

2017.  
XXII. évfolyam  
6. szám



# Házi orvos Továbbképző Szemle



Látogasson el a [www.orvositasbazis.hu](http://www.orvositasbazis.hu) honlapunkra!

➤ **REFERÁTUM** – Különnyomat

➤ **ONKOLÓGIA, KARDIOLÓGIA,**

➤ **ONKOKARDIOLÓGIA**

➤ **A CSALÁDORVOS SZÁMÁRA**

➤ **FONTOS HATÁRTERÜLETI KÉRDÉSEK**

➤ *Czuriga Dániel dr., Szekanez Éva dr., Kocsis Judit dr., Horváth Zsolt dr., Édes István dr.*

*A cikk megjelenését a Teva Gyógyszergyár Zrt. támogatta.  
KÓD: HU/17/0088 Lezárás dátuma: 2017. 08. 24.*

# ONKOLÓGIA, KARDIOLÓGIA, ONKOKARDIOLÓGIA

## A családorvos számára fontos határterületi kérdések

**Czuriga Dániel dr.<sup>1</sup>,  
Szekanecz Éva dr.<sup>2</sup>, Kocsis Judit dr.<sup>2</sup>,  
Horváth Zsolt dr.<sup>2</sup>, Édes István dr.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem Klinikai Központ,  
Kardiológiai Intézet,  
Debrecen

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem Klinikai Központ,  
Onkológiai Intézet,  
Debrecen



O L O . H U

A cikk online változata  
megtekinthető a  
[www.olo.hu](http://www.olo.hu) weboldalon.

2017. június 8–9. között tartották Hajdúszoboszlón az Onkokardiológiai Napokat, amely rendezvény először került megrendezésre hazánkban. Az eseményt a nemrég megalakult Magyar Onkokardiológiai Munkacsoport szervezte azzal a céllal, hogy egy országos fórumot teremtsen az egyre nagyobb figyelmet kapó onkokardiológiai határterület számára. A szervezők célja az volt, hogy lehetőséget biztosítsanak a daganatos betegellátás kardiológiai vonatkozásainak megtárgyalására, megvitassák a jelenlegi betegutak javításának feltételeit, bemutatásra kerüljenek az onkokardiológiával kapcsolatos tudományos eredmények és ösztönözzék az ezirányú jövőbeli kutatási együttműködések. Az eseményt egy egynapos különálló rendezvény követte, amelyet célzottan családorvosok számára szerveztek „Regionális Onkokardiológiai Nap Családorvosoknak”, röviden „RONCS” néven. A rendezvényekre igen nagy érdeklődés mutatkozott. A három nap alatt több mint 40 előadás hangzott el onkokardiológiai témában. A családorvosoknak szánt rendezvényen külön szekciókban kerültek tárgyalásra az onkológia, a kardiológia és az onkokardiológia területével kapcsolatos legfontosabb információk. Jelen összefoglaló ezen, családorvosokat célzó rendezvényen elhangzott előadásokból nyújt ízelítőt.

## ONKOKARDIOLÓGIA

A kardiovaszkuláris és az onkológiai betegségek a két vezető halálok világszerte. A társadalom előregedése folytán mind a kardiológiai megbetegedések, mind a rosszindulatú daganatok incidenciája növekedést mutat. Csak az USA-ban 2016-ban 15,5 millió túlélő daganatos beteg volt. Ha figyelembe vesszük, hogy a betegek egy jelentős része mind onkológiai, mind kardiológiai betegségben is szenved, továbbá a két betegség rizikófaktorai jelentős átfedést mutatnak, akkor nem véletlenül vetődik fel az onkokardiológiai határterület létjogosultsága. Ezt tovább erősíti az a tény is, hogy az onkológiai kezelések sok esetben

olyan kardiovaszkuláris mellékhatásokhoz vezethetnek, amelyek nemcsak az onkoterápia sikerét limitálhatják, hanem a betegek hosszú távú túlélését is előnytelenül befolyásolhatják. Ezek alapján a kardiovaszkuláris mellékhatások alul-, illetve túldiagnosztizálása egyaránt problémát jelent a daganatos betegeknél. Az onkokardiológia egy olyan új szakterület, amelynek célja, hogy optimalizálja a daganatellenes kezelések eredményességét és ezáltal a betegek klinikai eredményét. Ezen erőfeszítés nemcsak azoknál szükséges, akik már eleve kardiovaszkuláris betegségben szenvednek, hanem azoknál is, akik nagy kockázatúak, vagy akiknél a daganatellenes kezelés következtében alakul ki kardiovaszkuláris betegség. Nem



szabad elfelejtenni az onkoterápiából korábban „diszkvalifikált” betegekről sem, számukra is hozzáférhetővé kell tenni a daganatellenes kezelést annak lehetőség szerinti folytatásával. Ehhez egységes irányelvek mentén való közös szemléletet kell kialakítani mindkét szakmának és a családorvosnak egyaránt. Ezt elősegítendő a tavalyi évben egy onkokardiológiai állásfoglalás jelent meg az Európai Kardiológiai Társaság égisze alatt, amely fogódzót igyekszik nyújtani az onkoterápia kardiovaszkuláris szövődményeinek kezeléséhez a mindennapi klinikai gyakorlat során. Ebben a dokumentumban a lehetséges szövődményeket kilenc nagy csoportba sorolták:

1. miokardiális diszfunkció és szívelégtelenség,
2. koronáriabetegség,
3. billentyűbetegség,
4. aritmiák,
5. szisztémás hipertónia,
6. tromboembóliás betegség,
7. perifériás érbetegség és stroke,
8. pulmonalis hipertónia,
9. egyéb kardiovaszkuláris szövődmények.

Megfigyelhető, hogy a daganatellenes terápia fejlődése és a túlélések növekedése révén egyre több olyan eset kerül az ellátóhelyekre, amelynél valamilyen kardiovaszkuláris kórkép társul a malignus betegséghez. Emiatt elengedhetetlen a két szakma közötti hatékony együttműködés, valamint kiváltképp fontos, hogy a családorvos is tisztában legyen a két terület közötti interakcióval, hiszen a betegek hosszú távú követése, a kezelések esetleges mellékhatásainak időben történő felismerése az onkológus és kardiológus kezelőorvos mellett az ő feladata is. Amellett, hogy a családorvos jelenti az összekötő kapcsot a két szakterület között, felbecsülhetetlen a szerepe a betegek rizikófelmérésében, a rizikófaktorok kontrollálásában, a betegek oktatásában, pszichés vezetésében, valamint a kezelések következtében fellépő esetleges tromboembóliás szövődmények kivédésében. A legújabb kutatások azt igazolták, hogy a kardiovaszkuláris rizikóprofil optimalizálásával (egészséges táplálkozás, ideális testsúly elérése, dohányzásról való leszokás, túlzott alkoholfogyasztás kerülése, rendszeres aerob tréning stb.) a daganatok kiújulása, így a betegek halálózása is csökkenthető. A fentiek mellett a családorvosoknak fontos szerep jut a betegek komplex gyógyszeres kezelésének monitorozásában is, hiszen a különböző szakambulanciákon felírt gyógyszerek sokasága egyes

esetekben súlyos interakciókhoz vezethet. A betegek követése nem csupán a kezelések alatt fontos, hanem hosszú távon is, hiszen bizonyos szövődmények (pl. a szív radiogén sugárkárosodása) sokszor csak évek vagy évtizedek múlva okoznak klinikai tüneteket. Ezért lényeges, hogy pl. nyaki vagy mediasztinális besugárzás esetén 5 évente javasolt szűrővizsgálat (nyaki ultrahang, koronária irányú szűrés), míg sugárterápia következtében létrejött szívbillentyű-betegség esetén akár évente szükség lehet részletes fizikális és szívultrahang-vizsgálatra. Ezek megszervezésében is elengedhetetlen szerepe van a családorvosnak. A jövőben tervezett, onkokardiológiai témájú rendszeres továbbképzések a fenti célok és ajánlások gyakorlati megvalósítását, valamint a három szakma szoros együttműködését segítenék elő.

## ONKOLÓGIA

A daganatos megbetegedések halálozási statisztikája világszerte a második helyen szerepel, közvetlenül a kardiovaszkuláris megbetegedések után. A tüdődaganat a leggyakoribb szolid daganat, hazánkban több mint 10 ezer új megbetegedést regisztrálnak évente. A leggyakoribb szövettani altípus az adenocarcinoma (47%), ezt követi a laphámrák (26%), majd a kissejtes tüdőrák (15%). Sajnos az új esetek fele már inoperábilis stádiumban kerül felismerésre, 42%-ban távoli áttétekkel. Ezekben az esetekben a szisztémás kezelés és a sugárkezelés, illetve ezek kombinációja kerül alkalmazásra, a stádium, a szövettani, illetve molekuláris besorolás alapján, figyelembe véve a beteg állapotát, kísérőbetegségeit, valamint preferenciáit. Az elmúlt 20 év során rendkívül nagy fejlődés történt a szisztémás kezelés tekintetében, ennek következtében ma a tüdőrák kezelésében a hagyományos ciszplatin alapú kemoterápiás kezelés mellett a napi rutin részévé váltak a jelátviteli utakat gátló célzott terápiák, valamint az ún. immuno-onkológiai terápiák is. Ezen új terápiáknak köszönhetően a betegek túlélési esélyei jelentősen javultak, a jövőben pedig a pozitív tendencia további erősödése várható a fenti kezelések kombinálásával.

Az elmúlt időszakban a vastagbél-daganatok kezelése terén is számos újdonság látott napvilágot. Ez a megbetegedés azért bír kiemelkedő jelentőséggel, mivel ez a második leggyakoribb szolid tumor. Hazánkban évente 8500-



9000 új esetet regisztrálnak, és mintegy 5000 halálesetért felelős ez a tumortípus. Manapság úgy a korai, mind az előrehaladott, áttétes daganatoknál egyre inkább a személyre szabott kezelés kerül előtérbe, köszönhető ez a molekuláris patológiai ismereteink fejlődésének. A prognózis és a kezelés szempontjából nagy jelentősége van a daganat lokalizációjának is. Az utóbbi évek egyik nagy felismerése, hogy az áttétes jobb colonfél-daganatok prognózisa rosszabb, mint a bal colonfél-tumoroké, azok eltérő módon reagálnak a célzott terápiákra. Ma már ezeket a szempontokat is figyelembe kell venni a terápia tervezésekor.

Az emlődaganatok kezelése is folyamatosan fejlődik, ahogy ismereteink és terápiás fegyvertárunk egyre gyarapszik. Az emlőrák kivizsgálása kapcsán lényeges hangsúlyozni az új genomikai vizsgálatok előnyeit, valamint a patológiai és képalkotó vizsgálatok leleteinek fontosságát. A terápiás lehetőségeket illetően kiemelendők a hosszú távú kezelések, fontos ismerni azok lehetséges szövődményeit, és ebből fakadóan is szükséges a családorvos-onkológus szoros együttműködése. A kezelés során számos olyan kardiovaszkuláris probléma merülhet fel, amelyeket a kemoterápia, az endokrin terápia vagy a célzott terápiák idézhetnek elő. A jelenleg alkalmazott személyre szabott terápiás tervek ezen szövődmények kockázatának csökkentését is célozzák. Így például a kardiovaszkuláris szempontból nagy kockázatú betegeknél bizonyos terápiák „de-eszkalációja” történik, vagy a hagyományos antraciklin helyettesítése kevésbé toxikus, ún. liposzomális doxorubicinnel. Ennek előnye, hogy célzottan a tumoros szövetben dúsulva kevesebb szisztémás mellékhatás jelentkezik, s így akár magasabb dózisok elérésére is lehetőség nyílik.

A fej-, nyaki tumorok száma hazánkban sajnos lassan, de folyamatosan nő. A morbiditási és mortalitási adatok sem javulnak látványosan. Mindez bizonyos, prediszponáló faktorként értékelhető étkezési és életmódbeli szokásokkal hozható összefüggésbe. Emellett a rosszabb szociális helyzet és a késői stádiumban történő felismerés is rontja a fenti mutatókat. Szomorú, hogy a korábban típusos férfi dominancia a nők modernkori életstílus miatt kezd elmosódni. Ezért egyértelműen a rendszeres alkoholfogyasztás és dohányzás tehető felelőssé, de emellett bizonyos foglalkozások, fűszeres ételek, rossz szájhygiéné és fogászati státusz, bizonyos anyagcsere-betegségek és vírusok is etiológiai faktorként szerepelnek. Kedvező túlélésre csak korai (I. stá-

diumú) rákok kezelése után lehet számítani. A II-III. stádiumú betegség 5 éves túlélése 60-70% körüli, a IV. stádiumú betegségé pedig jócskán 30% alatt várható. Ugyanakkor a multimodális kezelések bevezetésével manapság bizonyosan elmondható, hogy a terápiás eredmények szinte valamennyi stádiumban javultak. A gyarapodó terápiás lehetőségek miatt szükséges, hogy multidiszciplináris onkoteameknek referálják a betegeket az őket diagnosztizáló kollégák: a teamben részt vevő számos szakterület reprezentánsa olyan kombinációt javasolhat, amely nemcsak optimális terápiás válasszal, de a beteg számára tolerábilis mellékhatásokkal is kecsegtet. A legelső döntés, hogy kuratív terápia szóba jön-e, illetve annak során van-e lehetőség szervmegtartásra és/vagy funkciómegőrzésre.

A gyógyszeres kezelés mellett a sugárkezelés a daganatterápia egyik korszerű kezelési lehetősége, amelynek technikája folyamatosan fejlődik. A hazánkban működő jól felszerelt centrumokban elérhető valamennyi modern eljárás, így az intenzitás modulált kezelés, a képvezérelt vagy légzésvezérelt kezelés, a sztereotaxiás sugárkezelés vagy a belső sugárkezelés (brachyterápia). A sztereotaxiás besugárzás vagy sugársebészet egyre többször lehet műtétek alternatívája olyan esetekben, amikor a páciens nem altatható, nem műthető. A modern technikák alkalmazásának köszönhetően jobb terápiás eredmények érhetők el kevesebb mellékhatással. Azonban ezek a technikák speciális szaktudást igényelnek és jóval időigényesebbek, mint a hagyományos sugárkezelés, nem utolsósorban pedig drágábbak.

## KARDIOLÓGIA

A kardiovaszkuláris megbetegedések halálzási statisztikája világszerte az első helyen szerepel. Míg Finnországban a kardiovaszkuláris halálozás az utóbbi években csaknem 80%-kal csökkent, addig Kelet-Európában az alig mérséklődött. Magyarországon született és itt élő férfiak átlagosan 8 évvel, a nők átlagosan 6 évvel élnek kevesebbet, mint nyugat-európai társaik. A legfontosabb kardiovaszkuláris rizikófaktorok a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint, a dohányzás és a diabetes mellitus.

A magas koleszterinszint felgyorsítja az erek falába történő lipid-akkumulációt, ami plakkképződéshez, később verőér-szűkülethez vezethet. A betegség megjelenhet a koszorúere-



ken, az agyi ereken vagy a perifériás ereken belül. A jelenleg érvényben lévő ajánlások a javasolt koleszterin-célértéket az adott beteg rizikóstátusára vonatkozóan adják meg (igen nagy rizikó esetén az ajánlott összkoleszterinszint  $<3,5$  mmol/l, az ajánlott LDL-C-szint  $<1,8$  mmol/l). Ugyan az életmódváltás kapcsán alkalmazott mediterrán, zsírszegény diéta kiemelten fontos a koleszterin célérték elérésében és megtartásában, önmagában az csak ritkán elégséges, és mellette gyógyszeres kezelésre is szükség van. A koleszterincsökkentő gyógyszeres terápia alapját a statinok képezik. Ha ezen gyógyszerekkel nem sikerül elérni a kívánt célértékeket, rendelkezésre állnak ezetimib hatóanyag-tartalmú készítmények is. Nehezen beállítható koleszterinszint esetén egy kényelmes megoldást jelenthetnek a statint és ezetimibet egyaránt tartalmazó, fix kombinációban elérhető készítmények.

Egy másik fontos major kardiovaszkuláris rizikófaktor a diabetes mellitus, amelynek prevalenciája világszerte növekszik. Ismert, hogy a cukorbetegség diagnosztizálásának időpontját akár 5-10 évvel megelőzheti a már fennálló betegség, ezért a betegség korai diagnózisa és adekvát kezelése elengedhetetlen a szövődmények elkerülése céljából. Amennyiben az éhgyomri vércukorérték  $7$  mmol/l, a posztprandiális érték  $11,1$  mmol/l feletti, vagy a hemoglobin- $A_{1c}$  meghaladja a  $6,5\%$ -ot, gondolni kell a diabetes jelenlétére. A kétes esetekben a terheléses vércukorvizsgálat (orális glükóztolerancia-teszt [OGTT]) segíthet a csökkent glükóztolerancia vagy a már manifeszt cukorbetegség diagnózisának felállításában. A betegség megelőzésében központi szerepe van a diétának, a testmozgásnak és a testsúlycsökkentésnek. A már kialakult cukorbetegség esetén fontos, hogy a megfelelő életmódváltás mellett korán elkezdett, progresszíven felépített terápiára és szigorú hemoglobin- $A_{1c}$  kontrollra van szükség. A koszorúér-betegség egy igen gyakori kórkép, amelynek hátterében a koszorúerek ateroszklerotikus elváltozása áll. A diagnózis felállításának, egyúttal a sürgős esetek azonosításának módja a nyugalmi EKG készítése. Amennyiben az EKG-n ST-eleváció látható és ahhoz típusos anginás mellkasi fájdalom társul, úgy a beteget sürgősséggel invazív centrumba kell szállítani. Egyébiránt a terheléses EKG nyújthat segítséget a mindennapi gyakorlat során. Abban az esetben, ha a beteg nem alkalmas terheléses EKG-vizsgálatra (bal Tawara-szár-blokk, mozgási nehezített-

ség, alacsony terhelési kapacitás stb.), a stressz képalkotó vizsgálatok (szívizom SPECT, stressz echokardiográfia, stressz MR), valamint a koronária CT áll rendelkezésre a diagnózis felállításához, valamint a beteg rizikóbesorolásához, amely meghatározó az invazív kivizsgálás szükségességének megítélésében. Ha sor kerül koronarográfiára, és annak során koszorúér-szűkület kerül azonosításra, lényeges azt megvizsgálni, hogy a szűkület jelentős mértékű-e, valamint felelős lehet-e a beteg panaszaiért. Kétes esetekben lehetőség van invazív terheléses vizsgálat elvégzésére, leggyakrabban adenozin alkalmazásával (frakcionált áramlási rezerv [FFR] mérés). A kezelés célja kettős, egyrészt a betegség prognózisát hivatott javítani, másfelől a tüneteket igyekszik csökkenteni. A terápia része az életmódváltás, a gyógyszeres kezelés, a koronária-intervenció, valamint a társbetegségek kezelése. Amennyiben koronáriastent beültetésre kerül sor, úgy fokozott figyelmet érdemel a kettős trombocitaaggregáció-gátló kezelés, amelynek önkényes elhagyása vagy csökkentése komoly következményeket, akár a beültetett stent elzáródását vonhatja maga után. Ha pl. vérzéses szövődmény miatt mégis felül kell bírálni az antitrombotikus kezelést, mindenképpen érdemes azt kardiológussal megkonzultálni.

A szívelégtelenség szintén a vezető halálokok között szerepel szerte a világon, mivel igen rossz prognózissal bír. A betegség megjelenése típusos esetben nehézlégzéssel, lábdagadással, fáradékonysággal, gyakori éjszakai vizeléssel jár, azonban atípusos megjelenést is ölthet alvászavar, köhögés, zavartság, memóriazavar, haspuffadás vagy étvágytalanság formájában. A legutóbbi felmérések alapján az esetek kb.  $50\%$ -ában a szívelégtelenség okozta tüneteket nem a bal kamra szisztolés funkciójának károsodása, hanem kizárólagosan vagy döntően a diasztolés funkcióromlás idézi elő. A betegek kezelése, követése során kiemelten fontos azok oktatása, amelyben a családorvosoknak is döntő szerep jut, hiszen a betegség lényegének, a tünetek kialakulása vagy rosszabbodása hátterében álló folyamatoknak a megértésével jelentősen javulhat a beteg-compliance és egyben a terápiás siker is. Részben a családorvos feladata a betegség megelőzése, a helyes életmódra való ösztönzés (sószegény diéta, rendszeres aerob tréning) vagy a rizikófaktorkok eliminálása (dohányzás, alkoholabúzus). Fontos tudni, hogy ezen betegek hemodinamikai stabilitása egy kényes egyensúlyt képez,



amely könnyen kibillenhet, pl. egy fertőzés kapcsán, emiatt indokolt a betegek védőoltásokkal történő immunizációja (influenza, pneumococcus), amelyet leggyakrabban a családorvos végez el.

A pitvarfibrilláció a leggyakoribb tartós ritmuszavar. A betegség kiemelt jelentőséggel bír, hiszen ahhoz magasabb kardiovaszkuláris halálozás, nagyobb stroke-rizikó, megnövekedett hospitalizáció, életminőség-csökkenés, balkamra-diszfunkció, szívelégtelenség, valamint korai kognitív zavar és demencia is társulhat. A betegség kialakulásához hozzájárulnak bizonyos hajlamosító tényezők, illetve társbetegségek, mint pl. a magas vérnyomás, az iszkémiás szívbetegség, a diabetes mellitus, a szívelégtelenség, az obesitas, az idős életkor vagy a genetikai hajlam. A betegség diagnózisa már egy egyszeri EKG-vizsgálat alapján felállítható, amelyre jellegzetes lesz az irreguláris kamrai működés, valamint a P-hullámok hiánya. Fontos megjegyezni, hogy amennyiben Holter EKG-n találkozunk rövidebb szupraventrikuláris futamokkal, legalább 30 másodperces epizód szükséges ahhoz, hogy felállítsuk a pitvarfibrilláció diagnózisát. A betegség tünetei széles skálán változhatnak a tünetmentes, néma pitvarfibrillációtól kezdve a napi átlagos fizikai aktivitást akadályozó, vagy akár hemodinamikai instabilitást okozó tünetekig. A néma pitvarfibrilláció azonosítása céljából javasolt a 65 évnél idősebb betegek alkalmi szűrése, akár csak pulzustapintással is. A betegség kezelése az akut ellátáson túlmenően négy alappilléren nyugszik:

1. életmódbeli változtatások (társbetegségek, rizikófaktorok kezelése),
2. orális antikoagulálás,
3. frekvenciakontroll,
4. ritmuskontroll.

A kezelés során nem elsősorban a hosszú távú túlélésben nyújtott előny, hanem az életminőség javításának igénye határozza meg, hogy egy pitvarfibrilláló betegnél kizárólag frekvenciakontrollra, vagy a sinusritmus helyreállítására is törekszünk-e. Utóbbi céljából a gyógyszeres kezelés mellett meggyőző eredmények szólnak a katéterabláció mellett, amelynek során a pulmonalis vénákba benövő, rendkívül excitábilis pitvari izomzatot elektromosan izolálják a pitvar többi részétől. Az antikoaguláció szempontjából elmondható, hogy a legtöbb esetben szükség van orális antikoagulálásra, hiszen ettől kizárólag csak a 0-ás CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsc pontszámú betegeknél térhetünk el, akiknél semmilyen társbetegség

vagy életkorbeli tényező nem növeli az egyébként alacsony éves stroke-rizikót (0,78%). Minden egyéb pontszám (≥1) esetén tartós orális antikoagulálásra van szükség, lehetőség szerint az új típusú orális szerekekkel, kivéve mechanikus műbillentyűs betegek vagy súlyos-középsúlyos mitrális sztenózisban szenvedő betegek esetén, náluk kizárólag a hagyományos K-vitamin-antagonista vegyületek jönnek számításba. Az új típusú orális antikoagulánsok alkalmazása esetén évente, kóros laborértékek esetén még gyakrabban lehet szükség a máj-, a vesefunkció és a hemoglobinszint ellenőrzésére.

## KÖVETKEZTETÉSEK

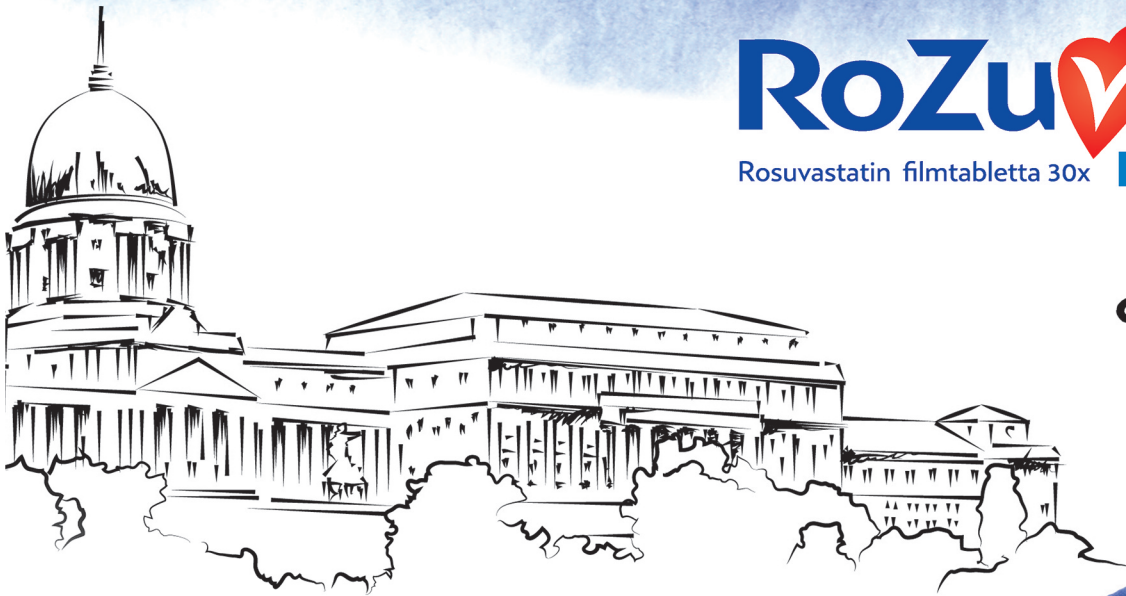
Az onkológiai és kardiológiai kórképek vezető halálteki szerepe, továbbá a két betegség gyakran előforduló közös jelenléte arra hívja fel a figyelmet, hogy a két területen dolgozó szakemberek, valamint a beteget gondozó családorvosok szoros együttműködésben végezzék betegellátó munkájukat. Az onkokardiológia névre hallgató, utóbbi időben megjelent szakterület ezt az interdiszciplináris szemléletet hangsúlyozza. Egyre több nemzetközi ajánlás és állásfoglalás lát napvilágot, nemrégiben pedig megalakult a Magyar Onkokardiológiai Munkacsoport, amelynek egyik fontos célja, hogy ezen ajánlásokat beemelje a hazai gyakorlatba, azokat minél szélesebb körben terjessze. Ennek egyik fontos momentuma az idén először megrendezett Onkokardiológiai Napok, valamint az ehhez szorosan kapcsolódó Regionális Onkokardiológiai Nap Családorvosoknak rendezvény volt. A kezdeményezésre mutatózó élénk érdeklődés az előzetes elvárásokat jóval felülmúlta. A szervezők célja, hogy ezen rendezvények éves jelleggel kerüljenek megrendezésre, továbbképző formában elősegítve a legújabb ismeretek átadását mind az onkológia, mind a kardiológia, valamint az onkokardiológia területén is. Jelen szemelvényvel szeretnénk minél több érdeklődőt bátorítani, legyen az onkológus, kardiológus, belgyógyász vagy családorvos, a jövőbeli rendezvényeken való részvételre.

### Támogatás

*A közlemény a Debreceni Onkológiai betegekért Alapítvány támogatásával készült. Czuriga Dániel a Magyar Tudományos Akadémia Boilyai János Kutatási Ösztöndíjában részesül.*

# RoZuVa TEVA

Rosuvastatin filmtabletta 30x 10 mg 15 mg 20 mg 30 mg 40 mg



## KORONÁZZA MEG SZTATINTERÁPIÁS VÁLASZTÁSÁT!



### Rövidített alkalmazási előírások:

#### Rozuva-Teva 10 mg, 20 mg, és 40 mg filmtabletta

**Hatóanyaga:** Rozuva-Teva 10 mg filmtabletta: 10 mg rozuvasztatint tartalmaz (rozuvasztatin-kalcium formájában) filmtablettánként. Rozuva-Teva 20 mg filmtabletta: 20 mg rozuvasztatint tartalmaz (rozuvasztatin-kalcium formájában) filmtablettánként. Rozuva-Teva 40 mg filmtabletta: 40 mg rozuvasztatint tartalmaz (rozuvasztatin-kalcium formájában) filmtablettánként. **Javallatok:** hypercholesterinaemia és cardiovascularis események kialakulásának megelőzése, kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** A terápia megkezdése előtt a beteget hagyományos koleszterinszint-csökkentő diétára kell állítani, melyet a gyógyszeres kezelés ideje alatt is folytatni kell. Az adagot a legkorszerűbb terápiás irányelvek alapján, egyénre szabottan kell megállapítani, a terápia célja és a beteg válaszreakcióinak függvényében. A 10 mg, 20 mg és 40 mg filmtabletta a nap bármely szakában bevehető, étkezéstől függetlenül. Gyermekgyógyászati alkalmazását csak szakorvos végezheti. 6-17 éves gyermekek és serdülők: heterozygota familiaris hypercholesterinaemiában szenvedő gyermekeknek és serdülőknek a szokásos kezdő adag napi 5 mg. 6 évesnél fiatalabb gyermekek kezelésére nem javasolt. Idősek: 70 év feletti betegeknek 5 mg az ajánlott kezdő dózis. A 40 mg-os tableta nem alkalmazható gyermekeknek és serdülőknek. Különleges betegcsoportokra vonatkozó bővebb információt az alkalmazási előírás tartalmaz. **Ellenjavallatok:** a rozuvasztatinnal vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység esetén, aktív májbetegség, beleértve az ismeretlen eredetű, tartós szérumszaminázszint-emelkedést, valamint bármilyen szérumszaminázszint-emelkedést, amennyiben az a normál érték felső határának (ULN, Upper Level of Normal) háromszorosát meghaladja, súlyos veseelégtelenségben szenvedő betegeknek (kreatinin-clearance <30 ml/perc), myopathiás betegek esetében, egyidejűleg ciklosporinnal kezelt betegeknek, terhesség és szoptatás ideje alatt, valamint olyan fogamzóképes korú nőknél, akik nem alkalmaznak megfelelő fogamzásgátló módszert. A 40 mg-os dózis ellenjavallt azoknál a betegeknek, akiknél myopathia/rhabdomyolysis kialakulására hajlamosító tényezők állnak fenn. **Legfontosabb mellékhatások:** diabetes mellitus, fejfájás, szédülés, constipatio, nausea, hasi fájdalom, myalgia, asthenia. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** TEVA Gyógyszergyár Zrt., 4042 Debrecen, Pallagi út 13. **Az utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma:** 2017. 06. 07. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

#### Rozuva-Teva 15 mg, 30 mg filmtabletta

**Hatóanyaga:** 15 mg illetve 30 mg rozuvasztatint tartalmaz (rozuvasztatin-kalcium formájában) filmtablettánként. **Javallatok:** hypercholesterinaemia és cardiovascularis események kialakulásának megelőzése, kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** A terápia megkezdése előtt a beteget hagyományos koleszterinszint-csökkentő diétára kell állítani, melyet a gyógyszeres kezelés ideje alatt is folytatni kell. Az adagot a legkorszerűbb terápiás irányelvek alapján, egyénre szabottan kell megállapítani, a terápia célja és a beteg válaszreakcióinak függvényében. Arra az esetre, ha az adagolás ezekkel a hatáserősítéssel nem kivitelezhető/megoldható, ennek a gyógyszernek más hatáserősítései rendelkezésre állnak. A nap bármely szakában bevehető, étkezéstől függetlenül. **Hypercholesterinaemia kezelése:** Az ajánlott kezdő adag naponta egyszer 5 mg, illetve 10 mg per os. A 30 mg-os vagy a 40 mg-os dózis bevezetésekor szakorvosi felügyelet javasolt. Gyermekgyógyászati alkalmazását csak szakorvos végezheti. A 30 mg-os és a 40 mg-os dózis nem alkalmazható gyermekeknek. 6 évesnél fiatalabb gyermekek kezelésére nem javasolt. 70 év feletti betegeknek 5 mg az ajánlott kezdő dózis. Különleges betegcsoportokra vonatkozó bővebb információt az alkalmazási előírás tartalmaz. **Ellenjavallatok:** a rozuvasztatinnal vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység esetén, aktív májbetegségben szenvedő betegeknek, beleértve az ismeretlen eredetű, tartós szérumszaminázszint-emelkedést, valamint bármilyen szérumszaminázszint-emelkedést, amennyiben az a normál érték felső határának (ULN, Upper Level of Normal) háromszorosát meghaladja, súlyos veseelégtelenségben szenvedő betegeknek (kreatinin-clearance <30 ml/perc), myopathiában szenvedő betegeknek, ciklosporin egyidejű alkalmazásakor, terhesség és szoptatás ideje alatt, illetve ha a fertilis korban lévő nő nem védekezik megfelelő fogamzásgátló módszerrel. A 30 mg-os és a 40 mg-os dózis ellenjavallt azoknál a betegeknek, akiknél myopathia/rhabdomyolysis kialakulására hajlamosító tényezők állnak fenn. **Legfontosabb mellékhatások:** diabetes mellitus, fejfájás, szédülés, obstipatio, hányinger, hasi fájdalom, obstipatio, hányinger, hasi fájdalom, asthenia. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** TEVA Gyógyszergyár Zrt., 4042 Debrecen, Pallagi út 13. **Az utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma:** 2017. 04. 07. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

Készítmény megnevezése	Kiszámlálás	Bruttó fogyasztói ár (Ft)	Normatív támogatási összeg (Ft)	Térítési díj normatív támogatás esetén (Ft)	KGy
ROZUVA-TEVA 10 mg filmtabletta	30x	1 068	854	214	Igen
ROZUVA-TEVA 15 mg filmtabletta	30x	1 449	1 159	290	Igen
ROZUVA-TEVA 20 mg filmtabletta	30x	2 314	1 827	487	Igen
ROZUVA-TEVA 30 mg filmtabletta	30x	2 791	2 233	558	Igen
ROZUVA-TEVA 40 mg filmtabletta	30x	3 710	2 839	871	Igen

2017. szeptember 1-től érvényes árak: [http://www.oep.hu/felo\\_menu/szakmai\\_oldalok/gyogyszer\\_segedeszkoz\\_gyogyfurd\\_o\\_tamogatasi\\_egeszesugyi\\_vallokozásoknak/pupha/Vegleges\\_PUPHA.html](http://www.oep.hu/felo_menu/szakmai_oldalok/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurd_o_tamogatasi_egeszesugyi_vallokozásoknak/pupha/Vegleges_PUPHA.html)

HU/ROSU/17/0001  
Lezárás dátuma: 2017. 08. 24.

TEVA

TEVA Gyógyszergyár Zrt.

4042 Debrecen, Pallagi út 13.  
Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29. VisionTowers irodaház, 6. emelet  
Telefon: +36 1 288 6400; További információk: [www.teva.hu](http://www.teva.hu)

TEVA

Kardió

Te vagy a  
legfontosabb