověku děje, záleží do značné míry na individuálním psychickém nastavení jeho osobnosti. „Šok, deprese, agrese, otázky proč zrovna já, smíření. Ale ty fáze probíhají u každého jinak, ne vždy v tomto pořadí a v různé intenzitě,“ říká psychiatřka Henrieta Tondlová, která se pětadvacet let věnuje individuální i rodinné terapii onkologických pacientů. Jisté však je, že člověk potřebuje psychickou podporu a pomoc, nejlépe hned ve fázi šoku.

Pavla Tichá měla v tomto směru štěstí. Čtyři roky totiž chodila na psychoterapii a v den, kdy se dozvěděla, že má rakovinu prsu, byla shodou okolností objednaná i ke svému terapeutovi. „Poprvé jsem si nebrala servítky, brečela jsem, vynadala jsem mu, že ty čtyři roky snažení byly úplně nanic, když teď umřu.“ Terapeut mlčel, nechal ji vypovídat. „Kdo tuhle možnost nemá, všechnen vztek a zoufalství vylije na své nejbližší, nebo – ještě hůř – ukryje v sobě,“ říká Pavla.

Většina nemocných v první chvíli neví, kde pomoc hledat. Podle Henriety Tondové by bylo ideální, kdyby psycholog či psychoterapeut byl přímo součástí onkologického týmu a pacient měl možnost hovořit s ním třeba okamžitě. Tak začínala na klinice před více než dvaceti lety. Dnes spolu s psycholožkou jednou týdně dojíždí na onkologii IOR Na Pleši, spolupracuje s pražskou VFN. Běžná praxe to ovšem v tuzemsku rozhodně není. Mezi lékaři poměrně rozšířený názor, že doktor je vlastně amatérský psycholog, zastává i Zdeněk Dienstbier: „Doktor musí pochopit, s kým má tu čest. Někomu to

můžete říci natvrdo, jiného si musíte vyloženě připravit a pravdu podávat zaobaleně.“

Onkologové nechtějí o jiném typu léčby ani slyšet a většinou reagují dost podrážděně. Pacient se pak cítí jako žáček v první třídě a bojí se na cokoli zeptat, aby si lékaře nerozlobil.

Jenže lékaři nemívají na takové „dávkování pravdy“ čas, chuť, energii, často chybí i vhodné místo. „Zdravotníci sami většinou nevěnují komunikaci s nemocnými příliš pozornosti. Převažující zaměření moderní medicíny na fyzikální a chemické prostředky léčby vedou k odosobnění vztahu lékař–pacient a k opomíjení letité zkušenosti o významu ‚teplého slova‘ v léčení chorob,“ říká Olga Kunertová, vedoucí psychoterapeutického centra, v jehož rámci rozvíjí svoji činnost občanské sdružení Gaudia proti rakovině.

Jen pomalu, postupně a s různou ochotou zprostředkovávají medicínská pracoviště kontakty na odborníky a organizace, které mohou poskytnout psychickou podporu a pomoc.

Terapeut nemusí být nutně vystudovaný psycholog či psychiatr, hlavně to musí být „hotový člověk“ schopný empatického vcítění. Kromě terapeutického výcviku je nejdůležitější „kvalifikaci“ schopnost pracovat se sebou samým, vyrovnat se s faktem vlastní smrtelnosti. K tomu diplom zdaleka nestačí. Často bývají terapeuty i bývalí pacienti, potvrzují Henrieta Tondlová a Pavla Tichá, zakladatelky Amelie, sdružení pro psychosociální pomoc onkologicky i jinak nemocným a jejich blízkým.

Co člověk potřebuje slyšet?

„Nemocný má plně ve svých rukou, jak s informací o svém onemocnění naloží, zda ji příbuzným a přátelům vůbec řekne a pokud ano, tak komu konkrétně,“ říká psycholožka Tereza Soukupová. „Obecně mají lidé spíše potřebu ohrožující skutečnosti s někým sdílet. Sdílení vlastního utrpení s blízkými bývá příležitostí, jak se s trápením vyrovnávat, nést ho a jak dostat od druhých lidí pomoc a podporu.“

Nemocný člověk je často pronásledován přesvědčením, že si své onemocnění něčím zavinil, takže různé psychosomatické interpretace (máte rakovinu, protože jste celý život potlačoval emoce nebo je vaším životním scénářem se obětovat a tak jste si našli další cestu) mu rozhodně nepomohou. „Jsou to jen dehonestující obvinění ve chvíli, kdy nemocný potřebuje řešit starosti, které v souvislosti s onemocněním vystaly,“ vysvětluje Olga Kunertová.

„Kamarádka mi do nemocnice po sdělení diagnózy přinesla láhev cola-coly, kterou normálně ani jedna nepijeme, se slovy: Ted' jsi jako hlavní hrdinka z amerického filmu a tak všechno zvládneš a dobре to dopadne. Byla to úžasná pomoc, dokázaly jsme se spolu podívat na nemoc z nadhledu, dělat si legraci, plánovaly jsme, že se ze mě konečně stane ta éterická bytost, po které mužský touží, protože zhubnu a pořídím s dlouhou blond paruku,“ vypráví Pavla Tichá.

„Přirozeností našeho bytí je dávat událostem významy, díky nim se pak sami situujeme do role hříšníků či hrdinů. Ta druhá je pro pro-

ces uzdravování rozhodně příznivější. Takže rozhovor, který pomáhá nemocným vidět sám sebe jako úctyhodného člověka, schopného překonávat překážky, vypořádávat se s nepřízní osudu - to si myslím, že je většinou to, co nemocní potřebují," doplňuje psychoterapeutka Kunertová.

Partner v těžké roli

Potvrzení diagnózy zhoubného nádoru a následující léčba jsou obrovskou zátěží pro celou rodinu. „Někdy je to pro ty druhé ještě horší. Nemocný má svou rakovinu a svůj boj s ní, jeho blízcí se v té situaci cítí bezmocní,“ soudí Pavla Tichá. Jedna z klientek Amelie si stěžuje: „Najednou máte pocit, že na vás lidí začnou šíšlat. Jsem jen nemocná, nejsem idiot! Kdybych měla chřipku, jednali by se mnou normálně.“

Není-li v kritických chvílích partner oporou, nejednou se k ukončení vztahu odhodlá sám nemocný.

Psycholožka Tereza Soukupová k tomu říká: „Když v rodině necítí vážně nemocný člověk oporu, může se rozhodnout, že o svém onemocnění všechno neřekne. Bývá to tehdy, jsou-li vztahy narušené, když vnímá blízké osoby jako křehké anebo když do nich projíkaje svůj strach, že by situaci neunesly. Důsledkem takového rozhodnutí je vytvoření nebo prohloubení komunikačních bariér, psychická a někdy i sociální izolace.“ Když se vylečí, nese si člověk s sebou životem tuto zkušenosť sám, sám čelí strachu z návratu nemoci, cítí se osamělý, vyřazený ze společnosti.

Stává se, že se nemocný blízkým svěří, a přesto potřebnou podporu nedostane. „Pokud onemocný mladý dospělý, který nemá partnera či je jeho partnerský vztah málo pevný, může se vrátit k psychické závislosti na rodičích a přimknout se k nim,“ vysvětluje Soukupová. Ne každý rodič zvládne strach z nemoci, z prognózy či smrti dítěte. Pokousí-li se situaci bagatelizovat, podporu nemocnému neposkytne. „Anebo se začne chovat hyperprotektivně, a ani po vylečení své dospělé dítě z těsné emocionální vazby nepustí. Tím mu ztěžuje zapojení do života a komplikuje mu navázání partnerského vztahu. Strach z návratu nemoci však může mladého člověka v závislosti na rodiče udržovat a bránit v hledání partnera.“

Pokud není partnerský vztah dostatečně stabilní nebo je teprve v počátcích, může se zdravý partner zaleknout, protože nemoc ohrožuje i jeho představy o budoucnosti. Být v takové situaci oporou je pro něj složité. Léčebné postupy mohou mít vliv například na plodnost člověka, na jeho sexuální funkce, na jeho vzhled, na schopnost pracovat na plný pracovní úvazek a věnovat se dřívějším koníčkům. To všechno může hrát roli.

Opustil mě v nejhorším

V příbězích lidí, od nichž odešel partner, se mnohdy objevují formulace „opustil/a mě v nejhorším“. Doktorka Tondlová se snaží dívat na takové lidi shovívavě: „Často neodcházejí proto, že by přestali mít rádi, ale proto, že nezvládnou sami sebe. Kdyby měli odbornou pomoc, možná by vydrželi.“ Také terapeutka Kunertová je přesvědčena, že rodinní příslušníci potřebují někoho, s kým mohou otevřeně mluvit o tom, jak s nemocným jednat, nakolik jeho chorobu ve vztazích zohledňovat. Podobně jako on se potřebují orientovat, aby mohli zaujmout nějaké stanovisko a pokud možno se chovat přirozeně, být nabízku a zároveň si dovolit mít i vlastní potřeby a přání.

Některým vztahům může dokonce nemoc pomoci – malichernosti, které partnerům dříve otravovaly život, přestanou být důležité. Není-li ovšem v kritických chvílích partner oporou, nejednou se k ukončení vztahu odhodlá sám nemocný. Udržování neuspokojivého vztahu jenom ze soucitu (musím s ní/ním zůstat, když onemocněl) či z vděčnosti (vším se mnou prošel/prošla) není podle psychologů ideálním řešením. Dlouhodobě může dokonce přispívat k pocitům životní nespokojenosti. Stejně jako chronický stres a strach z recidiv onemocnění – bez odborné pomoci patrně časem vyústí do emocionálního stavu podobnému vyhoření. Terapeutická pomoc v takovém případě většinou spočívá v pokusu oddělit rozhodování o vztahu od společenských norem a předsudků spojených s nemocí.

Předčasně v důchodu

Onemocnění rakovinou přináší nemocnému i jeho blízkým nepříjemné pracovní, ekonomické a sociální důsledky. Ztráta společenské prestiže v souvislosti s nemocí nesou podle Henriety Tondlové daleko hůř muži než ženy. Doléhá na ně, že nejsou s to zajistit ekonomické potřeby rodiny. Mladí, ambiciózní muži se hůř vyrovňávají s tím, že by mohli přijít o svou práci. V podobně těžké situaci jsou lidé, kteří vykonávali například fyzicky náročnou práci nebo pracovali ve směnném provozu, protože se v dohledné době k takovému zaměstnání nebudou moci vrátit. S perspektivou návratu se léčba i její nepříjemné účinky snášejí lépe. „Účinná psychosociální pomoc v této oblasti by měla vycházet ze specifik jednotlivých profesně ekonomických skupin,“ tvrdí Tondlová.

Onkologická léčba trvá minimálně půl roku, zpravidla déle. Někteří zaměstnavatelé na svého pracovníka čekají, jiní využijí příležitost a bez skrupulí mu „dají padáka“. Po roce pracovní neschopnosti má nemocný automaticky nárok na invalidní důchod – s ním často přichází pocit společenského vyřazení a nepotřebnosti. Při pobírání invalidního důchodu sice lze pracovat, starší lidé však mají oprávněné obavy, že se na trhu práce podstatně hůř uplatní. „I když po vylečení nemá člověk změněnou pracovní schopnost a lékaři jej považují za zdravého, přesto zaměstnavatelé nedůvěřují jeho výkonnosti a spolehlivosti,“ potvrzuje psycholožka Soukupová.

Nejen v osobních, ale i v pracovních a sociálních problémech dokáže podpořit a prakticky pomoci různá pacientská sdružení (Liga proti rakovině, Klub stomíků, Mamma help, Lymfom help aj.). Vedle sdílení nabízejí sociální poradnu, osvětu, možnosti, jak zajímavě trávit volný čas, případně individuální pomoc při hledání pracovního uplatnění.

Izlé je k něčemu dobré

„Když mě manžel vezl z nemocnice, zůstali jsme stát na semaforu před velkým obchodním centrem a já překvapeně zírala na davy lidí. Nervozita, všichni pobíhali sem a tam, vláčeli balíky – uvědomila jsem si, že je druhá adventní neděle. Najednou jsem těm lidem vůbec nerozuměla a bylo mi jich svým způsobem líto. Přitom Ioni jsem před Vánoci lítal taky tak,“ vzpomíná pětačtyřiciletá Milena.

Zkušenost s přežitím maligního onemocnění s sebou přináší také pozitivní změny, potvrzuje Tereza Soukupová: Podle výzkumných studií mění lidé svůj žebříček hodnot nebo celkový pohled na život a přístup k němu. Často vnímají vylečení z nádorového onemocnění jako druhou šanci a svůj život uspořádávají tak, aby byl naplněn smyslem více než před nemocí. Vděčnost za život může u člověka



vyvolávat také dramatický posun v jeho osobnostním vývoji, především ve spirituální oblasti.

Lidé často vnímají vyléčení z nádorového onemocnění jako druhou šanci a svůj život uspořádávají tak, aby byl naplněn smyslem.

„Výzkumníci se již léta pokouší vytvořit profil člověka, který se vyléčil ze zhoubného onemocnění a má problémy s adaptací na život s touto zkušeností. Zjištění však nejsou jednotná,“ říká Soukupová. Faktory, které mají vliv na zranitelnost (vulnerabilitu) člověka, byly nakonec shrnuty do pěti kategorií: sociální podpora, současný výskyt více nemocí (komorbidita) nebo komplikace zhoubného onemocnění či léčby, ekonomické zdroje, intrapsychické faktory (osobnostní rysy, psychický stav před vypuknutím nemoci) a čas, který uběhl od ukončení léčby.

Systémová psychosociální intervence pro onkologicky nemocné u nás není – a po oficiální zdravotnické linii v dohledné době patrně ani nevznikne. Přesto se ledy díky profesním a pacientským organizacím začínají zvolna hýbat: Sdružení Liga proti rakovině, v němž figurovali vedle onkologických pacientů výhradně lékaři, se začíná orientovat i na spolupráci s psychoterapeuty. Profesní terapeutické sdružení Gaudia proti rakovině připravuje projekt, jehož cílem je zjistit a definovat požadavky pacientů na zdravotní personál a další odborníky a pomoci jim příslušné kontakty a služby získat. „Lékařům a zdravotním sestrám máme v plánu nabídnout vzdělávání a supervize v oblasti vedení rozhovoru s pacienty a jejich blízkými osobami,“ doplňuje vedoucí Gaudie Olga Kunertová. Dlouhodobý projekt, jehož cílem je zajištění dostatečně dostupných psychologických a sociálních služeb v Praze, Olomouci a postupně i v dalších krajích nabízí sdružení Amelie, které rozvíjí i dobrovolnický program v nemocnicích (ve spolupráci s Hestia o.s.). A zmíněné organizace se podporují a vzájemně spolupracují, což v tuzemských poměrech, kde vládne mnohdy naprostě iracionální boj „bohulibých organizací“ o vliv, mediální podporu a o dotace, je nadějná zpráva.

Převzato z časopisu Psychologie dnes č.11/2007, www.portal.cz/pd

Pavla Tichá

zakladatelka sdružení Amelie pro psychosociální pomoc onkologicky i jinak nemocným a jejich blízkým
S alternativou se setká prakticky každý Operace, chemoterapie, ozařování – nebo alternativní postup? Tohle dilema jsem řešila, stejně jako řada dalších onkologických pacientů. Dnes již není problém si na internetu najít odborné informace o úskalích léčby a procentech úspěšnosti a často aniž by nemocný chtěl, se najde někdo, kdo doporučuje hned několik zaručeně dobrých metod či léčitelů. Řekla bych, že to hlavní, co nám pak komplikuje život i léčbu je „válka nervů“.

Mně se to stalo v 36ti letech a prognóza nebyla příliš nadějná. Intuitivně jsem věděla, že je důležité ubránit se zoufalému přebíhání mezi různými metodami, lékaři a léčiteli. Díky okamžité možnosti pohovoru s psychoterapeutem jsem se velmi rychle rohodla: nemoc jsem vziaла jako šanci na „nový život“ a v tu chvíli jsem neřešila, jak bude dlouhý. Přesto jsem se nevyhnula stejným zkušenostem, jako řada dalších pacientů: onkologové nechtějí o jiném typu léčby nebo jejich doplňcích ani slyšet a většinou reagují dost podrážděně. Pacient se pak cítí jako žáček v první třídě a bojí se na cokoli zeptat, aby si lékaře nerozložil. Stalo se mi však také, že mi někteří „alternativci“



hrozili tím, že mě klasická léčba zaručeně zabije. Řekla bych, že ani jedni, ani druzí si neuvědomují, jakému tlaku jsou díky tomu nemocní i jejich blízcí vystaveni.

Je složité hledat cestu, když nás žene strach. Někdy paralyzuje, jindy žene k bezhlavé horečnaté činnosti. To, co všichni hledáme, je naděje, ale té je v této oblasti žalostně málo. Setkala jsem se s řadou báječných lidí na obou stranách, ale také s těmi, kdo svůj vlastní strach formulují do výhrůžek.

Na onkologii chybí prostor a čas na to, aby nemocný mohl svou diagnózu „zažít“, informace, které by nám pomohly se v dosud bohužel oboustranně nepřátelském prostředí orientovat. Jsem moc ráda, že se v poslední době stále více objevuje názor i v odborných kruzích, že psychická stránka je velmi důležitou součástí uzdravení, je to také moje zkušenost.

Ve většině onkologických ordinací dosud není možnost kontaktovat psychoterapeuta, psychiatra a psychologa, který se zaměřuje na tuto problematiku. Možná chybí prostředky, možná slovo rakovina stále iracionálně děší, možná jsou na překážku „stavovské bariéry“, kdo ví. Jenže nemocní potřebují řešit problémy, proti nimž jsou všechny tyto důvody směšné.

Naštěstí se mezi všemi zmínovanými tábory objevují rozumní lidé, kteří říkají, že je načase se domluvit a ulehčit tak život nemocným i jejich rodinám.

Eva Hauserová

spisovatelka a novinářka, pracuje v časopise Marianne. Vážnou nemoc jsem před nikým netajila. Diagnózu jsem se dozvídala postupně a moji blízcí prožívali všechny peripetie se mnou. Všechno začalo domněnkou, že mě asi trápí žlučník, což jsem sdělila své matce skoro potěšeně, protože tohle je naše rodinná tradice. I můj praktický lékař mě žertem uvítal v komunitě žlučníkářů, příznaky byly totiž úplně jasné.



Sonograf a počítačová tomografie ale odhalily něco jiného a hrozivějšího: nádorovité útvary na slinivce, slezině i okolo nich. Lékař mě pobízel ke spěšnému absolvování dalších vyšetření. Vzhledem k tomu, že o pět let dřív můj otec zemřel na rakovinu slinivky, vypadala právě tahle diagnóza docela pravděpodobně. Na internetu jsem si našla, že je to nemoc prakticky s úplnou jistotou smrtelná, zvlášť pokud by byla v tak pokročilém stádiu.

Nic z těchto domněnek jsem netajila matce, příteli ani svým dvěma dospělým synům. Jaké jsem v té chvíli měla emoce? Byla jsem apatická, protože mi už bylo docela hodně špatně a slabu, a říkala jsem si, že až umru, bude mi stejně všechno jedno, takže vlastně o nic nejde. A cítila jsem svým způsobem vděk, že mé děti jsou už soběstačné. Kdyby byly mladší, všechno by to jistě bylo mnohem srdceryvnější.

Moji blízcí přijímali mé zprávy stoicky, matka se mě snažila utěšovat tím, že mému otci (který se dožil 78 let) našli v padesáti letech nějaké cysty, které také nejdřív pokládali za rakovinu. Můj přítel argumentoval, že diagnózu pořád ještě neznám. Převzal za mě ale veškeré domácí práce i přeči o naše dvě kočky. Moji synové na mě byli hravně hodní, vozili mě na nejrůznější vyšetření a chovali se nezloně opotimisticky.

Ani na okamžik mě nenapadlo, že bych jim (ani komukoli ze svých přátel a známých) měla tajit pravý stav věcí. Proč taky? Buděť brzy umru, a pak by nějaké chození kolem horké kaše ničemu nepomohlo, nebo bude konečná diagnóza milosrdnější, nějak se z toho dostanu a všem se nám uleví.

Po několika týdnech nejistoty se ukázalo, že mám léčitelnou formu

lymfomu, a hned první dávka chemoterapie mě zbavila velké části potíží. Od té chvíle jsem věřila, že se můj stav bude už jen zlepšovat, a lidé z mého nejbližšího okolí také nedávali najevu žádné pochybnosti. Ty jsem vycitovala spíš u některých vzdálenějších známých, kteří jako by byli občas překvapení, když mě potkali v nějaké docela všechny životní situaci, třeba jak už zase pracuju, jako by se nechumelilo.

Nevím, cím to je, ale ani v jiných životních situacích nejsem schopná věci zaobalovat, říkat je nepřímo, s úzkostlivými ohledy, nebo před někým tajit něco, nač bychom v hovoru pořád narázeli a já bych to musela nějak rafinovaně obcházet. Nevěřím na horoskopy, ale v tomhle až podivuhodně vychází moje charakteristika Střelce: Střelci totiž nejsou schopni být taktní a v životě si počínají s odpornou přímočarostí.

Petr Grobauer

zakladatel místního sdružení Ligy proti rakovině „Zrnko štěstí“ ve Štětí

Chlapi se s tím perou sami

Od chvíle, kdy jsem začal mít zdravotní problémy, to šlo ráz na ráz, neměl jsem čas dlouze přemýšlet. Pořádně se mnou zamávalo, až když jsem se dozvěděl, že půjdu do plného invalidního důchodu. Většinu života jsem pracoval jako vedoucí prodejny potravin, byl jsem zvyklý být pořád mezi lidmi. Co ted?

Do toho onemocněla rakovinou i manželka. Seděl jsem doma, leccos se mi honilo hlavou. A pak jsem jednou v ústecké nemocnici, kde se žena léčila, objevil letáček Ligy proti rakovině. V Praze, kde jsem se léčil já, jsem žádnou podobnou informaci nedostal.

Zatelefonoval jsem na pražskou centrálu a domluvil se, že založím místní sdružení u nás ve Štětí. Existujeme rok, je nás devatenáct, já jsem jediný muž.

Ženy jsou v pacientských organizacích rozhodně aktivnější, mužům se většinou do sdružování moc nechce. Každý se s tím spíš snaží



nějak poprat a vyrovnat sám, o problémech moc nemluví. Víte, se zdravými se o té nemoci ani mluvit nedá, nerozuměj vám. Sám nakonec vidím, že setkávání lidí s podobnými problémy pomáhá. Získáme i spoustu užitečných informací, například o rekondičních po-bytech, na která jako sdružení můžeme získat sponzorské příspěvky. Zrovna se čtyři naše členky vrátily z desetidenního pobytu v Jan-ských Lázních, za rok prý určitě pojedou zase. Měly k dispozici lékaře, psycholožku, rehabilitační pracovníci.

Velkou starostí lidí, kteří prodělali rakovinou, zvláště těch starších nad padesát, je, když dostanou invalidní důchod třeba jen na rok nebo na dva – jako teď moje žena. Ať už ho mají napořád! Takhle se hrozně stresují, co řekne komise příští rok. Co když jim důchod vez-mou? Kde budou v tom věku hledat práci? Ta nemoc je sama o sobě na psychiku dost náročná, proč lidem ještě přidělávat další starosti?

Kam se obrátit?

Liga proti rakovině

www.lpr.cz

Tel./fax: 224 919 732,

Nádorová telefonní linka: 224 920 935

Amelie, o.s.,

www.programamelie.cz

Linka Amelie: 736 506 912

Gaudia proti rakovině

<http://www.gaudia.org>

Tel: 242 487 327, 606 613 583

Mamma help (sdružení pacientek s rakovinou prsu)

www.mammahelp.cz

Tel: 272 731 000, 272 732 691, 739 632 883



Liga proti rakovině

V roce 1990, po pádu totality, se otevřela možnost vzniku nevládních, neziskových organizací, pomáhajících trpícím spoluobčanům. V Evropě existovala asociace lig proti rakovině – ECL a Mezinárodní unie proti rakovině UICC.

Spolu s MUDr. Evou Sirackou jsme založili Československou Ligu proti rakovině, ze které se vytvořily samostatné národní ligy.

Liga proti rakovině Praha se registrovala na MVČR v roce 1991 jako občanské sdružení. Působí celostátně a hlavním cílem snažení je snížit úmrtnost na maligní onkologická onemocnění. K tomu jsou přizpůsobeny 3 hlavní dlouhodobé programy – nádorová prevence, snaha o zlepšení kvality života nádorově nemocných a podpora onkologické vědy a výuky v ČR.

Členství v Lize je jednak individuální, jednak kolektivní. Kromě 2000 jednotlivců je zaregistrováno 52 samostatných onkologických organizací z ČR.

Mezi nejznámější aktivity Lig patří:

Nádorová telefonní linka (tel. 224 920 935), na které v pracovní dny odpovídají odborní lékaři (onkologové nebo internisté). Je možnost si vyžádat i osobní konzultaci.

Český den proti rakovině (Květinový den) je organizován 2. nebo 3. středu v květnu jako prodej květků měsíčku lékařského a letáků informace o rizikových faktorech. Každoročně se tak dostane do rukou veřejnosti v ČR až 700 000 výtisků.

Týden proti rakovině probíhá v druhém říjnovém týdnu a je spojen s cyklem mediálních vystoupení s osvětovými informacemi o nádorové prevenci.

Liga má každoročně stánek na Pragomedice.

Pro popularizaci akcí i jako poděkování veřejnosti za podporu Ligou jsou každoročně pořádány koncerty v Praze i v krajských městech. S Ligou úzce spolupracuje **Rekondiční onkologické centrum o.p.s.** (tel. 222 726 850). Organizuje rekondiční pobory onkologických pacientů, na které Liga frekventantům připlácí.

Liga nabízí zdarma jednotlivcům i do lékařských ordinací 38 brožur, ať již o nádorové prevenci nebo s informací pro pacienty o jednotlivých nádorových onemocněních. Poslední titul, o který je velký zájem vznikl ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství. Má název „Informovaný pacient“. Jde o devadesátistránkovou publikaci.

Liga je spoluzakladatel **Centra preventivní a následné onkologické péče o.p.s.**, které finančně dotuje (tel. 221 969 310). Jde o nestátní zdravotnické zařízení v nemocnici sv. Alžběty (Praha 2, Na Slupi 6), kde jsou pacientům po objednání poskytovány diagnostické nebo konzultační služby.

Na každoročním vánočním koncertu v Karolinu je předávána finančně dotovaná cena za nejlepší vědeckou publikaci a novinářská cena za soustavnou propagaci nádorové prevence.

Liga každoročně finančně dotuje vybrané výzkumné, vzdělávací projekty nebo pomáhá při přístrojovém dovybavení onkologických center.

Informace mezi členy udržuje kvartálně rozesílaný Zpravodaj.

Během své existence Liga vynaložila na realizaci dlouhodobých programů **120 milionů Kč**. Uspořádala 11 květnových sbírek, během nichž rozdala na 6 milionů preventivních letáků. Vydala a distribuovala na 150 000 brožur, desetitisíce nálepek, plakátů a pohlednic. Přes 15 milionů Kč bylo rozděleno onkologických centrům a na výzkumné projekty nebo nákup investic.

Díky individuálním darům, sbírkám i sponzorským dotacím se daří osvětová výchovná činnost. Zásluhu na tom mají i spolupracující media. Je potěšitelné, že soustavným působením i dalších institucí se začíná projevovat výchovný vliv na veřejnost. Nemocní přicházejí k lékařům s časnějšími stádiemi rakoviny, u mužů klesá počet kuřáků, lidé se zajímají o kvalitní potraviny a bojují s obezitou. U některých nádorů klesá úmrtnost.

Liga proti rakovině Praha se vepsala do povědomí spoluobčanů a především díky každoročnímu prodeji měsíčku lékařského může realizovat náročné programy. Daří se ve stále větší míře i spolupráce s odbornými lékařskými společnostmi a s jednotlivými lékaři. Doufáme, že i farmaceutické firmy, se budou více zajímat a podpoří ligo-vé aktivity.

Prof. MUDr. Zdeněk Dienstbier, DrSc.,

Liga proti rakovině Praha,

Na Truhlářce 100/60

180 00 Praha 8

tel. 224 919 732

číslo konta: 8888 88 8888/0300

lpr@lpr.cz

www.lpr.cz



Liga proti rakovině Praha

informační **revoluce** v ČESKÉ MEDICÍNĚ



www.mednews.cz | lékařský portál
www.pharmnews.cz | lékárnický portál

 **MedNews**
Medical information services

Cicatridina®

Natrium hyaluronicum 5 mg ■ Poševní čípky



**VAGINÁLNÍ
SUCHOST**



- URYCHLENÍ HOJENÍ
- PODPORA REEPITALIZACE
- ZMÍRNĚNÍ SUCHOSTI

vaginální sliznice a děložního čípku

Zkrácená informace o výrobku:

Název: Cicatridina®. **Forma:** Poševní čípky. **Složení:** sodná sůl kyseliny hyaluronové 5 mg, olejový výtažek z pupečníku asijského 60 mg, olejový výtažek z měsičku lékařského 60 mg, olejový výtažek z aloe pravé 60 mg, esenciální olej z čajovníku australského 2 mg. **Indikace:** Doplňkový přípravek při obnově atrofických a dystrofických stavů vaginální sliznice. Napomáhá hojení po porodu, gynékologické chirurgii, při dystrofích po chemoterapii, ionizačním záření, při vysychání sliznice i z důvodu nedostatku estrogenu. **Kontraindikace:** Zjištěná přecitlivost na některou složku tohoto přípravku. **Způsob užití:** 1 čípek večer zasuňte hluboko do pochvy. **Balení:** 10 poševních čípků po 2 g. **Způsob uchovávání:** Pokud možno při teplotě 4–25 °C. Chraňte před světlem a teplem. **Výrobce:** FARMA-DERMA s.r.l. ul. Via dei Bersaglieri 10, 40010 Sala Bolognese (BO), Itálie. **Distributor:** AXONIA, a.s. Obrovského 644/3, 141 00 Praha 4.

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK

Přípravek není vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

AXONIA
derma

Axonia, a.s., Obrovského 644/3, 141 00 Praha 4
www.axonia.cz, www.cicatridina.cz

FD

FARMA - DERMA

FARMA-DERMA s.r.l., Itálie

0102017/7

Chronická vaginální suchost u onkologických pacientek.

MUDr. Juraj Minárik

Chronická vaginální suchost (VS) se definuje jako dlouhodobý pokles přirozené vlhkosti ve vagíně a projevuje se především:

Svěděním;
Pálením;
Pocity tlaku;
Dyspareunií;
Drobnými krváceními v průběhu pohlavního styku;
Rekurentními vaginálními infekcemi;
Bolestmi při sezení a nošení kalhotek.

Je potřeba odlišovat tuto chronickou VS od občasné vaginální suchosti pozorované při pohlavním styku, kdy není žena dostatečně vzrušená.

Nejčastějším důvodem chronické VS je pokles hladiny estrogenů, který vede k ztenčení vaginální výstelky. Ta se stává méně elastickou a fragilnější. Tento stav se popisuje jako vaginální atrofie. Chronickou VS může vyvolat:

Menopauza/perimenopauza;
Oncologická léčba (radioterapie, hormonální terapie i chemoterapie);
Rekurentní vaginální infekce;
Ovarektomie;
Porod a kojení;
Autoimunitní onemocnění;
Kouření cigaret;
Časté požívání spermicidů;
Používání pesaru;
Léčba antihistaminy, anticholinergiky, antidepressiv apod;
Časté výplachy vagíny.

Oncologická léčba

Pokud se týče onkologické léčby, po terapii je výskyt sexuální dysfunkce u 40-100% pacientů (1). Například až 50% žen s karcinomem prsní žlázy anebo s gynekologickými nádory dlouhodobě trpí nějakou formou sexuální dysfunkce (2,3,4). Nejčastější poruchou v tomto smyslu je u obou pohlaví pokles až ztráta libida, erektilelní dysfunkce u mužů a dyspareunie u žen (3). Ženy pocitují změnu počítků z genitália z důvodu bolesti anebo ztráty citlivosti a klesá jejich schopnost dosáhnout orgasmu. Předčasně selhání ovariálních funkcí v důsledku chemoterapie či radioterapie zaměřené na pánevní oblast je častou příčinou této obtíží zvláště tam, kde je kvůli hormonálně senzitivitě nádoru kontraindikována hormonální substituční terapie (HST).

Navíc se většinou u pacientek s karcinomem prsu projevuje pokles zájmu o sex v souvislosti s nádorem samotným anebo ve spojení s dařími faktory jako únava, strach, stres a deprese. V době rekonvalescence po ablaci prsu musí pacientky znova nabýt fyzické síly a přijmout změněný形象 svého těla. Tato fáze často trvá až 6 měsíců a zlepšení symptomů proto běžně pozorujeme až jeden rok po zátku.

Iescence po ablaci prsu musí pacientky znova nabýt fyzické síly a přijmout změněný image svého těla. Tato fáze často trvá až 6 měsíců a zlepšení symptomů proto běžně pozorujeme až jeden rok po zátku.

a) Hormonální terapie

Léčivé přípravky způsobující pokles hladiny estrogenů či blokující jejich funkce se používají hlavně v léčbě karcinomů prsu pozitivních na estrogenový receptor (ER+), kterých je většina. Léčba analogu LHRH (GnRH) - v ČR je v této indikaci registrován goserelin a leuprorelin - způsobuje předčasnou reverzibilní menopauzu se všemi jejími symptomy včetně VS. Rovněž tamoxifen a inhibitory aromatáz (letrozol-Femara, anastrozol-Arimidex) způsobují vaginální suchost různé intenzity. Návrat menstruace a vymízení menopauzálních symptomů se může dostavit až za několik měsíců po vysazení výše uvedené léčby.

b) Radiační terapie

Každá radioterapie v pánevní oblasti může postihnout přirozenou produkci estrogenu a progesteronu v ováriích a vyvolat tak trvalou předčasnou menopauzu se symptomy VS. Toto riziko se minimalizuje při použití nízkodávkovaných režimů. Navíc například vnitřní radioterapie pro karcinom děložního čípku výrazně postihuje zářením vagínu a hrdlo děložní a způsobuje vaginální suchost, fibrotizaci a zúžení vagíny a snižuje odolnost vaginální výstelky. Všechny tyto změny vyvolávají bolesti, dyspareunii a drobná či větší krvácení z dystrofické sliznice. Zúžení vagíny je možné předcházet aplikací dilatátorů.

c) Chirurgie

Ovarektomie (či hysterektomie s ovarektomií) způsobí náhlou a trvalou menopauzu. Symptomy menopauzy včetně VS se mohou objevit již několik dnů po zátku.

d) Chemoterapie

Některé druhy chemoterapie zastavují produkci estrogenů v ováriích. Tato menopauza je většinou reverzibilní, ačkoliv u žen blízko přirozeného menopauzálního věku již k obnově ovariálních funkcí po ukončení chemoterapie nemusí dojít.

Léčba chronické vaginální suchosti

V léčbě chronické VS u onkologických pacientek, kde HST není doporučena, máme několik možností:

Vaginální lubrikanty
Vaginální zvhlcovače
Vaginální produkty s obsahem estrogenu
Alternativní přístupy
Režimová opatření

Vaginální lubrikanty

Na trhu existuje několik druhů lubrikačních přípravků určených

k aplikaci bezprostředně před pohlavním stykem. Lubrikanty však nemají žádný dlouhodobý terapeutický efekt (12). Použití přípravků na bázi vody či silikonu je vhodnější než použití výrobků na bázi vazelinu, které mohou narušovat latex kondomů a pesarů. Vazelína navíc slouží jako rezervoár mikroorganismů a může tak zvyšovat riziko vaginálních infekcí.

Občasná suchost pochvy při pohlavním styku může být také způsobena nedostatečným vzrušením. Je proto důležité věnovat dostatečnou pozornost předehře. Rovněž jistá pravidelnost v sexuálních aktivitách napomáhá dokonalejšímu zvlhčení.

Kromě vazelinu je vhodné vyhnout se vaginální aplikaci přípravků, které k lubrikačnímu účelu nejsou určeny, jako jsou například:

Ocet, jogurt a jiné výplachy;

Lotio na ruce;

Mýdlo;

Bublinkové koupele a podobně.

Vaginální zvlhčovače

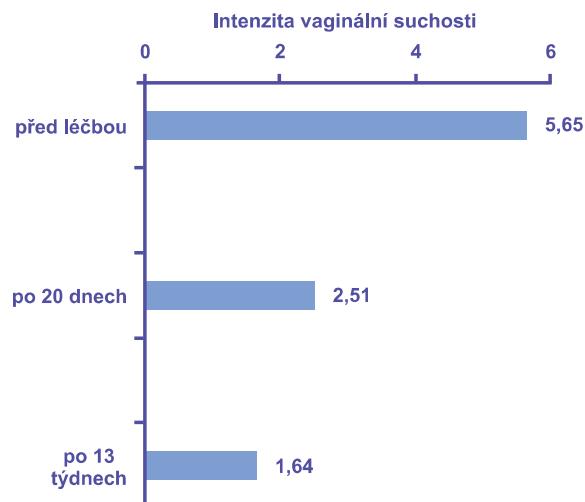
Podle doporučení Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SCOG) má pravidelné používání vaginálních zvlhčovačů na výskyt urogenitálních symptomů (pálení, svědění, drázdění, dyspareunie) srovnatelnou účinnost s lokální aplikací estrogenů a mělo by být nabídnuto ženám, které se nepřejí anebo nemůžou používat přípravky obsahující hormony např. pro přítomnost estrogen-dependentního tumoru prsní žlázy, dělohy nebo pochvy - stupeň doporučení I-A (12).

Novinkou v České republice je Cicatridina® - hyaluronát ve formě poševních čípků. Účinnost Cicatridiny® při odstraňování těchto nepříjemných symptomů byla potvrzena v rakouské prospektivní klinické studii (n = 100) s ženami s karcinomem prsu a vaginální suchostí/atrofií, jež byla indukována hormonální léčbou či chemoterapií (11). V rámci studie byla mimo jiné hodnocena dyspareunie, hydratace, fisury a pocit napětí před zahájením léčby, po 20 dnech a za dalších 10 týdnů. Cicatridina® byla aplikována intravaginálně jednou denně před spaním, po 20 dnech se přešlo na aplikaci 2x za týden. Při všechn třech návštěvách pacientky hodnotily intenzitu symptomů pomocí škály 0–10 – viz. tabulka č. 1. Ve všech sledovaných parametrech došlo k signifikantní úlevě od symptomů ($p < 0,01$). Výraznou a rychlou redukci projevů suchosti vaginální sliznice ukazuje obrázek č. 1.

Tabulka č. 1 Snížení intenzity symptomů v průběhu aplikace Cicatridiny® (signifikance ve všech případech $p < 0,01$)

Symptom	Před léčbou	Po léčbě
dyspareunie	2,87	1,42
bolesti	0,33	0,09
pocit tepla	0,68	0,27
sucho	5,65	1,64
pocit napětí	0,92	0,19
pálení	1,74	0,59
svědění	1,67	0,25
fisury	0,92	0,2
zarudnutí	0,65	0,14
zánět	1,13	0,15

Obrázek č. 1: Rychlá úleva od symptomů suchosti vaginální sliznice při aplikaci Cicatridiny® u pacientek s karcinomem prsu



Příčinou bolestivého pohlavního styku nemusí být ve všech případech pouze vaginalní suchost/atrofie. V některých případech je to vaginalní chirurgie a radiační terapie, které zanechávají na vaginalní stěně jizvy, které omezují její flexibilitu a způsobují pocity napětí a bolest. I v tomto případě je možné využít příznivé působení hyaluronátu na urychlení hojení ran, podporu reepitelizace a redukci jizvení. U pacientek po gynekologickém zákroku na čípku (konizace, kryoterapie, diatermokoagulace apod.) z důvodu nálezu cervikální intraepiteliální neoplazie vedlo podávání Cicatridiny® k výrazně rychlejšímu zhojení operační rány (13).

Vaginální produkty s obsahem estrogenu

K dispozici je několik lokálních preparátů ve formě vaginalních tablet, gelů a krémů s obsahem estrogenu:

Estradiol (Vagifem®, Linoladol N)

Estriol (Gynoflor®, Ortho Gynest®, Ovestin®)

Riziko systémové expozice estrogeny je při lokální léčbě nízké, přesto se malé množství estrogenů dostává do cirkulace a proto jsou tyto preparáty kontraindikované u pacientek s estrogen-dependentními nádory (14).

Schválená SPC vaginálních produktů s obsahem estrogenů mimo jiné zahrnují tyto kontraindikace:

Známá, v anamnéze uváděná nebo suspektní rakovina prsu
Známá nebo suspektní, estrogenně podmíněná maligní neoplazie (např. rakovina endometria)
Přítomnost maligních změn (estrogen-dependentní tumory)
prsní žlázy, dělohy nebo pochvy
Vaginální krvácení nejasné etiologie
Suspektní, nebo manifestní endometrioza.

V případě, že je VS asociována s dalšími symptomy menopauzy je možné uvažovat i o systémové HST s obdobnými kontraindikacemi.

Alternativní přístupy

Alternativní přístupy k léčbě VS jsou například isoflavonoidy, ačkoliv přesvědčivé důkazy o jejich účinnosti chybí.

Produkty obsahující přírodní estrogeny ze sóje snižují hladinu cholesterolu a krevní tlak a mohou také ulevit od mírných flashů v menopauze. Při vaginální suchosti a atrofii však nebyl prokázán žádný benefit. Navíc některé laboratorní studie ukázaly, že sója ve vyšších dávkách může stimulovat růst buněk karcinomu prsu. V nižších dávkách (do 25 g/den) byl naopak pozorován protektivní vliv. Pacientky s karcinomem prsu by proto neměly překračovat tuto dávku.

Režimová opatření

Nejjednodušším způsobem jak zmírnit symptomy VS je dodržovat některá režimová opatření:

Oblékat si volné bavlněné spodní prádlo;
 Vyhnut se těsně přiléhajícím kalhotům;
 Používat neparfémovaná mýdla a přípravky do koupele;
 Neupoužívat mýdlo;
 Používat lubrikované kondomy spolu s lubrikanty/zvlhčovači.

Závěr

Chronická vaginální suchost je častým symptomem u léčených nádorově nemocných pacientek. V současné době je dostupná řada hormonálních i nehormonálních lokálních přípravků k zmírnění obtíží.

Reference

- Derogatis LR, Kourlesis SM: An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. CA Cancer J Clin 31 (1): 46-50, 1981 Jan-Feb.
- Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, et al.: Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 16 (2): 501-14, 1998.
- Schover LR, Montague DK, Lakin MM: Sexual problems. In: De-

Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 1997, pp 2857-2872.

- Andersen BL: Quality of life for women with gynecologic cancer. Curr Opin Obstet Gynecol 7 (1): 69-76, 1995.
- Havenga K, Maas CP, DeRuiter MC, et al.: Avoiding long-term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. Semin Surg Oncol 18 (3): 235-43, 2000 Apr-May.
- Ayton RA, Darling GM, Murkies AL, et al.: A comparative study of safety and efficacy of continuous low dose oestradiol released from a vaginal ring compared with conjugated equine oestrogen vaginal cream in the treatment of postmenopausal urogenital atrophy. Br J Obstet Gynaecol 103 (4): 351-8, 1996.
- Baker VL: Alternatives to oral estrogen replacement. Transdermal patches, percutaneous gels, vaginal creams and rings, implants, other methods of delivery. Obstet Gynecol Clin North Am 21 (2): 271-97, 1994.
- Eriksen B: A randomized, open, parallel-group study on the preventive effect of an estradiol-releasing vaginal ring (Estring) on recurrent urinary tract infections in postmenopausal women. Am J Obstet Gynecol 180 (5): 1072-9, 1999.
- Riou JE, Devlin C, Gelfand MM, et al.: 17beta-estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis. Menopause 7 (3): 156-61, 2000 May-Jun.
- Slíva J. Hyaluronát - známý neznámý. New EU Magazine of Medicine 3/2007.
- Tea M, Priemer V, Kubista E. Aktuelles: Wirksamkeit und Sicherheit von Hyaluron-Säure-Zäpfchen (Cikatridina(R)) bei der Behandlung hormon- oder chemotherapieinduzierter vaginaler Atrophie bei Mammakarzinopatientinnen. Journal für Fertilität und Reproduktion 2006; 16:17-19.
- Johnston SL, Farrell SA. SOGC Clinical Practice guidelines. The detection and management of vaginal atrophy. J Obstet Gynaecol Can 2004;26(5):503-8.
- Boselli F, Vezzani C, Chiossi G. Terapia topica con acido ialuronico dopo trattamento electrotrochirurgico della cervice uterina. La Colposcopia in Italia Anno XVIII; 2:25-28
- SPC přípravků Vagifem a Gynoflor.

Záhadné „maby“, „niby“ a „miby“

MUDr. Jiří Slíva

Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

Je tomu teprve několik let, kdy běžnou klinickou praxí začaly být terapeuticky využívány monoklonální protilátky (např. rituximab), inhibitory tyrosinkináz (např. imatinib) či nejnověji inhibitory proteazomu, a pro ne zcela zasvěceného člověka, byť třebas i lékaře, začíná být nanejvýš obtížné se ve změti různých přípravků těchto lékových skupin vůbec orientovat. Společně se tedy podívejme alespoň na jejich základní charakteristiky ve smyslu mechanismů účinku a schválených léčebných indikací.

Monoklonální protilátky

Monoklonální protilátky jsou v porovnání s inhibitory tyrosinkináz podstatně větší a působí extracelulárně – vazba na specifický antigen integrovaný do plazmatické membrány buňky. Ačkoliv o jejich využití slýcháme v nejrůznějších souvislostech přibližně od poloviny minulého století, jejich nebývalého rozmachu jsme nyní svědky v léčbě celé škály onemocnění. Tato skutečnost je dána potřebou

nejenom účinně léčit danou nosologickou jednotku, ale zároveň též co možná nejfektivněji zabránit rozvoji možných doprovodných nežádoucích účinků, které běžnou chemoterapii obvykle doprovázejí. Problémem, který do jisté míry může limitovat účinnost přípravků s obsahem monoklonálních protilátek, především z hlediska trvání, je tvorba protilátek proti těmto protilátkám, tzv. HAMA (Human AntiMouse Antibodies).

Dělení monoklonálních protilátek

V klinické praxi jsme svědky nebývalého boomu monoklonálních protilátek. Abychom se mezi nimi mohli snadněji orientovat je dobré přihlédnout k jejich původu, na který poukazuje již jejich samotný název.

V současné době je možné klinicky využívané monoklonální protilátky rozdělit do 3 skupin, podle kterých se rovněž určuje i jejich název:

Tabulka 1

Přehled registrovaných monoklonálních protilátek v ČR

Účinná látka	Firemní název	Indikace
<i>adalimumab</i>	Humira	Revmatoidní artritida Psoritická artritida Ankylozující spondylitida
<i>alemtuzumab</i>	Mabcampath	Chronická lymfocytární leukémie
<i>basiliximab</i>	Simulect	Profylaxe orgánové rejekce
<i>bevacizumab</i>	Avastin	Karcinom kolorekta
<i>cetuximab</i>	Erbxitux	Karcinom kolorekta Spinocelulární karcinom hlavy a krku
<i>daklizumab</i>	Zenapax	Profylaxe orgánové rejekce
<i>efalizumab</i>	Raptiva	Psoriáza
<i>ekulizumab</i>	Soliris	Paroxyzmální noční hemoglobinurie
<i>infliximab</i>	Remicade	Revmatoidní artritida Crohnova nemoc Ulcerózní kolitida Ankylozující spondylitida Psoritická artritida Psoriáza
<i>kertolizumab-pegol</i>	Certolizumab Pegol	Crohnova nemoc
<i>natalizumab</i>	Tysabri	Roztroušená skleróza
<i>omalizumab</i>	Xolair	Asthma bronchiale
<i>ranibizumab</i>	Lucentis	Neovaskulární makulární degenerace
<i>rituximab</i>	Mabthera	Non-Hodgkinské lymfomy Revmatoidní artritida
<i>trastuzumab</i>	Herceptin	Karcinom prsu

Poznámka: Na specializovaných pracovištích se můžeme setkat i s řadou ostatních monoklonálních protilátek, jako jsou např. gemtuzumab (Mylotarg), ibritumomab (Zevalin), tositumomab (Bexxar), afelimomab, apolizumab, edrekolomab, epratuzumab, muromomab, panitumumab, ustekinumab aj.

1. *Protilátky připravené na myších, tzv. myší protilátky – vysoká tvorba HAMA; zakončení generického názvu: „-mab“.*
2. *Chimerické protilátky – 60–70 % lidské bílkoviny (tzv. konstantní oblast) + 30–40 % myší protilátky; zakončení generického názvu: „-ximab“.*
3. *Humanizované protilátky – 5–10 % myší protilátky; zakončení generického názvu: „-zumab“ či „-mumab“*

Obvyklým cílem monoklonálních protilátek, respektive cílovou strukturou je specifický antigen, velice často antigen prezentovaný na povrchu krvinek či hematopoetických kmenových buněk – především různé typy tzv. CD antigenů (cluster of definition či cluster of differentiation), které jsou typické pro jednotlivé typy buněk, a to i s ohledem na jejich stupeň diferenciace. Takovýto protilátek se tedy logicky využívá při léčbě hematologických malignit. Nicméně protilátky mohou být namířeny prakticky proti jakémukoliv antigenu – epidermální růstový faktor, EGFR (cetuximab, trastuzumab), tumor nekrotizující faktor, TNF-alfa (infliximab, adalimumab), vaskulární endoteliální růstový faktor, VEGF (bevacizumab), interleukin IL-2 (daklizumab), alfa4-beta1-integrin (natalizumab), komplement C5 (ekulizumab) či IgE (omalizumab).

Pravděpodobně největší část zájmu odborné veřejnosti je v současné době upřena na VEGF, který hraje nepostradatelnou úlohu při novotvorbě krevních i mízních cév. V současnosti je rozlišováno jeho šest základních forem – VEGF-A (běžně označovaný pouze jako VEGF – objeveny byly i jeho isoformy 121, 145, 165, 183, 189 a 206), VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D, VEGF-E a placentární růstový faktor. Účinek veškerých těchto molekul je realizován prostřednictvím receptoru VEGFR-1 (označovaný též jako fms-like tyrosinkináza 1), VEGFR-2 a VEGFR-3 (role tohoto receptoru je nejvyšší při embryonálním vývoji, u dospělých jedinců je důležitý pouze pro lymfangiogenezu). Zmiňovány jsou ještě dva další receptory s krátkými intracelulárními doménami, které působí jako koreceptory – jedná se o neuropilin-1 a neuropilin-2. VEGF a jeho receptory jsou významnou měrou exprimovány u řady nádorových onemocnění (karciomyza zažívacího traktu, mléčné žlázy, močového měchýře, ledvin, endometria, Kaposiho sarkom, ale třeba i von Hippel-Lindauův syndrom), a je proto logické, že látky se schopností ovlivnění přenosu signálu na této úrovni začínají pozvolna pronikat do běžné klinické praxe.

Přestože působení monoklonálních protilátek je topicky velmi specifické, za účelem posílení jejich účinku mohou být kombinovány s radionuklidy či jinou cytotoxickou látkou; hovoříme potom o tzv. konjugovaných monoklonálních protilátkách. Jejich hlavním posláním je co možná nejpřesnější zacílení účinku za současně minimalizace rizika nežádoucích reakcí. V případě navázaného radioligandu je tak maximálně ozářena pouze cílová nádorová buňka, která na svém povrchu exprimuje antigen komplementární podané protilátky.

Inhibitory tyrosinkináz

Inhibitory tyrosinkináz (TKI) jsou malé molekuly, které ovlivňují intracelulární pochody a povětšinou nemusí být striktně selektivní pro danou tyrosinkinázu (proteinkináza A, C, farnesylytransferáza aj.). Obvykle inhibují nebo modifikují nitrobuněčný přenos signálů, čímž ovlivňují genovou transkripcí a nakonec i výsledný fenotyp buňky.

Abychom lépe porozuměli mechanismu účinku těchto látek, podívejme se alespoň na některé z nich poněkud blíže.

Imatinib, jakožto první látka této skupiny uvedená do klinické praxe, velmi účinně omezuje aktivitu bcr-abl tyrosinkinázy, čímž vyvolává apoptózu u bcr-abl pozitivních buněčných linií a s výhodou je tak využíván při léčbě leukémií. Vzhledem ke skutečnosti, že je současně schopen

blokovat i aktivitu tyrosinkinázy pro růstový faktor destiček (PDGF) aj., je nověji využíván i v řadě jiných malignit.

Dasatinib je novější perorálně účinný inhibitor bcr-abl tyrosinkináz a podobně jako imatinib blokuje i některé další proteinkinázy (c-kit, kinázy efrinového (EPH) receptoru a receptoru pro destičkový růstový faktor (PDGF-beta)). Indikován je však prozatím pouze pro léčbu hematologických malignit.

Pegaptanib (pozn. předpona „peg“ znamená pegylovaný, tj. ve vazbě s polyethylenglyolem; v klinické praxi též např. pegfilgrastim, peginterferon apod.) je látka schopná specifické vazby na vaskulární endoteliální růstový faktor (VEGF₁₆₅), který tak inaktivuje. Jelikož je jeho přítomnost nezbytná především pro probíhající angiogenezi a zvýšení vaskulární permeability, je této blokády využíváno právě při patologické neovaskularizaci v oku.

Erlotinib inhibuje receptor typu 1 pro epidermální růstový faktor (EGFR) cestou intracelulární inhibice EGFR-tyrosinkinázy a zabráňuje tak nádorově změněným buňkám v proliferaci a následném metastafování.

Sorafenib i sunitinib působí jako inhibitory mnoha receptorových tyrosinkináz (mezi jinými opět VEGFR či PDGFR a další), které se podílejí na růstu tumoru, patologické angiogenezi a metastatické progresi karcinomu a uplatňují se proto zejména při léčbě nádorů ledvin.

Tabulka 2
Přehled registrovaných inhibitorů kináz v ČR

Účinná látka	Firemní název	Indikace
<i>pegaptanib</i>	Macugen	Neovaskulární makulární degenerace
<i>imatinib</i>	Glivec	Chronická myeloidní leukémie Akutní lymfatická leukémie Myelodysplastický syndrom Hypereosinofilní syndrom Stromální nádory v GIT Dermatofibrosarkom
<i>dasatinib</i>	Sprycel	Chronická myeloidní leukémie Akutní lymfatická leukémie
<i>erlotinib</i>	Tarceva	Nemalobuněčný karcinom plíc
<i>sunitinib</i>	Sutent	Stromální nádory v GIT Karcinom ledvin
<i>sorafenib</i>	Nexavar	Karcinom ledvin

Poznámka: Na specializovaných pracovištích se můžeme setkat i s řadou jiných inhibitorů tyrosinkináz, jako jsou např. cediranib, gefitinib, lopatinib, nilotinib, pazopanib, vandetanib, vatalanib aj.

Inhibitory proteazomu

Tato nová léková skupina je v současné době prezentována pouze jednou molekulou, kterou je bortezomib (Velcade), jehož indikací je léčba progresivního mnogočetného myelomu. Pro pochopení mechanismu působení této molekuly je však třeba alespoň nastínit, co se proteazomem rozumí. Ve své podstatě se jedná o rozsáhlý proteinový komplex, který odbourává ubichitinem označené proteiny (Pozn. ubichitin je malý protein s vysoce konzervovanou sekvencí aminokyselin), čímž se výraznou měrou podílí na udržování homeostázy uvnitř buněk. Jeho inhibice tak zabráňuje cílené proteolyze a ovlivňuje mnogočetnou signalizační kaskádu uvnitř buněk, jejímž konečným výsledkem je odumření nádorových buněk. Inhibice proteazomu je přitom vysoce selektivní a vzhledem k poměrně rychlé disociaci bortezomibu z proteazomu je zřejmý i reverzibilní účinek. Z výsledných účinků je poukazováno na zastavení buněčného cyklu a facilitovanou apoptózu.

NovoSeven® (rekombinantní faktor VIIa)

byl uveden jako jednorázová dávka pro pacienty s hemofilií A anebo B s inhibitory.

NovoSeven® zastavuje krvácení u více než 90% případů jedinou dávkou



Novo Nordisk oznámil, že NovoSeven®, jediný rekombinantní aktivovaný faktor VII dostupný pro léčbu krvácivých epizod u lidí s hemofilií s inhibitory je nyní dostupný v České republice jako jednorázová dávka o síle 270 µg/kg.

Nová léčba jedinou dávkou je pro pacienty pohodlná z důvodu snížení potřeby opakovaných intravenózních infuzí. Minimalizuje tak narušování běžného života pacientů a pomáhá uchovat stav jejich žil.

"Pro praxi znamená schválení jednodávkového režimu NovoSeven® méně času, potřebného k upravování dávek, méně časté narušování denních aktivit a méně obav z injekcí a tím zvýšení kvality života pacientů."

V randomizované, dvojitě slepé, cross-over studii jediná dávka 270 µg/kg NovoSeven® dosáhla zastavení krvácení do 9 hodin u 90,5% epizod ve srovnání s 85,7% epizod s použitím tří dávek po 90 µg/kg.¹ Nový jednodávkový režim nabízí účinnost a bezpečnostní profil srovnatelný s režimem tří dávek po 90 µg/kg.^{1,3} V randomizovaných studiích byla jediná dávka 270 µg/kg dobře tolerována a nebyla spojena s výskytem tromboembolii či jiným závažným nežádoucím účinkem.^{1,2}

"Používání jednodávkového režimu NovoSeven® je významným krokem kupředu, který může pomoci zlepšit kvalitu života lidí s hemofilií s inhibitory. Tento pokrok přivítají ti, kteří se zaobírají terapií hemofilie a ukazuje na neustávající závazek Novo Nordisku vytvářet významný posun v managementu léčby hemofilií s inhibitory."

O NovoSeven®

Faktor VIIa je přirozený protein krevní plasmy, kde hraje nezbytnou úlohu v koagulační kaskádě. NovoSeven® (rekombinantní lidský koagulační faktor VIIa) byl vyvinut společností Novo Nordisk. Je registrován k léčbě krvácivých epizod a pro prevenci krvácení během chirurgie a/nebo invazivních procedur u pacientů s vrozenou hemofilií s inhibitory koagulačních faktorů VIII a IX. Je také

registrován k terapii pacientů se získanou hemofilií a vrozeným deficitem faktoru VII, dvou v Evropě vzácných, ale velmi vážných deficiencí koagulačních faktorů. V Evropě je NovoSeven® dále registrován k léčbě krvácení pacientů s Glanzmannovou trombastenii s protilátkami proti GP IIb-IIIa a/nebo HLA s rezistencí k podání transfúze destiček v současnosti a/nebo v anamnéze.

O Novo Nordisk

Farmaceutická společnost Novo Nordisk je světovým leaderem v oblasti diabetu. Společnost má nejširší portfolio produktů pro diabetes včetně nejpokrokovějších produktů v oblasti dávkovacích systémů inzulinu. Navíc Novo Nordisk drží vedoucí pozici v oblastech jako management hemostázy, terapie růstovým hormonem a hormonální substituční terapie. Novo Nordisk vyrábí a prodává farmaceutické produkty a služby, které přináší významný pokrok pacientům, lékařským profesionálům a společnosti. Spolu se sídlem v Dánsku zaměstnává Novo Nordisk více než 23 600 pracovníků v 79 zemích a nabízí své produkty ve 179 zemích. B akcie Novo Nordisku se obchodují na burze v Kodani a Londýně. Jeho ADR se obchodují na burze v New Yorku pod symbolem 'NVO'. Pro více informací navštivte www.novonordisk.com.

Reference

Kavakli K, Makris M, Zulfikar B, Erhardtzen E, Abrams ZS, Kenet G; NovoSeven® trial (F7HAEM-1510) investigators. Home treatment of haemarthroses using a single dose regimen of recombinant activated factor VII in patients with haemophilia and inhibitors. Thrombosis and Haemostasis 2006;95:600-05.

2 Santagostino E, Mancuso ME, Rocino A, Mancuso G, Scaraggi F, Mannucci PM. A prospective randomized trial of high and standard doses of recombinant factor VIIa for treatment of hemarthroses in haemophiliacs with inhibitors. Journal of Thrombosis and Haemostasis 2006;4:367-73.

3 Key NS, Aledort LM, Beardsley D, Cooper HA, Davignon G, Ewenstein BM, Gilchrist GS, et al. Home treatment of mild to moderate bleeding episodes using recombinant factor VIIa (NovoSeven®) in haemophiliacs with inhibitors. Thrombosis and Haemostasis 1998;80:912-18.

Tisková zpráva

ECCO, Barcelona, září 2007

Klinické studie potvrzují účinnost cílené biologické léčby v onkologii

Na letošním setkání onkologů, které se konalo koncem září v Barceloně po záštítou ECCO (European Cancer Organisation), byla představena nová fakta, která prokázala účinnost biologických léků u nádorových onemocnění. K nejzajímavějším patřily výsledky studií sledující úspěšnost této léčby u pacientů s kolorektálním karcinomem (rakovinou tlustého střeva a konečníku) a zhoubnými nádory hlavy a krku.

Nové studie (CAIRO, CRYSTAL, EPIC), které sledovaly přes tisíc pacientů s **kolorektálním karcinomem** s metastázami, potvrdily, že léčebný režim, jenž kromě standardní terapie zahrnoval i biologickou léčbu monoklonální protilátkou cetuximab (Erbitux), potlačuje progresi onemocnění u nově diagnostikovaných (a zatím neléčených) pacientů lépe než samotná standardní onkologická léčba (chemoterapie).

Použití cetuximabu pozitivně ovlivnilo i výsledek chirurgické léčby, protože obsahuje-li léčebný režim (před operací) i tuto monoklonální protilátku, dochází k zmenšení nádoru až téměř o polovinu (až 46 %), cím je operace usnadněna/umožněna. Taktéž bylo ve studiích prokázáno, že při použití cetuximabu se zvýší procento pacientů, jimž mohly být úplně odstraněny metastázy (chirurgicky), což výrazně prodloužilo dobu života nemocných.

Podobně nadějně výsledky byly pozorovány i u pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem, kteří byli dříve neúspěšně léčeni obvyklou „klasickou“ kombinací onkologických léků a po selhání této léčby dostali navíc cetuximab. U těchto nemocných došlo i k zlepšení kvality života, zmírnění bolestí, nevolnosti a dalších obtěžujících příznaků. Sami pacienti hodnotili svůj stav jako zlepšený v porovnání s předchozí léčbou. Výskyt nežádoucích účinků a snášenlivost léčby byla v obou léčebných režimech podobná.

Nádory hlavy a krku patří k velice obtížně léčitelným chorobám. Použití cetuximabu u nemocných s tímto onkologickým onemocněním společně „klasickou“ chemoterapií prodloužilo život více než pouhá standardní terapie. V případě nádorů hlavy a krku jde o první pokrok v terapii po 35 letech.

Názor odborníka

Podle MUDr. Ivo Kocáka z Masarykova onkologického ústavu představuje cetuximab (Erbitux) zkvalitnění onkologické léčby zejména pokročilé stadia rakoviny tlustého střeva a konečníku. Přestane-li být chemoterapie účinná, dokáže Erbitux po přidání k stávající léčbě nadále zmenšit rozsah tohoto onemocnění. Prodloužení období léčitelnosti se pak může pozitivně odrazit i na prodloužení a kvality života. **Pacienti mohou konzultovat tyto nové léčebné možnosti v 18 vybraných onkologických centrech v České republice.**

Karcinom tlustého střeva a konečníku

Jde o jedno z nejčastějších onkologických onemocnění na celém světě. V Evropě onemocní karcinomem tlustého střeva a konečníku každý rok přes 370 000 lidí, což představuje plných 13 % všech případů rakoviny. Ročně tomuto onemocnění podlehne asi 200 000 osob. V České republice je vyslovena tato diagnóza zhruba u 8 000 lidí ročně, 2 600 pacientů za stejně období zemře.

Zhruba 25 procent všech nemocných přichází k lékaři až ve fázi, kdy jsou vytvořeny metastázy. Pouhých pět procent pacientů trpících metastazujícím kolorektálním karcinomem přežije dobu pěti let.

Kolorektálnímu karcinomu se lidově říká rakovina střev. Šíří se do dalších orgánů – nejčastěji do jater a plic – lymfatickými (mízními) cévami i krví. Tak vznikají metastázy na místech vzdálených od původního ložiska. Karcinomu může předcházet předrakovinné stadium – střevní polypóza, která má genetický podklad.

Příznaky kolorektálního karcinomu jsou nespecifické, a navíc pro neznalost problematiky laickou veřejnosti je riziko tohoto onemocnění podceňováno.

K příznakům patří:

- přítomnost hlenu a krve ve stolici,
- pocit stálého nucení na stolici po vyprázdnění,
- bolest břicha nebo břišní „diskomfort“,
- střídání zácpy a průjmu,
- nevysvětlitelný úbytek hmotnosti,
- extrémní únava,
- útvary (bulky) v břišní dutině.

Rizikové faktory onemocnění

- Věk – přes 90 % případů je diagnostikováno po 50. roce
- Předchozí onemocnění – především střevní polypy, chronická střevní zánětlivá onemocnění (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba)
- Dietní návyky – strava s vysokým obsahem červeného masa a živočišných tuků, nedostatek vlákniny
- Kouření
- Nedostatek pohybu
- Obezita
- Vysoká konzumace alkoholu

Léčba

Léčebná strategie záleží na velikosti nádoru, jeho umístění a pokročilosti onemocnění.

Chirurgická léčba: V současnosti je základem terapie. V časných stadiích je možné odstranit celý nádor, v pokročilejších (za určitých okolností) i metastázy. U pokročilých stadií, kdy je nádor s metastázami tak veliký, že jej nelze odstranit, můžeme podat léky (včetně cetuximabu), které zmenší velikost nádoru i metastáz. Nádor i některé metastázy pak lze lépe odstranit.

Chemoterapie: Užívá se u pacientů před/po chirurgické léčbě. Zabraňuje množení nádorových buněk, předchází opakování choroby. V pokročilých stadiích pak zmenšuje nádor a mírní potíže. Její nevýhodou je to, že ovlivňuje i „zdravé“ nenádorové buňky. Z toho vyplývají časté a někdy vážné nežádoucí příznaky (nechutenství, zvracení, průjem, poruchy krvetvorby a obranyschopnosti organismu a další).

Radioterapie: Užívá se zejména v léčbě karcinomu konečníku jak před, tak po chirurgickém odstranění nádoru. Obvykle se kombinuje s chemoterapií. Zmírňuje příznaky u pacientů s pokročilým metastatickým kolorektálním karcinomem.

Biologická (cílená) léčba

Principem účinku biologické cílené léčby onkologických onemocnění je zamezení růstu nádorových buněk tím, že lék zablokuje určité molekuly (receptory), které „spouštějí“ dělení a růst nádorových buněk, přičemž neovlivňuje zdravé.

Cetuximab (Erbitux) je tzv. monoklonální protilátkou ze skupiny IgG1. To znamená, že všechny molekuly léku mají charakter totožných protilátek, které jsou zaměřeny proti jedné molekule, v tomto případě molekule bílkovinné povahy (receptoru) na povrchu nádorových buněk, která (pokud není protilátkou zablokována) vysílá do nitra buňky pokyny k jejímu růstu a dělení. Tomuto receptoru se říká receptor pro (epidermální) růstový faktor (EGFR, epidermal growth factor receptor). Je charakteristický pouze pro nádorové buňky. Když se cetuximab na zmíněný receptor naváže, nedojde k dělení a růstu nádorové buňky, je zkrácen její životní cyklus. Cetuximab ovlivňuje i růst nádorových cév, čímž vázne i „výživa“ nádoru. Proto se nádor zmenší.

Cetuximab se v klinických studiích ukazuje jako velmi účinný a dobře snášený lék v léčbě onkologických onemocnění (především kolorektálního karcinomu s metastázami). Je možné jej použít jako jediného léku i v kombinaci s obvyklým chemoterapeutickým režimem, a to jak u nově diagnostikovaných pacientů, tak i u těch, u nichž dosavadní chemoterapie selhala.

Cetuximab (Erbitux) je v České republice dostupný od roku 2004. Jeho použití je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Byl použit k léčení již několika stovek českých pacientů a díky této léčbě se podstatně zlepšila jejich kvalita života a délka přežití od stanovení diagnózy.

Nádory hlavy a krku

Těchto nádorů v posledním desetiletí na celém světě dramaticky přibývá, a to zejména u žen. Odhaduje se, že v Evropě se za rok vyskytne kolem 140 000 případů a 65 000 pacientů na tuto chorobu zemře. V současné době činí doba přežití u pacientů s recidivujícím nebo metastazujícím karcinomem hlavy a krku zhruba šest měsíců. V ČR se diagnostikuje asi o 1 150 případů ročně, 650 lidí s tímto onemocněním každý rok zemře.

Karcinom hlavy a krku vzniká (v 90 % případů) z povrchových (epitelálních) buněk jakékoli tkáně nebo orgánu v oblasti hlavy a krku.

Většina karcinomů hlavy a krku se vyskytuje v ústní dutině (43 %), dále v hltanu (33 %) a hrtanu (24 %).

(Do této diagnózy nejsou zahrnutý nádory očí, mozku, uší, štítné žlázy a jícnu.)

Příznaky:

- dlouhodobá bolest v krku,
- dlouhodobý chrapot,
- obtížné žvýkání a polykání,
- přerovávající pocit ucpaného nosu a krvácení z nosu,
- otok krku nebo čelisti,
- bolest v uších,
- bolest v obličeji, horní čelisti,
- neobvyklé bílé nebo červené skvrny v ústech.

Rizikové faktory

- Věk nad 40 let
- Mužské pohlaví (dvakrát častěji se vyskytuje u mužů, ale výskyt u žen je na vzestupu)
- Kouření – u kuřáků cigaret je zvýšený výskyt nádoru v dutině ústní, u kuřáků dýmek na rtech
- Excesivní příjem alkoholu
- Dlouhodobá expozice slunečním paprskům

Léčba

Terapie závisí na pokročilosti a lokalizaci nádoru i celkovém stavu nemocného. Obvykle se kombinuje více léčebných modalit.

Chirurgické řešení

Bývá úspěšné u nádorů, které se nerozšířily do okolí. Kombinuje se s radioterapií (ozařováním).

Radioterapie

Ozařování následuje po chirurgickém odstranění nádoru. Radoterapii lze kombinovat s biologickou léčbou (cetuximabem) i chemoterapií. Kombinace chemoterapie s ozařováním pozitivně ovlivňuje dobu přežití pacienta, ale často je provázena vážnými nežádoucími účinky, bývá špatně snášena. Při selhání účinnosti chemoterapie v kombinaci s radioterapií je další prognóza nemocného špatná, délka přežití obvykle nepřesáhne 3 měsíce.

Cílená biologická léčba

U tohoto onemocnění je zatím ve fázi klinických studií, které však prokázaly, že použití cetuximabu (Erbitux – viz výše), k chemoterapii a/nebo radioterapii výrazně prodlužuje dobu života nemocného. Podmínkou úspěchu je, že se jedná o typ nádoru, jehož buňky mají na svém povrchu receptory pro epidermální růstový faktor.

PLASTICKÉ OPERACE • PSYCHOLOGIE • ZDRAVÍ ŽENY • MEDICÍNA

ESTETIKA

Časopis, který ženám zvedne sebevědomí...

Plníme sny
o krásném těle...

PLASTICKÁ CHIRURGIE PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ ŽENY MEDICÍNA 59 Kč

ESTETIKA

listopad 2007
www.estetika.cz

Nová brada
dá obličeji
lepší výraz

Jak omládnout?
Pečujte o své ruce!

FOTOREPORTÁŽ
Transplantace
vlasů u mužů

Rakovina prsu
z pohledu ženy

LISTOPADOVÉ
ČÍSLO
JINNÍ MNÍ KRÁSA
Ještě lze změnit na ženě



9 771802 040204

PRÁVĚ V PRODEJI

Vakcinace proti HPV z pohledu farmakoeconomiky.

MUDr. Juraj Minárik

Česká farmakoeconomická společnost
Slovenská spoločnosť pre farmakoeconomiku

Abstrakt:

Každým rokem se v ČR registruje okolo 1100 nových případů rakoviny děložního čípku. Náklady jsou spojeny se screeningem, léčbou a dispenzarizací pacientek. Na základě farmakoeconomických modelů mohou být preventivní vakcíny Cervarix a Silgard spolu s dobře organizovaným screeningem nákladově efektivním prostředkem pro prevenci a snížení nákladnosti prevence a léčby rakoviny děložního čípku v ČR.

Klíčová slova: Karcinom děložního čípku, HPV, vakcíny, screening, farmakoeconomika.

Situace v ČR

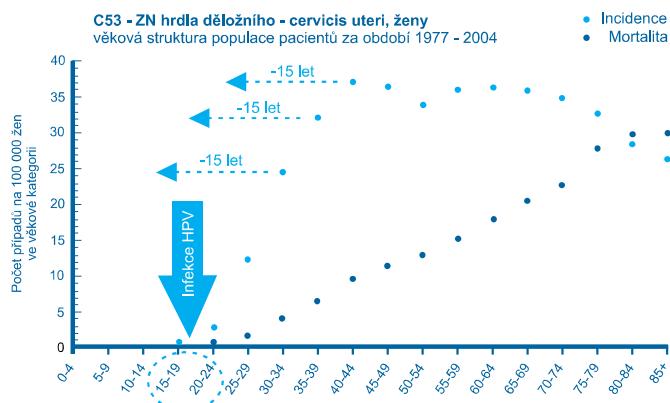
Celosvetově je karcinom děložního čípku (KDČ) druhou nejčastější příčinou úmrtí na zhoubné onemocnění u žen; každoročně jich umírá přibližně 240 000. Odhaduje se, že na celém světě je HPV infikovaných 630 milionů mužů a žen. V Evropě je diagnóza KDČ stanovena ročně přibližně u 33 500 žen a 15 000 ročně na tuto diagnózu umírá, tj. 40 každý den.

ČR patří v rámci EU ke státům s nejvyšším výskytem KDČ. Diagnóza KDČ je stanovena každoročně přibližně u 1100 žen a asi 450 žen ročně na tuto diagnózu umírá.

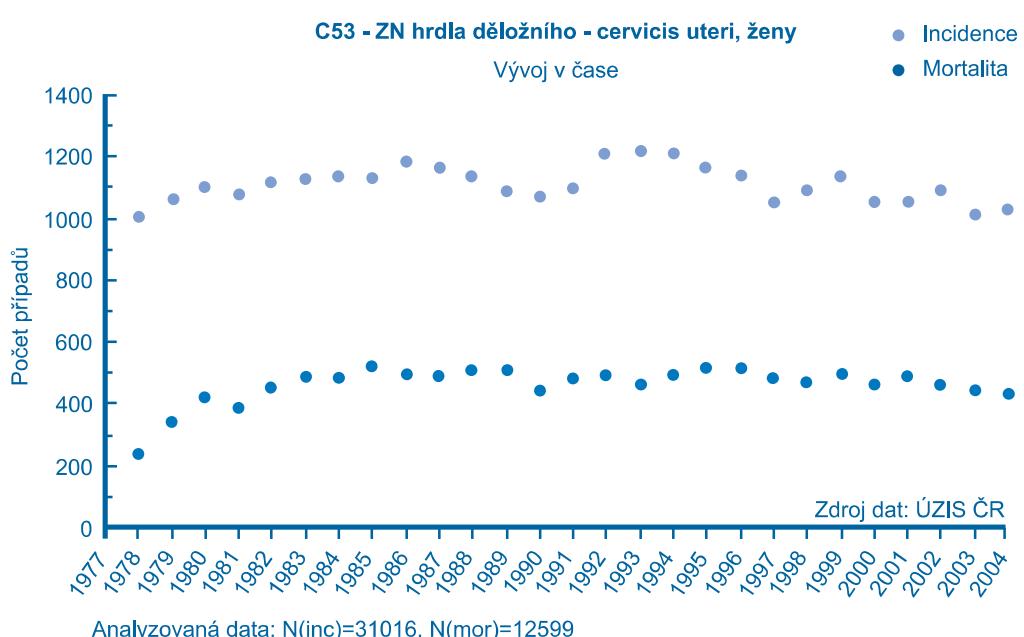
Obrázek 1: Karcinom děložního čípku v ČR- stabilní incidence i mortalita

Jak je vidět na obrázku č. 2, incidence KDČ je nejvyšší u mladých žen kolem 40 roku věku. Vzhledem k tomu, že od infekce HPV ke vzniku zhoubného bujení trvá asi 15 let, lze dovodit, že k infekci dochází již v prvních letech pohlavního života dívek.

Obrázek 2: Karcinom děložního čípku v ČR- incidence a pravděpodobná infekce



V ČR doposud neexistuje centrálně koordinovaný screeningový program pro záchyt KDČ, ačkoliv zkušenosť z Finska (viz níže) přesvědčuje, že dobře koordinovaným systematickým screeningem cervikálních lizí je možné až o 80 % snížit incidenci i mortalitu KDČ. Prvním aktivním pokusem je program publikovaný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví v částce 7/2007 - viz informaci v jiném příspěvku v tomto čísle NEUMM. Každá žena má dnes nárok na preventivní prohlídku

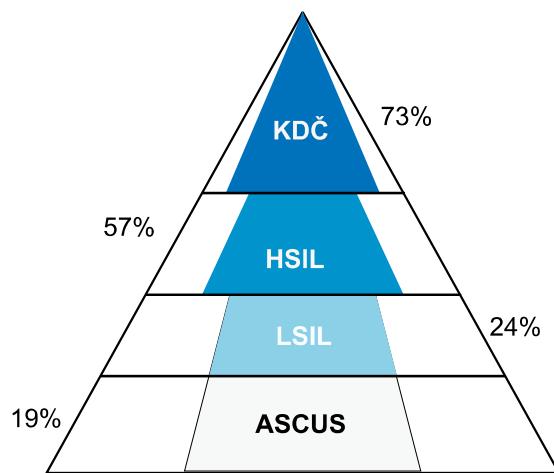


jednou ročně. Tato je hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V jedné věkové kohortě od 18 do 26 let je cca 60 000 dívek, což by představovalo při 100% využití programu náklady za 60 000 vyšetření ročně.

Etiopatogeneze KDČ

Hlavním etiologickým faktorem KDČ jsou lidské papilomaviry (HPV), především typy 16, 18, 31 a 33. HPV DNA je přítomná u více než 99% případů KDČ. V evropské populaci je většina případů KDČ způsobena typy HPV-16 a HPV-18.

Obrázek 3: Přítomnost HPV 16/18 u žen s ASCUS, LSIL, HSIL a KDČ v Evropě



LSIL se označuje také jako CIN 1. CIN 1 spontánně vymizí u 40-65% žen do 6-9 měsíců, až u 70 % žen do 13 měsíců, přetravá u 20 % a zhoršuje se u 14 % žen. Abnormální změny vysokého stupně se označují i jako střední nebo těžká dysplazie CIN 2 a CIN 3, či tzv. carcinoma in situ.

Preventivní vakcíny dostupné v ČR:

a) Cervarix® - bivalentní vakcina proti HPV od společnosti Glaxo-SmithKline chrání před infekcí typy HPV 16 a 18, ale předpokladá se rovněž zkřížená ochrana proti infekcím typům HPV 45 a 31, což jsou 3. a 4. nejčastější typy způsobující KDČ.

HPV typy 16, 18, 45 a 31 jsou celosvětové dohromady zodpovědné za přibližně 80 % KDČ. Adjuvans (pomocné látka) AS04 v Cervarixu® navozuje silnejší a delší imunitní odpověď než konvenční adjuvans použité v Silgardu®. Na rozdíl od Silgardu®, který je produkován v kvasinkami, je tato vakcina produkovaná buňkami hmyzu.

b) Silgard® - kvadrivalentní vakcina proti HPV od společnosti MSD chrání proti onemocněním vyvolávaným HPV typy 6, 11, 16 a 18. HPV typy 16 a 18 jsou příčinou přibližně 70 % případů KDČ, neinvazívnych KDČ (adenokarcinom *in situ* - AIS) a prekanceróz (CIN 3) i vaginálních a vulválních prekanceróz (VIN 2/3 a VaLN 2/3) a jsou zodpovědné za 50 % lézí CIN 2. HPV 6 a 11 způsobují přibližně 90 % případů condylomata accuminata.

Farmakoekonomika

Jeden z nejlepších farmakoekonomických modelů vakcinace proti HPV-16 publikoval Barnabas et al. Ve Finsku poklesl výskyt KDČ z 14,4/100 000 žen v roce 1960 na 3,8/100 000 žen v roce 2000 a to především v rámci důsledně prováděného screeningového programu.

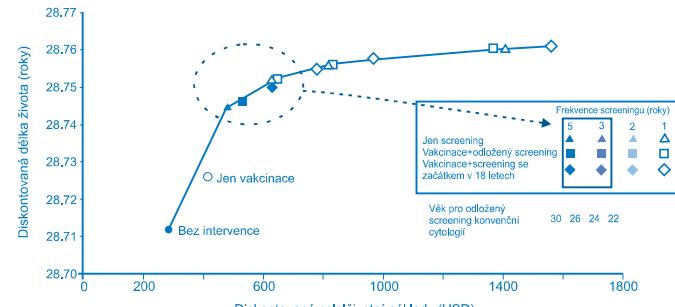
Z analýzy vyplynulo, že vakcinace 90% mužů i žen má srovnatelné výsledky na snížení incidencie KDČ v průběhu následujících desetiletí jako vakcinace 90% dívek před koitarché bez vakcinace mužů (pokles výskytu KDČ o 91%). Analýza také ukázala, že pro maximální efekt vakcinace je potřeba tuto doplnit pravidelným screeningem. Optimální frekvenci screeningu, optimálním věkem zahájení a ukončení screeningu a jeho konkrétní formou sa zabývaly jiné farmakoekonomické modely, ale všeobecně se dá dovodit, že čím častější je screening, tím lepší výsledky na snížení výskytu KDČ.

Pro rozvinuté krajiny doporučuje široké pokrytí populace vakcínou s efektivním dlouhodobým screeningovým programem na detekci změn vyvolaných HPV predevším u nevakcinovaných žen.

Kulasingam a kol. ve své analýze efektivnosti nákladů (cost-effectiveness analysis) použil jako východisko situaci v USA. Do analýzy započítal jako nákladovou položku i cenu tzv. booster injekce. Najvíce nákladově efektivní strategie byly kombinace vakcinace u kohorty 12-letých dívek a cytologického screeningu každé dva roky se začátkem u očkovaných dívek ve věku 24 let. Vakcinace bez screeningu by nákladově efektivní nebyla.

Obrázek 4:

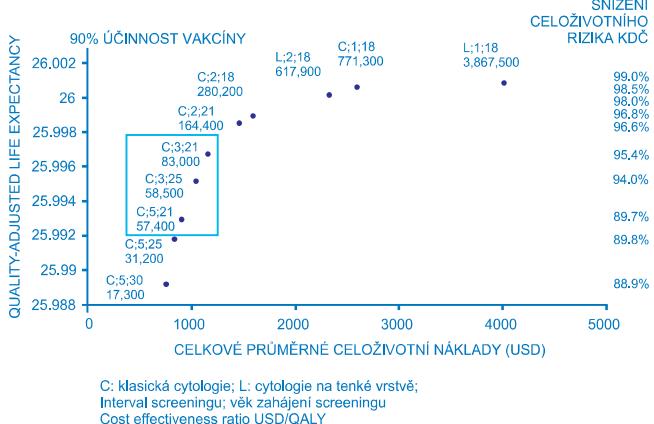
Křivka efektivity při různé frekvenci screeningu v kombinaci anebo bez očkování.



Největší vliv na snížení nákladů měla v souvislosti s vakcinací změna frekvence screeningu z jedné návštěvy ročně na jednu za 2 až 3 roky a také možnost odkladu první screeningové návštěvy z 18. roku věku ženy na 24. rok u očkované populace. Zavádění citlivějších a dražších screeningových metod naopak náklady zvyšuje, predevším v souvislosti s faktorem, že většina epitelálních změn u mladých žen je jen přechodných a výskyt KDČ je u těchto věkových kategorií velmi nízký.

Z analýzy dále vyplývá, že vakcinace proti HPV v kombinaci se screeningem může být nákladově efektivním postupem za podmínky, že vakcina bude již účinná v době najvyššího rizika infekce onkogenými typy HPV. Prioritně tak zostává určit věk, kdy dívky očkovat.

Obrázek 5: Křivka efektivnosti při 90% účinnosti vakciny a různých screeningových strategiích.



Nejvýhodnější algoritmus z hlediska nákladové efektivity se jeví screening každých 3-5 let se začátkem od 21-25 let věku očkování dívek. Analýza dále ukazuje, že vakcinace může být nákladově efektivní (cost-effective) a v některých případech i náklady šetřící (cost-saving). V krajích se stanovenými screeningovými programy bude vakcinace nákladově efektivní v závislosti od změn v těchto preventivních programech.

Celkový efekt vakcinace sa podľa **Wrighta et al.** dostaví po 30-40 letech očkování a největší přínos budou mít ty ženy, které ještě infikovaný HPV nebyly. ACIP (US Advisory Committee on Immunization Practices) v USA doporučuje primárně očkovat dívky ve věku 11-12 let, ale také sexuálně aktívne dívky ve věku 13-26 let.

Autor uzavírá, že screeningové programy musí zůstat zachované z důvodu, že vakcíny nepokryjí všechny onkogenní typy HPV a že je nutné očkovat dívky vo věku 9-13 let. Navrhuje také zavést vakcinační programy ve školách.

Zhodnocení nákladů pro ČR

V současné době je z prostředků veřejného zdravotního pojištění v ČR všem ženám od 18 let hrazená každoroční preventivní prohlídka zaměřená na vyhledávání KDČ. Cena jedné dávky vakciny včetně ceny aplikace je přibližně 3550 Kč.

Předpokládané náklady na očkování jedné dívky třemi dávkami vakciny při 95% compliance a adherenci budou ve výši cca 10 650 Kč, což by při vakcinaci celé věkové cohorte 12-13-letých dívek stálo 500-600 milionů Kč.

Tabulka 1: Předpokládané roční náklady na očkování v ČR

Počet injekcí	náklady
1	3 550
3	10 650

Compliance	náklady
95 %	10 118

počet dívek v cohorte	náklady
50 000	505 875 000
55 000	556 462 500
60 000	607 050 000

Dne 13. 3. 2006 vznikla Pracovní skupina pro očkování proti lidským papillomavirům s cílem vypracovat doporučení, jak vakcíny optimálně použít v České republice.

Pracovní skupiny se účastní:

- Společnost pro genovou a buněčnou terapii a protinádorové vakcíny
- Česká gynekologická a porodnická společnost
- Česká pediatrická společnost
- Česká onkologická společnost
- Česká vakcinologická společnost

Dalšími členy jsou:

- RNDr. R. Tachezy, PhD., vedoucí Národní referenční laboratoře pro papillomaviry
- Doc. MUDr. B. Svoboda, CSc.
- MUDr. A. Havránková

Pracovní skupina došla ke dvěma protichůdným stanoviskám:

1. Většinové stanovisko pracovní skupiny navrhoje plošné očkování hradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění s cílem eradikace KDČ do 40 let. Navrhoje očkovat všechny dívky ve věku 12 či 13 let, vakcinaci synchronizovat s preventivními prohlídkami a u žen do 26 let očkovat dobrovolně. Vyzývá k zahájení plně hraněného organizovaného a auditovaného screeningu KDČ.

„Očkování proti HPV pokládáme za velkou investici do budoucnosti, která je však eticky, vědecky a konec konců i ekonomicky plně zdůvodněná.“

2. Menšinové stanovisko zastává názor, že screening je účinnější a levnější a v současné době nelze v ČR plošné očkování hrazené z prostředků MZ ČR či veřejného zdravotního pojištění doporučit. Požaduje analýzu poměru cost/benefit v podmírkách ČR. Namíta, že efekt vakcinace se projeví nejdříve za 20 let poklesem incidence KDČ o cca 70 %, naproti tomu organizovaný a auditovaný screening může v horizontu let (nikoliv dekád) snížit incidenci KDČ až o 80 %. Poukazuje na to, že náklady na přechod ze zatím oportunního screeningu na screening organizovaný by byly u nás nesrovnatelně nižší než plošná vakcinace.

„Screening musí pokračovat i při používání vakcín. Žádná z nich zatím nechrání proti všem vysoko rizikovým HPV typům. Náklady na oba programy by se tedy sčítaly.“

Závěr:

Pro ČR by se dalo navrhnut pravidelné každoroční přečkování celé jedné věkové cohorte - dívky ve věku od 12 do 13 let - v rámci základních škol a gymnázií spolu se změnou organizace screeningu KDČ pro takto očkované osoby: ženy od 21 do 65 let v 3-letých intervalech. Sniží se tak náklady na vyšetřování žen od 18 do 21 let a také třetina nákladů na preventivní prohlídky v pozdějším věku při snížení jejich frekvence z jednoho na 3 roky. Ušetří se také při stanovení věku (např. 65 let) pro ukončení screeningu u osob pravidelně vyšetřovaných s negativním nálezem. V průběhu několika desítek let bude možné očekávat snížení incidence a úmrtí na KDČ až o 95%.

Použité zkratky:

ASCUS - atypické skvamózní buňky neznámého původu
CIN - cervikální intraepiteliální neoplázie
HSIL - high-grade squamous intraepithelial lesion
HPV - Human papilloma virus
KDČ - karcinom děložního čípku, karcinom hrdla děložního
LSIL - low-grade squamous intraepithelial lesion
VaIN - vaginální intraepiteliální neoplázie
VIN - vulvární intraepiteliální neoplázie

Reference:

1. Ruanne V. Barnabas, Paivi Laukkanen, Pentti Koskela, Osmo Kontula, Matti Lehtinen, Geoff P. Garnett: Epidemiology of HPV 16 and Cervical Cancer in Finland and the Potential Impact of Vaccination: Mathematical Modelling Analyses. *PLoS Medicine* May 2006 Volume 3 Issue 5 e138
2. Jane J. Kim. Mathematical Model of HPV Provides Insight into Impacts of Risk Factors and Vaccine. *PLoS Medicine* May 2006 Volume 3 Issue 5 e16
3. Sue J. Goldie, Michele Kohli, Daniel Grima, Milton C. Weinstein, Thomas C. Wright, F. Xavier Bosch, Eduardo Franco Projected Clinical Benefits and Cost-effectiveness of a Human Papillomavirus 16/18 Vaccine. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 96, No. 8, April 21, 2004
4. Kulasingham SL, Myers ER. Potential Health and Economic impact of adding a Human Papilloma Virus Vaccine to Screening programs. *JAMA* August 13, 2003, Vol 290, No. 6, p.781
5. Al V. Taira, Christopher P. Neukermans, Gillian D. Sanders. Evaluating Human Papillomavirus Vaccination Programs. *Emerging Infectious Diseases* Vol. 10, No. 11, November 2004
6. Gillian D. Sanders, Al V. Taira. Cost Effectiveness of a Potential Vaccine for Human papillomavirus Emerging Infectious Diseases Vol. 9, No. 1, January 2003
7. Sue J. Goldie, Michele Kohli, Daniel Grima, Milton C. Weinstein, Thomas C. Wright, F. Xavier Bosch, Eduardo Franco. Projected Clinical Benefits and Cost-effectiveness of a Human Papillomavirus 16/18 Vaccine. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 96, No. 8, April 21, 2004
8. Gloria Y.F. Ho, Ph.D., Robert Bierman, M.D., Leah Beardsley, N.P., Chee J. Chang, Ph.D., and Robert D. Burk, M.D. Natural History of Cervicovaginal Papillomavirus Infection in Young Women. *Volume 338:423-428 February 12, 1998 Number 7*
9. Koutsy, L.A., et al. 2002. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine* 347:(Nov. 21)1645-1651.
10. www.svod.cz
11. EMEA schválila Silgard. *Medical Tribune*, ročník II, č. 34, str. 6
12. Vakcína proti infekčnímu karcinomu. *Medical Tribune*, ročník II, č. 17, str. 6
13. HPV News. *Medical Tribune*, ročník II, 27.11.2006, str. 25-28
14. Vakcinace proti HPV - na analýzy nečekejme? *Medical Tribune*, ročník II, č.35, str. 5
15. Doležal T. Kvadrivalentní vakcina proti lidskému papilomaviru. *Farmakoterpie* 5/2006, str.481
16. 11. Konference ISPOR, Philadelphia, květen 2006
17. Minárik J. Náklady a přínosy vakcinace proti HPV. *II. česko-slovenská farmakoekonomická konference*, Praha, 14. června 2007. http://www.farmakoekonomika.cz/video/druha_farma-koekonomicka_konference/program2007.htm
18. www.papilloma.cz
19. Zdravotnická ročenka ČR 2005, ÚZIS

KRITÉRIA A PODMÍNKY PROGRAMU PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA V ČR

Ministerstvo zdravotnictví ve svém věstníku (částka 7/2007) uveřejnilo nová kritéria pro screening karcinomu děložního hrdla a zároveň zrušilo metodické opatření č. 9: Kritéria a podmínky programu pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR uveřejněné ve Věstníku MZ částka 9/2005.

Cytologické laboratoře se do tohoto nového programu mohou přihlásit na přihlašovacím formuláři (<http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=169>), který je nutné zaslat na adresu:

Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor zdravotní péče, Komise pro screening karcinomu děložního hrdla, MUDr. Lenka Krejčová (Lenka.Krejcova@mzcr.cz), Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2.

1. Záměr a cíl screeningu karcinomu děložního hrdla

Záměrem screeningu je nabídnout ženám v České republice kvalifikovaná preventivní (screeningová) vyšetření děložního hrdla v laboratořích splňujících kriteria moderní diagnostiky.

Cílem screeningu je zvýšit včasnost záchytu zhoubných nádorů děložního hrdla a přednádorových stavů a tím snížit úmrtnost na rakovinu děložního hrdla v České republice.

2. Vstup cytologických laboratoří do programu screeningu karcinomu děložního hrdla

Cytologická laboratoř, která splňuje příslušná požadovaná kritéria a podmínky pro screening karcinomu děložního hrdla, je doporučena Komisí Ministerstva zdravotnictví pro screening karcinomu děložního hrdla k provádění screeningového vyšetření. Toto stanovisko je podkladem pro jednání se zdravotními pojišťovnami za účelem sjednání smlouvy o úhradě zdravotní péče nebo jejího dodatku.

Seznam doporučených pracovišť je uveřejněn a průběžně aktualizován na webových stránkách MZ.

3. Vstup a účast žen v programu screeningu karcinomu děložního hrdla.

Na preventivní vyšetření karcinomu děložního hrdla v referenční laboratoři má v souladu s vyhláškou o preventivních prohlídkách právo každá dospělá žena. Screeningovým vyšetřením se rozumí cytologické vyšetření navazující na preventivní prohlídku u registrujícího gynekologa, které je hrazeno z prostřed-

ků veřejného zdravotního pojištění ženám 1x za rok. Ženy ve věku 25-60 let, které 2 roky nebyly v rámci gynekologické prevence vyšetřeny, jsou zdravotní pojišťovnou informovány o možnosti preventivního gynekologického vyšetření hrazeného z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nedostaví-li se, je informována každý následující rok.

4. Podmínky pro cytologické laboratoře k vyhodnocení cervikální cytologie

Standardem je provádění 15 000 nebo více vyšetření ročně. Jedním vyšetřením se rozumí cervikovaginální cytologický vzorek/ky od jednoho rodného čísla v daném roce.

Postup vyšetření

- V laboratoři je zkontrolován počet preparátů, jejich označení, průvodky, stav po převzetí, neidentifikovatelné či sporné žádanky či materiál jsou vyřazeny a vráceny zpět.
- Preparát po preanalytické kontrole se barví pro účely výše definovaného screeningu standardním způsobem dle Papanicolaoua nebo jeho modifikací, jiný postup je považován za non lege artis.
- Po ukončení barvení následuje nanесení montážního média, jeho překrytí a označení, po barvícím procesu je celý preparát vyšetřen mikroskopicky v základním zvětšení 100 – 150x, 400x.

Kvalitativní kontrola nálezů

- Všechny případy suspektní buněčné neoplázie a všechny s reaktivní buněčnou proplázií (přibližně 10%) předává cytotechnolog ke zhodnocení lékaři.
- Minimálně 10% náhodně vybraných preparátů podléhá povinně dvojí kontrole (rescreening).
- Preparáty jsou zpětně kontrolovány v těch případech, kde se objeví nesouhlas histologického a cytologického nálezu.
- Cytologické nálezy se vyjadřují slovně dle systému Bethesda 2001.
- Maximální doporučený počet vyšetření pro jednotlivého nositele výkonu je 80 případů denně v rámci primárního vyšetření a 40 případů denně v rámci druhého čtení.

- f) O nálezu je vedena zdravotnická dokumentace. Při nakládání se zdravotnickou dokumentací se postupuje v souladu se zákonem o péči o zdraví lidu a vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Nález je předán zpět příslušnému pracovišti gynekologa na papírové průvodce nebo na magnetickém mediu, případně elektronicky. Preparáty jsou archivovány po dobu 5 let. Dokumentace nálezu v papírové či elektronické formě se uchovává v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci, a to nejméně 10 let.

5. Návaznost péče při zjištění nádoru

Součástí podmínek je jasně definovaná návaznost nálezů cytologické laboratoře na konkrétní gynekologické a onkologické, případně další odborné ambulance, aby zjištěný či podezřelý zhoubný nádor či prekancerosa mohly být bez zbytečného prodlení terapeuticky řešeny v rámci nezbytné interdisciplinární spolupráce. Musí být zajištěna také zpětná informační vazba mezi lékaři provádějícími chirurgickou léčbu, onkology a screeningovým pracovištěm. Laboratoř průběžně vyhodnocuje validitu a efektivitu screeningových vyšetření, která provádí.

6. Kontinuita screeningu

Pracoviště provádějící screening vede záznam každé klientky o provedeném preventivním cytologickém vyšetření a jeho výsledku v písemné, filmové, případně elektronické podobě, přičemž doba archivace se řídí dle ustanovení článku 3 tohoto standardu. Doporučuje se, aby předchozí vyšetření byla k dispozici na jednom pracovišti, protože o časnosti záchytu nádoru může rozhodnout dynamika změn v čase. Pracoviště proto zajistí na vyžádání předání (se souhlasem pacientky) kopie celé dokumentace o dosavadním screeningovém vyšetření novému pracovišti, které preventivní péči o ženu přebírá (například z důvodu změny bydliště nebo na přání ženy). Rovněž (se souhlasem pacientky) protokolárně zapůjčí na vyžádání novému pracovišti nebo pověřenému členovi komise Ministerstva zdravotnictví všechny archivované cytologické preparáty dané pacientky.

7. Sledování a vyhodnocování činnosti screeningového programu (datový audit)

Laboratoř, která provádí screeningové cytologické gynekologické vyšetření, vede samostatně evidenci screeningových vyšetření, která obsahuje minimálně:

- Celkový počet jednotlivých cervikovaginálních cytologických vyšetření za období 1 roku.
- Jméno a identifikační číslo pacientky, číslo zdravotní pojištovny pacientky, pořadové číslo průvodky, jméno odesílajícího gynekologa a cytologickou diagnózu.

Software používaný cytologickou laboratoří je schopen generovat jednoduché sestavy, a to především počet a pro-

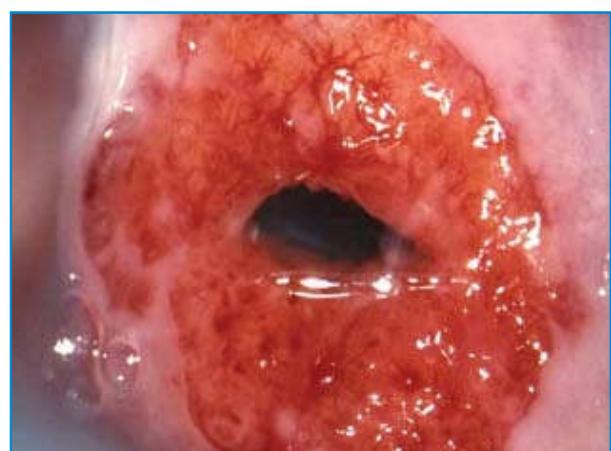
centuální zastoupení sledovaných údajů v sestavě. Laboratoř vede zdravotnickou dokumentaci v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci a je schopna poskytnout anonymizované údaje. Kontrola plnění kritérií je prováděna v souladu s platnými právními předpisy orgány k tomu určenými.



Obrázek č. 1: Atypický metaplastický s epitel s HSIL
(high-grade squamous epithelial lesion)



Obrázek č. 2: Ektopický cylindrický epitel viditelný po aplikaci acetátu



Obrázek č. 3: Děložní čípek

Eligard – profil přípravku

MUDr. Jiří Slíva

Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

Úvod

Karcinom prostaty představuje v rozvinutých zemích u mužů v pokročilém věku jednoznečastějších nádorových onemocnění. Jeho prevalence se pohybuje kolem 113,6 případů na 100 000 obyvatel, přičemž relativní ukazatel 5letého přežití s touto chorobou dosahuje hodnoty 55,7 %.

Princip užívání přípravku exogenního gonadoliberinu u karcinomu prostaty spočívá v blokaci nádorových buněk závislých na dodávce pohlavních hormonů.

LHRH (hormon navozující uvolnění luteinizačního hormonu; luteinising hormone releasing hormone), též známý jako gonadotropin releasing hormon (GnRH) byl poprvé objeven počátkem sedmdesátých let, což představuje jakýsi historický milník v léčbě karcinomu prostaty. Od té doby vyvinutí agonisté LHRH (buserelin, goserelin, leuprorelin či triptorelin) jsou samozřejmou součástí terapeutických guidelines a jsou dostupné v různých formách obvykle určených k subkutánnímu či intramuskulárnímu způsobu podání. Přípravek Eligard (leuprorelin acetát) je syntetický nonapeptidový agonista přirozeně vznikajícího gonadoliberinu (GnRH), jenž při trvalém podávání vyvolává inhibici hypofyzární sekrece gonadotropinu a potlačuje tvorbu steroidů ve varlatech a vaječnících. Tento účinek je po přerušení lékové terapie reverzibilní. Zároveň je dokonce účinnější než přirozený hormon. Chemický název účinné látky přípravku je 5-oxo-L-prolyl-L-histidyl-L-tryptophyl-L-seryl-L-tyrosyl-D-leucyl-L-leucyl-L-arginyl-N-ethyl-L-prolinamid acetát.

Eligard je dostupný v podobě prášku obsahujícího 7,5, resp. 22,5 mg účinné látky určené pro přípravu injekčního roztoku určeného pro subkutánní aplikaci. V porovnání s ostatními GnRH analogy obsahuje minimálně dvojnásobek účinné látky a oproti přípravkům ve formě mikrogranulí vytváří po aplikaci depo o podstatně menším objemu, což přispívá k ochraně leuprorelinu acetátu před jeho rychlou degradací.

Charakteristika

Záhy po iniciálním podání Eligardu 7,5 mg dochází k přechodnému zvýšení koncentrace testosteronu, avšak během 3 týdnů jeho množství klesá pod úroveň orchiectomovaných pacientů, přičemž tento pokles je setrvalý v průběhu celé léčby.

Po prvním subkutáním podání se koncentrace leuprorelinu postupně zvyšuje, až dosáhne maximální koncentrace 25,3 ng/ml (v případě trojnásobné dávky je to 127 ng/ml). Poté zůstává plazmatická hladina poměrně stabilní (0,28–2,00 ng/ml – velmi podobná je situace i při podání 22,5 mg – tj. 0,2–2,0 ng/ml), a to bez jakýchkoliv známek kumulace za dosažení distribučního objemu o hodnotě 27 l. Vazba na plazmatické bílkoviny se in vitro pohybuje v rozmezí 43–49 % [1;2]. U zdravých dobrovolníků vedlo podání 1 mg bolusu k systémové clearance 8,34 l/h s terminálním biologickým poločasem kolem 3 hodin [3].

Klinické zkušenosti

V léčbě karcinomu prostaty se velmi často, společně se svými potenciálními výhodami i nevýhodami využívají nesteroidní či steroidní antiandrogeny. Hned dvě komparativní klinické studie ukázaly, že podávání GnRH agonistů zajišťuje lepší účinnost ve smyslu významného oddálení progrese (225 vs. 346 dní) u pacientů s významně zvýšenými hodnotami PSA (prostata specifický antigen). Podávání GnRH agonistů bylo rovněž spojeno s nižším výskytem nežádoucích účinků (4 % vs. 4–10 %) [4;5]. V jiné studii je zachycen opět významný vliv kontinuálního podávání leuprorelinu v kombinaci s cyproteron acetátem na pokles hodnot PSA z původních hodnot převyšujících úroveň 3 ng/ml na hodnoty nižší než-li 0,5 ng/ml u pacientů po radikální prostatektomii. Po v průměru 4letém sledování se u žádného, z celkem 44 pacientů neobjevila progrese základního onemocnění [6].

V otevřené, multicentrické studii se 228 pacienty s pokročilým karcinomem prostaty (89 ve stadiu C, 31 ve stadiu D) léčeným přípravkem Eligard byla hodnocena jeho schopnost vyvolat a udržet pokles hladiny testosteronu po dobu šesti měsíců léčby. Třetí den po aplikaci došlo k významnému zvýšení hladiny (z 361,3 na 574,6 ng/dl), záhy však následoval významný pokles k původním hodnotám

	Eligard 7,5 mg [1]	Eligard 22,5 mg [2]
Plazmatická koncentrace ve steady state (ng/ml)	0,28–1,67	0,2–2,0
Distribuční objem (l)	27	27
Vazba na bílkoviny (%)	43–49	43–49
Cmax (ng/ml)	25,3	127
Tmax (h)	4–8	4,6
AUC (ng.h/ml)	966	1 925

(10. den) a dále až na úroveň ≤ 20 ng/ml (28. den), a to u 98 a 94 % pacientů léčených 1měsíční, resp. 3měsíční formou přípravku. Tato úroveň zůstala stabilní v průběhu 6 měsíců u všech pacientů léčených dávkou 7,5 mg, u dávky 22,5 mg byla u 0,9 % pacientů překročena hranice 50 ng/ml [7].

U pacientů docházelo zároveň k významnému poklesu sérového PSA. S ohledem na symptomy onemocnění podávání léčby zabránilo zhoršení onemocnění ve smyslu zhoršených denních aktivit; podobně se nezhoršovala ani bolest kostí či bolest spojená s močením. U pacientů však bylo pozorováno snížení počtu abnormalit hodnocených v rámci rutinního fyzikálního vyšetření per rectum [7].

Na základě výsledků řady studií bylo zjištěno, že podávání LHRH agonistů vede v důsledku potlačení hypofyzárních funkcí k poklesu hodnot testosteronu na úroveň nižší než 50 ng/dl u 95,8–100 %, k pozitivní klinické odpovědi u 56–98 % či k poklesu PSA (Prostatic Specific Antigen) u 90 % léčených pacientů s pokročilým karcinomem prostaty [8]. U stejných pacientů bylo podáváním těchto látek dosaženo 2–4letého intervalu bez známek progrese a prodloužení celkové doby přežití o 3–4 roky. Pacienti si mnohem méně stěžovali na bolest (zlepšení u 40–80 %), měli méně potíží při močení (zlepšení u cca 80 %) a v rámci celkového „performance status“ bylo zlepšení pozorováno u 40–60 % [8].

V kombinaci s bicalutamidem v dávce 80 mg byla účinnost agonisty GnRH sledována u 205 japonských pacientů s karcinomem prostaty ve stadiu C/D. Tito byli po randomizaci léčeni bicalutamidem či placebo, vždy však v kombinaci s GnRH agonistou po dobu nejméně 6 měsíců (medián sledování 15 měsíců). Již ve 3. měsíci od zahájení léčby byl znatelný rozdíl v poklesu hodnoty PSA ve prospěch aktivní kombinace ($P < 0,001$), jež podávání bylo spojeno i s podstatně nižším výskytem nežádoucích účinků (8,8 % oproti 10,9 %) [9].

Použití

Eligard je indikovaný v léčbě pokročilého hormonálně dependentního karcinomu prostaty. U diabetických pacientů se doporučuje pečlivější sledování z důvodu možného ovlivnění metabolismu glukózy.

Interakce

S přípravkem Eligard nebyly zaznamenány žádné lékové interakce.

Kontraindikace, nežádoucí účinky

Přecitlivost na leuprorelin acetát, jiné agonisty GnRH nebo kteříkoliv z pomocných látek, podávání pacientům po orchiektomii či podávání v monoterapii u pacientů s karcinomem prostaty, kteří mají současně kompresi míchy nebo prokázané míšní metastázy.

Podobně jako ostatní GnRH analoga, i Eligard působí během 1. týdne podávání přechodné zvýšení sérové koncentrace testosteronu, což bývá provázeno bolestmi v kostech v případě metastáz, obstrukcí močové trubice či hematurií. Dále během léčby bývají nejčastěji popisovány návaly horka, malátnost, únava, parestesie a dočasné podráždění v místě vpichu (pocit pálení asi u 1/3 léčených pacientů). V důsledku snížení hladiny testosteronu je třeba počítat i se snížením libida, rizikem impotence či periferními otoky. V rámci

klinického zkoušení nebyly v souvislosti s podáváním přípravku Eligard zjištěny jakékoliv známky mutagenicity či kancerogenity. S případem předávkování nejsou v dosud publikované literatuře dostatečné zkušenosti; je proto doporučováno pacienta pečlivě monitorovat, případně poskytnout symptomatickou léčbu.

V důsledku možné indukované únavy, pocitu točení hlavy či poruch zraku není pacientům doporučováno řízení vozidel či obsluhování strojů.

Dávkování

Eligard 7,5 mg je podáván jako 1 podkožní injekce jednou za měsíc; Eligard 22,5 mg jednou za 3 měsíce. Léčba je však dlouhodobá a neměla by se přerušovat ani v případě remise či zlepšení. Odezva na přípravek se musí sledovat pomocí klinických parametrů a měřením hladin prostatického specifického antigenu (PSA) v séru.

Literatura

1. Perez-Marreno R, Chu FM, Gleason D, Loizides E, Wachs B, Tyler RC. A six-month, open-label study assessing a new formulation of leuprolide 7.5 mg for suppression of testosterone in patients with prostate cancer. *Clin.Ther.* 2002; 24:1902-1914.
2. Persad R. Leuprorelin acetate in prostate cancer: a European update. *Int.J.Clin.Pract.* 2002; 56:389-396.
3. Sennello LT, Finley RA, Chu SY et al. Single-dose pharmacokinetics of leuprolide in humans following intravenous and subcutaneous administration. *J.Pharm.Sci.* 1986; 75:158-160.
4. Loblaw DA, Mendelson DS, Talcott JA et al. American Society of Clinical Oncology recommendations for the initial hormonal management of androgen-sensitive metastatic, recurrent, or progressive prostate cancer. *J.Clin.Oncol.* 2004; 22:2927-2941.
5. Thorpe SC, Azmatullah S, Fellows GJ, Gingell JC, O'Boyle PJ. A prospective, randomised study to compare goserelin acetate (Zoladex) versus cyproterone acetate (Cyprostat) versus a combination of the two in the treatment of metastatic prostatic carcinoma. *Eur.Urol.* 1996; 29:47-54.
6. Kurek R, Renneberg H, Lubben G, Kienle E, Tunn UW. Intermittent complete androgen blockade in PSA relapse after radical prostatectomy and incidental prostate cancer. *Eur.Urol.* 1999; 35 Suppl 1:27-31.
7. Sartor O. Eligard: leuprolide acetate in a novel sustained-release delivery system. *Urology* 2003; 61:25-31.
8. Boccon-Gibod L. Optimising hormone therapy in advanced disease. *Eur.Urol.Suppl.* 2005; 4:21-29.
9. Akaza H, Yamaguchi A, Matsuda T et al. Superior anti-tumor efficacy of bicalutamide 80 mg in combination with a luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) agonist versus LHRH agonist monotherapy as first-line treatment for advanced prostate cancer: interim results of a randomized study in Japanese patients. *Jpn.J.Clin.Oncol.* 2004; 34:20-28.

Není nemocnice jako nemocnice

MUDr. Jiří Slíva a Vladimíra Šebková

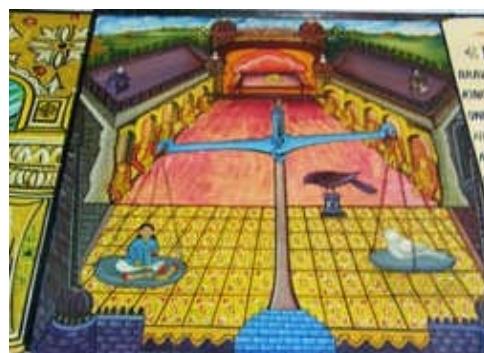
To je známé a dnes již téměř okřídlené konstatování skutečnosti, které především v souvislosti s plánovanou reformou zdravotnictví slýcháme prakticky každodenně, a to v nejrůznějším kontextu. Přesto však, pojedeme-li se podívat na východ, konkrétně do Indie, zcela jistě budeme překvapeni, co vše se vlastně za touto větou může ukrývat.

Do této země kontrastu mnoha podob, dnes čítající více než-li 1 miliardu hlav, jsem letos zavítal již podruhé. Zatímco při první návštěvě jsem na její hranice dorazil s kamarádem hezky pěkně po zemi přes země jako je Irán či Pakistán, letos jsme si dopřáli komfort letadla. I tak, ihned po výstupu z klimatizované haly našince pohltí všude přítomné (v monsunovém období snad pouze vyjma Severní Indie) klima prádelny, stejně tak jako roztodivné pachy řinoucí se z tlejících odpadků či výkalů na straně jedné, na straně druhé podmanivé vůně nekonečné palety vonných tyčinek. Aby člověk alespoň z části pochopil zdejší běh událostí, je podle řady pouček a doporučení nutné přijet do země opakováně a nebo zde strávit alespoň měsíc. To byl ostatně i důvod mé druhé návštěvy, přičemž jedním z mnoha vytýčených cílů na celkem 6 tisíc kilometrů dlouhé naplánované trase byla ptačí nemocnice. Ano, opravdu ptačí! Ačkoliv dominantním náboženstvím v Indii je hinduismus, nemalé procento Indů se řadí mezi džinisty (zastoupeni jsou přirozeně i muslimové, buddhisté, křesťané, zooastráni aj.). Džinismus se odštěpil přibližně v 5. století př. n. l. od hinduismu a za jeho zakladatele je dnes považován Mahávira Vhardhamána. Jednou z hlavních zásad správného provozování džinismu je praktikování nenásilí (ahinsá), jehož projevem je respektování veškerého života, tedy nejenom lidí, ale i zvířat či rostlin. Někteří mniší mají přes ústa pruh látky, jiní před sebou při chůzi nebo před usednutím zametají jen proto, aby neusmrtili ani toho nejmenšího tvora. Všichni džinisté jsou vegetariáni. Zároveň nemohou vykonávat určitá povolání – např. nemohou obdělávat půdu jako rolníci, neboť by při své práci mohli poranit zvířata. (Pravděpodobně nejznámějším džinistou současnosti je automobilový magnát vlastník značku TATA.). Tato láска k živým tvorům je i důvodem zakládání nemocnic pro poraněná či zesláblá zvířata, jakou je právě ptačí nemocnice v sousedství chrámu Digambar Jain, hned naproti slavné Červené pevnosti, která byla slavnostně založena v 50. letech minulého století.

Samotná budova má několik pater – vždyť dle průvodce je sem z ulic velkoměsta přineseno každým dnem až 60 ptačích pacientů, převážně holubů. Téměř je vyhrazeno i samostatné patro, které má podobu několika velkých, přesto však přeplňených voliéř.



Ihned při vstupu nám specifickost této budovy vykreslují důmyslně a snad i do jisté míry naivisticky, propracované nástěnné malby.



O patro níž je pak možné potkat špačky, různé papoušky, slípky, ale třeba i páva (národní symbol) se zafačovaným drápkem. O zvířata se starají proškolení ošetřovatelé pod dohledem zkušeného veterináře. Všem pacientům je zde poskytnuta nezbytná péče, včetně stravy, a to do doby, dokud se zcela neuzdraví.



Kupodivu tu nikdo po nás nechce žádné vstupné ani tolik obvyklé fotografování, přesto však ochotně přispíváme několik rupířů do zdejšího donation boxu s přáním hodně zdraví všem zdejším pacientům...

MĚSÍČNÍK PRO AKTIVNÍ MÁMY A NEJEN PRO NĚ...

žena+

SUPER DÁREK PRO 100 NOVÝCH PŘEDPLATITELŮ:

HRA OSADNÍCI Z KATANU ZA 990 Kč

SUPER
DÁREK

PRO NOVÉ
PŘEDPLATITELÉ

žena+

PORODY

JAK SE RODÍ DOMA
REPORTÁŽ Z PÓRODNICE
ZPOVĚD TŘÍ MAMINEK

Chcete spolu
dlouho vydržet?

PORADI Vám SEXUOLOG A PSYCHOLOG

Nemám
soukromí!

KRÍZI TEENAGÉRÍ
CO S TÍM?

Cukroví

LEVOU ZADNÍ

od světově proslulé cukrárky

ZNAČKOVÉ
TOUHY
našich dětí
SPLNIT? NESPLNIT?

Atopický ekzém

„Vojta nebyl kluk
s odřenými koleny,”
prozradila maminka Kotková

PRÁVĚ

V PRODEJI

Filantropie v Čechách

Filantropie není novinka postkomunistické éry. Ještě před druhou světovou válkou u nás existovalo více než 2000 nadací podporujících vzdělání a zdraví dětí. Jejich činnost omezili nejdříve fašisté a pak v roce 1953 znárodněním nadačního jména zcela ukončili komunisté. Jediná, která zůstala byla Hlávkova Nadačce. Jejich roli převzal stát a i dnes mnoho lidí na pomoc státu spolehlá.

Neziskové organizace se začaly objevovat začátkem devadesátých. V roce 2003 u nás bylo evidováno 50 997 občanských sdružení, 1 209 nadací a nadačních fondů a 884 obecně prospěných organizací. Pouze 15 % z nich však mělo roční obrat větší než 5 mil Kč.

Firemní filantropie

Hlavním cílem komerční firmy je maximalizace zisku. Proč by se měla části svého zisku vzdát? Důvody bývají různé a většinou pragmatické. Malé a střední podniky v Čechách věnují na dobročinné účely asi 1% zisku a považují to za prostředek ke zlepšení image. Velké firmy a nadnárodní korporace směřují k sociálnímu marketingu (Corporate Social Responsibility – CRS), který zahrnuje vše od ekologického chování firmy přes rovné příležitosti v zaměstnání až po podporu komunitní práce a sociálně odpovědnou investiční politiku. Odměnou je firmám odlišitelnost produktů na trhu, pozitivní jméno značky a dobrá pověst, tedy image, za které se obvykle draze platí. Dalším motivem bývá podpora kvalitní podnikové kultury a větší motivace zaměstnaných k práci. Možností jak CRS realizovat je celá řada, nejfektivnější obvykle bývá **spojení firmy a nevládní organizace**.

Hlavním důvodem je synergický efekt vyplývající z tohoto spojení. Komerční firma získá partnera, který se v dané (sociální, ekologické, zdravotní) problematice dobře orientuje a má i určitý kredit. Nezisková organizace naopak finančně silného partnera s propracovanou technikou marketingu a řízení.

Firma, která se zapojí do veřejně prospěšných akcí začíná lépe prosperovat. V západní Evropě až 70% spotřebitelů vybírá zboží podle reputace firmy a 44% zákazníků je ochotno více zaplatit za výrobek ekologicky šetrný (průzkum poradenské společnosti KPMG).

Komu přispět?

Čím by se měli firmy řídit při rozhodování, komu přispějí? Je důležité prověřit si především solidnost neziskové organizace. Je lepší vybrat si společnost, která funguje již několik let a má stabilní kádr zaměstnanců a spolupracovníků. Měla by mít jasně definovaný cíl – vizi a transparentní hospodaření. Větší organizace jsou stabilnější a pojímají danou problematiku komplexněji, místo záchrany jednoho potoka se věnují stabilitě ekosystému celé oblasti, v případě sociální péče nabízí klientům komplexní služby od poradenství až po krizová lůžka. Nevládní organizace sdružují ve svých řadách často významné odborníky a známé osobnosti kulturního i politického života, což jim umožňuje ovlivňovat i regionální politiku nebo zákonodárství dané oblasti.

Občanské sdružení ŽIVOT 90 má za sebou již 17ti letou historii a patří mezi 10% největších neziskových organizací v ČR. Nabízí kom-

plexní služby seniorům a jejich blízkým – od bezplatné krizové linky přes sociální, právní, bytové a pastorační poradny až po rehabilitaci, krizová lůžka a tísňovou péči AREÍON. Vydává časopis **Generace**, který pomáhá nacházet cesty ke zkvalitnění života seniorů, věnuje velký prostor zdravotní problematice a osvětové činnosti (více na www.casopisgenerace.cz).



Jak darovat?

Dárce – právnická osoba má nárok na odčitatelnou položku, pokud hodnota jednoho daru (nebo všech darů jedné organizaci) bude alespoň 2000 Kč. Základ daně lze snížit nejvýše o 5% základu daně. **Dárce – fyzická osoba** může odečíst hodnotu daru ze svého základu pro výpočet daně, pokud je vyšší než 1000 Kč (nejvýše však 10% hodnoty základu daně).

Sponzor – Od darování je nutné odlišit **sponzorování**, které je založeno na poskytnutí propagační a reklamní služby neziskovou organizací sponzorovi. Sponsorský příspěvek je chápán jako platba za poskytnutí takového služby a je tudíž daňově uznatelným nákladem a sponzor je může v plné výši zahrnout do základu daně. Na rozdíl od odčitatelné položky „dary“ tak sponzorský příspěvek snižuje základ daně v plné výši.

ZIVOT 90, Karoliny Světlé 18, 110 00 Praha 1, tel 222 333 555

IČ 00571709, DIČ CZ00571709

Bankovní spojení: 1937604369/0800, VS 112 902

www.zivot90.cz

Občanské sdružení ŽIVOT 90

Propagujeme myšlenku „**Domov je doma**“ a nabízíme služby především osamoceným, společensky znevýhodněným a zdravotně postiženým seniorům v jejich vlastních domovech.

SENIOR TELEFON
– 800 157 157 –
krizová linka pro seniory a jejich blízké.

Rozhovor s MUDr. Tomášem Nádvorníkem, MBA, ředitelem společnosti Cegedim Dendrite

Společnost Cegedim je součástí Českého farmaceutického trhu již od roku 1998. Od té doby si vybudovala silné postavení a je známa mezi lékaři i farmaceutickými společnostmi. Velmi významnou událostí tohoto roku bylo pro společnost Cegedim spojení se společností Dendrite. Zeptali jsme se proto jejího ředitele, MUDr. Tomáše Nádvorníka, MBA na několik otázek:

Vážený pane řediteli, Vaše společnost působí v České republice již devátým rokem, můžete nám ve stručnosti popsat hlavní obor Vaší činnosti?

V současné době se naše společnost skládá ze dvou divizí. Divize CRM se zabývá správou databáze osob a zdravotnických zařízení, která tvoří pevný základ všech námi poskytovaných služeb a dále implementací a podporou CRM systému Teams, který se stal nejvíce využívaným CRM systémem v Evropě. Divize CSD se zabývá jak celosvětově standardizovanými, tak i ad-hoc výzkumy farmaceutického trhu. Zejména díky tému výzkumů nás znají mnozí lékaři, které kontaktujeme telefonicky i přímo návštěvou v ordinacích.

V nedávné době jsme zaznamenali zprávu o spojení společnosti Cegedim se společností Dendrite. Můžete nám povědět něco o důvodech tohoto spojení?

Stále více farmaceutických společností má zájem využívat jednotné informace o farmaceutickém trhu po celém světě. Ke zpracování a následným analýzám těchto informací, vyžadují jednotný CRM systém, využitelný pro všechna jejich zastoupení. Nově vzniklá společnost Cegedim Dendrite tím dosáhla velmi silného postavení na evropském, americkém i asijském kontinentu. Toto spojení bude ovšem přínosné i pro naše klienty v České republice a to ve formě nových služeb, které dříve nabízela společnost Dendrite zejména na americkém trhu.

Pane řediteli, říkal jste, že jedním z oborů vaší činnosti je zpráva databáze farmaceutických pracovníků. Jaké informace tato databáze obsahuje?

Oficiální název naší databáze je One Key a jedná se o kompletní databázi lékařů, lékárníků a zdravotnického personálu, včetně pracovišť na kterých pracují. V současné době tato databáze obsahuje titul, jméno, příjmení, pracovní adresu, telefon, fax a e-mail na pracoviště, specializaci, funkci na pracovišti a ordinační hodiny. Tyto informace jsou pravidelně aktualizovány a validovány.

Pravidelné ověřování údajů, to celé musí být poměrně náročný proces?

Ano, máte pravdu. Ročně se jen v ČR jedná o zhruba čtyřicet tisíc aktualizací. Nicméně tímto způsobem dosahujeme vysoké přesnosti dat. V případě že bychom takto nepracovali, byla by databáze díky neustálým změnám velice rychle neaktuální. Takto dnes zpravujeme databázi ve více než 60 zemích světa a naším cílem je tento počet neustále rozšiřovat.

Dovolte mi, abych se na závěr zeptal kolik klientů v současnosti v České republice využívá vašich služeb.

V České republice využívá naší OneKey databázi celkem 22 farmaceutických společností. Devadesát procent z nich využívá souběžně i náš CRM systém Teams. Toto spojení klientů umožňuje rychlou, přehlednou a správnou analýzu informací jak z naší databáze, tak z dalších zdrojů. To šetří čas jak farmaceutickým společnostem, tak lékařům kteří nejsou zbytečně navštěvování „zbloudilými“ reprezentanty.

Na poli výzkumů trhu s námi v České republice spolupracuje většina farmaceutických společností.

Na tyto výsledky jsme u nás velice hrdí a doufáme, že i v budoucnu se nám bude dařit nabízet služby, o které bude na trhu zájem.

Děkuji za rozhovor.

Redakce NEUMM



Aktivní edukační programy pro farmaceutické firmy

Www.ActiMed.cz

Rozvoj dovedností zaměstnanců farmaceutických společností a kultivace jejich vztahů s lékaři II.

Ladislav Havlík,

program ActiMed™, www.ActiMed.cz

Vážení čtenáři.

V minulém čísle jsme uvedli v jakých profesních dovednostech je možné se rozvíjet na pozicích farmaceutických reprezentantů. Efektivita výkonu každé firmy závisí i na efektivitě práce jejích vedoucích pracovníků a tedy na rozvoji jejich dovedností. Dnes představujeme nabídku vzdělávacího programu ACTIMED™ se zaměřením na managery.

Lidé zastávající pozice managerů na jakémkoli stupni nebo specializací se dříve nebo později setkají s otázkami, jakým způsobem své týmy a jednotlivce co nejefektivněji vést, řídit, rozvíjet, motivovat nebo hodnotit. Důležitým momentem je také rozhodování, kdy zaujmout roli managera, který musí rozhodovat a kdy zaujmout roli kouče, který má motivovat a rozvíjet dovednosti svých zaměstnanců způsobem, jež bude užitečný, avšak také přijatelný (a tudíž motivující) pro všechny zainteresované strany – firmu, managera i zaměstnance.

Podobně jako u nabídky modulů pro reprezentanty i v tomto případě vychází program ACTIMED™ z dlouholetých zkušeností práce v oboru propagace farmaceutických produktů, managementu společnosti a vedení lidí.

Všechny tyto dovednosti se dají učit formou školení, ale také koučování přímo při práci samotného managera s jeho zaměstnanci, které kromě níže uvedených tréninkových modulů pro managery program ACTIMED™ nabízí. Cílem koučování je zvýšit schopnosti a zlepšit dovednosti a znalosti zaměstnanců přímo při výkonu jejich práce a poskytnout zpětnou analýzu. Koučování probíhá během společně provedených obchodních návštěv nebo seminářů a v případě managerů při jimi zvolené pracovní aktivitě. Kouč během a po skončení poskytuje zpětnou vazbu a hodnocení, přičemž vede zaměstnance k co možná nejsamostatnější analýze výkonu.

Program ACTIMED™ nabízí tyto tréninkové moduly pro rozvoj středního a vyššího managementu:

Metoda tréninku pro tyto moduly i moduly pro reprezentanty:

- Přednáška a interaktivní prezentace teorie s diskuzí a s praktickým nácvikem.
- Individuální, párová nebo skupinová práce.
- Výstupy a prezentace účastníků v jednotlivých dovednostech.
- Praktický nácvik typických modelových situací zaznamenaných videokamerou a s následnou analýzou.

Tréninkové moduly učené především managerům

Management a komunikace při vedení týmu

Komu určeno:

- Managerům, kteří řídí tým zaměstnanců.

Cíle:

- Naučit se managerské komunikaci při vedení týmu.
- Naučit se komunikační techniky a prostředky řízení týmu.

Obsah:

- Managerská komunikace a její prostředky při vedení týmu.
- Jak zvládnout typy chování a interakce při vedení týmu.
- Společný pracovní den – jak postupovat krok za krokem.
- Analýzy, diagnostika, cíle, následné aktivity, kontrola.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci získají návod, jak zefektivnit svůj výkon při řízení lidí.

Management a motivace

Komu určeno:

- Managerům, kteří řídí tým zaměstnanců, obchodních zástupců.

Cíle:

- Motivace nejsou pouze materiální pobídky.
- Naučit se základní managerské techniky motivace členů týmu.

Obsah:

- Od komunikace k managementu a motivaci.
- Typy chování členů týmu.
- Adekvátní způsoby managementu podle typů chování členů týmu.
- Motivační techniky.
- Plán rozvoje.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci získají návod, jak zefektivnit svůj výkon při řízení lidí.

Koučování I

Komu určeno:

- Managerům, kteří řídí tým zaměstnanců nebo obchodních zástupců.

Cíle:

- Porozumět technice koučování jako jednomu z nejúčinnějších komunikačních prostředků v managementu lidí.
- Použití koučování v nejběžnějších pracovních situacích krok za krokem.

Obsah:

- Definice koučování jako základního nástroje denní práce managera.
- Techniky koučování aplikované na jednotlivé typy členů týmu.
- Typy chování členů týmu.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci získají základní náhled na algoritmus, jak zefektivnit svůj výkon při řízení lidí.

Koučování II

Komu určeno:

- Managerům, kteří řídí tým zaměstnanců nebo obchodních zástupců. Kurz je nástavbou modulu Koučování I. Je zaměřen především na detailní trénink samotného koučovacího rozhovoru při řešení složitějších úkolů.

Cíle:

- Koučování jako středně a dlouhodobá technika rozvoje lidí.
- Techniky koučování při hledání řešení komplexních úkolů/problémů.

Obsah:

- Opakování: Definice a techniky koučování.
- Typy chování členů týmu.
- Naslouchání.
- Strukturovaný nácvik koučovacích interview podle výběru účastníků.
- Výměna rolí.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci se seznámí s metodou, jak zefektivnit svůj výkon při řízení lidí a zároveň zvýšit středně až dlouhodobou motivaci lidí.

Přijímání zaměstnanců

Komu určeno:

- Střednímu managementu, personalistům, HR managerům a všem, kdo se účastní přijímání zaměstnanců.

Cíle:

- Zefektivnění výběrového procesu při přijímání zaměstnanců.

Obsah:

- Třídní žádostí.
- Hlavní pravidla a kroky při přijímání zaměstnanců.
- Správné otázky.
- Následné aktivity a nezbytnost akčního plánu.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci posílí a procvičí schopnost správně se ptát.

Vedení meetingu

Komu určeno:

- Managerům a všem, kteří musí připravovat a vést schůze, porady, pracovní setkání.

Cíle:

- Jak efektivně připravit a vést schůzi, poradu nebo pracovní setkání.

Obsah:

- Klíčové faktory efektivity různých typů schůzí.
- Integrace a nácvik hlavních technik vedení skupiny na schůzi.
- Příprava a provedení přednášky nebo prezentace.
- Role koordinátora a typické vzory chování účastníků.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci posílí sebejistotu při vystupování před skupinou na schůzích.

Hodnocení – základní motivační nástroj

Komu určeno:

- Managerům, kteří řídí tým zaměstnanců nebo obchodních zástupců.

Cíle:

- Pochopit význam a provedení hodnotícího rozhovoru jako motivačního nástroje.

Obsah:

- Příprava a provedení hodnotícího pohovoru.
- Rozvoj konstruktivního a pozitivního chování a vztahů.
- Následné aktivity po hodnotícím pohovoru.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci posílí schopnost objektivněji posuzovat nejenom výkony zaměstnanců, ale i své.

Od hodnocení k akci

Tento modul má 2 části, které mohou být trénovány i jednotlivě.

1. Od hodnocení k akci

2. Business plán

Komu jsou moduly určeny:

- Managerům, kteří potřebují rozšířit své dovednosti v motivaci lidí. Tréninkový modul může být pokračováním kurzu „Hodnocení“ a „Od konfrontace k motivaci“.

Cíle modulů:

- Naučit se techniky, jak nezůstat pouze u pravidelného hodnocení nebo vyřešeného konfliktu, ale konstruktivně motivovat lidi pro další aktivity a výkony.
- Zvládnout techniky a prostředky stanovení individuálních business plánů pro zaměstnance založené na individuální analýze jejich kompetencí, aktivit a výkonů.

1. Od hodnocení k akci

Obsah:

- Shrnutí předchozích modulů „Hodnocení“ a „Od konfrontace k motivaci“.
- Techniky hodnocení a řešení konfliktu.
- Obtížná jednání.
- Případové studie rozvoje lidí.
- Stanovení cílů a rozvoj lidí.
- Motivace a získání souhlasu.

2. Business plán

Obsah:

- Business plán - co to je?
- Struktura business plánu.
- Analýza a strategie.
- Návrat investic.
- Stanovení cílů a rozvoj lidí.
- Získání souhlasu od lidí.
- Případové studie – klíčové indikátory výkonu.
- Alokace času DM a tipy time managementu.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci se seznámí s klíčovými faktory dlouhodobého rozvoje lidí.

Od konfrontace k motivaci

Komu určeno:

- Managerům, kteří vedou lidí.

Cíle:

- Naučit se techniky, jak nezůstat u rozběhlého konfliktu, ale konstruktivně ho řešit a pokud možno z něj vytěžit maximum pozitivního.

Obsah:

- Rozpoznání konfliktu.
- Různé typy konfliktů.
- Zvládnutí rozporů.
- Zvládání obtížných lidí.
- Transformace lidí v opozici v motivované partnery.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Účastníci dostanou návod, jak řešit nepříjemné situace i v mimopracovních oblastech.

Řeč těla

Komu určeno:

- Všem, kdo se chtějí zdokonalit ve vedení lidí a pracovních nebo obchodních jednáních. Doporučujeme, aby účastníci měli přibližně aspoň roční praxi ve vedení lidí, obchodních jednáních nebo absolvovali trénink typologie klientů.

Cíle:

- Poznat hlavní signály řeči těla při jednání s lidmi.

Obsah:

- Hlavní signály řeči těla a mimiky při jednání s lidmi.
- Zrcadlení.
- Sebeovládání.

Doporučená délka tréninku:

- Dva dny.

Něco navíc z tohoto kurzu:

- Kurz pomůže lépe nahlédnout na sebe samého a lépe rozumět druhým i v osobním životě.



Rozmaznané baktérie!

MUDr. Bernadetta Janurová

„V medicínskom výskume sa urobil tak enormný pokrok, že prakticky neexistuje žiadny zdravý človek“.

Už stáročia pred Kristom poznali ľudia recept na všetky choroby. Do dnešných dní sa pokúšajú okrem iných aj lekári aplikovať tento recept a vždy zaberá na sto percent. Tým liekom je zdravý, ľudský smiech. Ľudia, ktorí však nemajú schopnosť z chuti a od srdca sa zasmiať, niet divu, často ochorejú. Jedným z pôvodcov ich ochorení sú napr. baktérie. Tieto iba zriedkakedy atakujú ľudské organizmy oplývajúce pokojom, humorom a šťastím.

Nemám najmenší úmysel robiť čo len krátku prednášku z mikrobiológie, chcem sa iba okrajovo dotknúť niektorých detailov o týchto choroboplodných zárodokoch kvôli objasneniu môjho problému. Pochopiteľne, že ich je prebádaných nesmierné množstvo, no každá baktéria potrebuje pre svoj rast a rozmnožovanie špecifické podmienky a prostredie.

Pred viac než dvadsiatimi rokmi sa robil na Slovensku celoštátny výskum, pre ktorý bolo treba zachytiť baktérie, ktoré rastú v laboratóriach iba na pôde obsahujúcej pomerne veľké množstvo čistého spiritusu. Náš okresný výskum sa pravidelne sledoval a priebežne vyhodnocoval na krajských poradách v Banskej Bystrici. Vo výskume nie je nič zvláštne a zaujímavé, ak sa dôjde k negatívnym výsledkom. Tieto sa takisto považujú za výsledky. Lenže v našom prípade bolo viac než nemožné, aby baktérie za spomínaných podmienok nevyrástli. Celý nás vedecký team sa preto snažil

analyzovať situáciu, meniť niektoré ukazovatele, spôsoby a metódy rastu, no ani na nasledujúcej porade sa nikto z nás nemohol pochváliť očakávanými výsledkami. V dvanásťich okresoch kraja na vlas tie isté poznatky.

Konečne na tretí krát po dvoch absenciach prišiel na poradu lekár z posledného trinásteho okresu. Čuduj sa svete! Išli sme si oči vyočiť nad jeho prácou a šokujúcimi výsledkami.

Jeho baktérie rástli na alkoholových platniach ako z vody! Na každý pokus všetky do jednej ako najaté! Okamžite sme všetci vedeli „aká bije“ a prečo jeho baktérie „netrucujú“. Nielen spomínaný lekár, ale ešte naviac v jeho pracovnom kolektíve boli ďalší tria kolegovia, ktorým ich náboženstvo nielenže nedovoľovalo, ale striktne zakazovalo používať alkoholické nápoje.

Po týchto vedeckých experimentoch vedenia všetkých okresných nemocníc prijali patričné opatrenia, ktorými umožnili rozmaznaným baktériam kúpať sa v alkohole a v tomto mámivom opojení rásť do krásy.

Dodnes veľmi často myslím pri rôznych príležitostach na spomínaného kolegu a jeho kolektív. Samozrejme v tom najlepšom slova zmysle a obdivujem ich postejo. Aké šťastie, že na našej Zemi nie sú iba kresťania. V prípade výskytu iba tohto náboženstva celý vedecký svet by stagnoval.

Bea

www.neumm.cz

Cicatridina®

Natrium hyaluronicum 5 mg ■ Poševní čípky



**VAGINÁLNÍ
SUCHOST**



- URYCHLENÍ HOJENÍ
 - PODPORA REEPITALIZACE
 - ZMÍRNĚNÍ SUCHOSTI
- vaginální sliznice a děložního čípku

Zkrácená informace o výrobku:

Název: Cicatridina®. **Forma:** Poševní čípky. **Složení:** sodná sůl kyseliny hyaluronové 5 mg, olejový výtažek z pupečníku asijského 60 mg, olejový výtažek z měsičku lékařského 60 mg, olejový výtažek z aloe pravé 60 mg, esenciální olej z čajovníku australského 2 mg. **Indikace:** Doplňkový přípravek při obnově atrofických a dystrofických stavů vaginální sliznice. Nápmáhá hojení po porodu, gynekologické chirurgii, při dystrofích po chemoterapii, ionizačním záření, při vysychání sliznice i z důvodu nedostatku estrogenu. **Kontraindikace:** Zjištěná přecitlivělost na některou složku tohoto přípravku. **Způsob užití:** 1 čípek večer zasunte hluboko do pochvy. **Balení:** 10 poševních čípků po 2 g. **Zpísob uchovávání:** Pokud možno při teplotě 4–25 °C. Chraňte před světlem a teplem. **Výrobce:** FARMA-DERMA s.r.l. ul. Via dei Bersaglieri 10, 40010 Sala Bolognese (BO), Itálie. **Distributor:** AXONIA, a.s. Obrovského 644/3, 141 00 Praha 4.

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK



Přípravek není vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojistění.



Axonia, a.s., Obrovského 644/3, 141 00 Praha 4
www.axonia.cz, www.cicatridina.cz



FARMA - DERMA

FARMA-DERMA s.r.l., Itálie

OICG2017