

SPOLUPRÁCA PRAKTICKÉHO LEKÁRA A ONKOLÓGA V LIEČENÍ ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Miriam Ladická

OKHT Národný onkologický ústav, Bratislava

Článok prináša prehľad situácií, ktoré sa najčastejšie vyskytujú v ambulantnej starostlivosti o pacientov s malígnymi ochoreniami.

Kľúčové slová: nádorové ochorenia, liečba, komplikácie.

Kľúčové slová MeSH: nádory – komplikácie, terapia; starostlivosť ambulantná.

Via pract., 2006, roč. 3 (3): 143–146

Úvod

Liečba nádorových ochorení je komplexná. Pozostáva z chirurgického prístupu, chemoterapie, hormonálnej a podpornej liečby. Príchod nových liekov – chemoterapeutík, antibiotík, rastových faktorov má za následok zlepšenie 5 ročného prežívania za posledných 30 rokov z 50 % na 64 % (tabuľka 1). /1/ Podiel na tom má aj informovanosť pacientov, ich spolupráca s odborníkmi ako aj lekármi prvého kontaktu. Pri liečbe nastanú situácie, ktoré v kooperácii s praktickými lekármi sa vyriešia v mieste bydliska, resp. urýchlia diagnostiku a včasné zahájenie adekvátnej liečby.

Hemopoetický systém

Monitoring hematologických parametrov

Často pozorovaným sprievodným javom v liečbe nádorových ochorení je pokles hematologických parametrov. V prípade aplikácie agresívnych režimov, hlavne u pacientov s hematologickými malignitami, sa monitoruje krvný obraz /KO/ (leukocyty, erytrocyty, hemoglobín, trombocyty) v pravidelných intervaloch cestou praktického lekára, či hematológa v mieste bydliska. Podľa aktuálnych parametrov a klinického stavu pacienta je indikovaná hemosubstitučná liečba, či antibiotiká /ATB/, pozri febrilná neutropénia. Pokles nemusí byť iba prejavom toxicity, ale môže sa vyskytnúť pri progresii ochorenia (napr. pri hypersplenizme a infiltrácii kostnej drene), autoimúnnych ochoreniach či zlyhaní kostnej drene (napr. po transplantácii).

Rastové faktory

V súčasnosti sú dostupné hemopoetické rastové faktory pre erytrocytárnu a leukocytárnu radu. V štádiu klinických skúšok sú rastové faktory pre trombocyty.

Erytrocyty – k dispozícii sú rôzne druhy erytropoetínov, ktoré umožňujú aplikáciu subkutánnou injekciou 3 x týždenne, 1 x týždenne resp. 1 x za 2 týždne. Pri liečbe sa okrem KO, čím sa sleduje

Tabuľka 1. 5-ročné prežívanie, 1974 – 2000 (zdroj: American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2005, Atlanta, GA).

Typ nádoru	1974 – 76	1983 – 85	1995 – 2000
Všetky nádory	50 %	53 %	64 %
Prostata	67 %	75 %	99 %
Štítna žľaza	92 %	94 %	97 %
Testes	70 %	91 %	96 %
Melanóm ¹	80 %	85 %	91 %
Prsník	75 %	78 %	88 %
Hodgkinov lymfóm	71 %	79 %	85 %
Endometrium	88 %	83 %	84 %
Moč. mechúr	73 %	78 %	82 %
Cervix	69 %	69 %	73 %
Laryng	66 %	67 %	65 %
Obličky	52 %	56 %	64 %
Rektum	49 %	55 %	64 %
Kolon	50 %	58 %	63 %
Non-Hodgkinov lymfóm	47 %	54 %	59 %
Ústne ²	54 %	53 %	59 %
Leukémia	34 %	41 %	46 %
Ovárium	37 %	41 %	44 %
Mozog	22 %	27 %	33 %
Mnohotný myelóm	24 %	28 %	32 %
Žalúdok	15 %	17 %	23 %
Pľúca	13 %	14 %	15 %
Pažerák	5 %	8 %	14 %
Pankreas	3 %	3 %	4 %

Vysvetlivky:

¹ Ďalšie kožné nádory nie sú zahrnuté v tejto tabuľke.

² Ústne nádory zahŕňajúce nos, ústa, jazyk, hrdlo, faryng.

efektivita liečby a aktuálne hodnoty trombocytov (sklon k trombocytoze), monitoruje aj arteriálny tlak (sklon k hypertenzii). Liečba sa môže kombinovať prípravkami železa.

Leukocyty – u nás je používaný granulocytárne kolónie stimulujúci rastový faktor (G-CSF). Podáva sa ambulantným pacientom:

1. za účelom dodržania odporúčaného intervalu liečby vyliečiteľných – kuratívnych ochorení

(napr. Hodgkinove a Non-Hodgkinove agresívne lymfómy, testikulárne nádory), v prípadoch, keď počas liečby vznikne leukopénia, ktorá je príčinou odkladu liečby;

2. pri intenzifikovaných režimoch;
3. po predchádzajúcej leukopénii komplikovanej febrilnou neutropéniou.

U pacientov sa počas podávania G-CSF monitoruje KO. Sprievodným nežiaducim účinkom môžu

byť bolesti skeletu, subfebrility až febrility, ktoré reagujú na paracetamol +/- v kombinácii s korylanom, v zriedkavých prípadoch je nutné použiť opiáty. I napriek podávaniu G-CSF po agresívnych režimoch sa môže vyvinúť neutropénia, preto pri horúčkach je nutné zrealizovať aktuálne vyšetrenie KO za účelom vylúčenia febrilnej neutropénie. Ako pri erythropoetínoch aj v prípade týchto rastových faktorov sú k dispozícii aj prípravky s predĺženým účinkom (aplikácia denne alebo 1 x za 2 týždne).

Hemosubstitúcia ožiarenými transfúznymi prípravkami

HLA inkompatibilné leukocyty nachádzajúce sa v krvných derivátoch sa môžu uchytiť v kostnej dreni (engraftment) a zahájiť aloreaktívnu odpoveď po transfúzii, tzv. posttransfúznou reakciou štep proti hostiteľovi (transfusion graft versus host disease-TA-GvHD). Tá sa prejavuje teplotami, hnačkami, ikterom, pancytopeniou, rašom a v 90 % má fatálny priebeh. Dôležitá je preto prevencia, ktorá pozostáva z ožiarenia všetkých transfúzných prípravkov dávkou 25Gy. Pri tejto dávke dochádza k inaktivácii darcovských leukocytov. Ožarujú sa tiež trombocytárne koncentráty od HLA identických darcov ako aj od príbuzných, keďže HLA haplotyp sa podieľa na vzniku TA-GvHD aj u imunokompetentných príjemcov. Indikácie na podávanie ožiarených transfúzných prípravkov sú v tabuľke 2. Trombocyty sú normálne funkčné 5 dni po ožiarení, erytrocyty 14 dní. Dávka 15 – 20 Gy je nedostatočná. /2/

Venóznym tromboembolizmus

Hoci sú antagonisti vitamínu K vysokoefektívne v redukcii rekurencie trombózy v celkovej populácii, u pacientov s nádorovými ochoreniami sú pri jeho užívaní problémy s udržaním INR, častejšie vážne krvácania a zlyhanie liečby. Z tohto dôvodu sa čoraz častejšie využívajú v liečbe nízkomolekulárne heparíny (low molecular weight heparin-LMWH), ktoré sú podľa klinických skúšok bezpečnejšie a efektívnejšie. Navyše podľa najnovších prác by mohli mať aj antineoplastický efekt, ktorý sa prejavuje v tendencii zlepšenia prežívania. Hoci predĺžené podávanie LMWH po brušnom chirurgickom výkone znižuje riziko tromboembólie bez zvýšeného rizika krvácania, zatiaľ sa neodporúča štandardne dlhšia profylaxia u pacientov s malignitami /3/.

Gastrointestinálny systém (GIT)

Stomatitída po chemoterapii

Po niektorých chemoterapeutických režimoch obsahujúcich hlavne metotrexát, bleomycín, antiracyklíny, agresívne režimy, rádioterapii na krčnú oblasť alebo na hlavu vzniká stomatitída rôznej

Tabuľka 2. Indikácia na ožiarené transfúzne prípravky.

Pacienti po alogénnej transplantácii: v čase od podania prípravného režimu do 6 mesiacov po transplantácii alebo pokiaľ lymfocyty sú $1 \times 10^9/l$ pri neprítomnosti chronickej GVHD
Darcovia na alogénnu transplantáciu
Pacienti po autológnej transplantácii (od 7 dňa pred zberom do 3 mesiacov po transplantácii)
Všetci pacienti s Hodgkinovým lymfómom
Všetci pacienti liečení purínovými derivátmi (fludarabín, cladribín), alemtuzumabom
Všetky prípravky od HLA identických darcov či od prvo- alebo druhostupňových príbuzných
Všetci pacienti s kongenitálnym imunodeficitom

intenzity. Vyvinie sa 2 – 10 dní po liečbe a symptómy spravidla vymiznú do 2 – 3 týždňov. Rizikovými faktormi sú znížená hygiena dutiny ústnej, xerostómia, vek, kombinácia chemo a rádioterapie, infekcie, fajčenie. Infekcie *Candidou species* alebo herpes vírusom môžu stomatitídu komplikovať, môžu byť však aj mylne považované za stomatitídu po liečbe.

Liečba pozostáva z neдрáždivej prevažne kašovitavej stravy, vyhýbaniu sa alkoholu, fajčeniu, dráždivým jedlám, používajú sa lokálne dezinfekciá, anestetiká, pri algii možno použiť systémové analgetiká vo forme kvapiek, náplasti či čípkov, pri infekcii ATB, antimykotiká a virostatiká. Ak je príjem úplne obmedzený nutná je infúzna liečba /8/.

Chrup

Počas liečby je veľmi dôležitá starostlivosť o chrup. Onkologickí pacienti preto môžu absolvovať stomatologické ošetrovanie. Podľa rozsahu výkonu pred výkonom je vhodná kontrola KO. Pri trombocytoch nad 60 G/l a leukocytoch nad 3 T/l je stomatologický výkon bezpečný. Treba mať na pamäti, že pokles hematologických parametrov po liečbe je spravidla prechodný, preto pokiaľ ide o výkon, ktorý nie je urgentný, v čase hematologického útlmu ho skôr odložiť a zrealizovať až po úprave KO. V prípade, že ide o pacienta po splenektómii, trasplantácii periférnymi kmeňovými bunkami, liečbe imunosupresívnymi liekmi (napr. fludarabín, alemtuzumab, cyklosporín, steroidy a iné) a agresívnymi režimami, ktoré vedú k imunosupresii pacienta je vhodné profylaktické podanie ATB pri výkonoch so zvýšenou pravdepodobnosťou krvácania. Odporúčané ATB sú: Amoxicilín 2 g p. o. 60 minút pred výkonom, pri alergii na penicilínové deriváty Klindamicín 600 mg alebo Azitromycín, resp. Klaritromycín 500 mg 60 minút pred výkonom. V prípade komplikovaného hojenia sa môžu pridať dávky aj po výkone, hoci na základe dostupných údajov zriedkavo bakteriémiu pretrváva viac ako 15 minút po výkone /4/.

Nauzea a zvracanie

Nauzea a zvracanie sú typickými sprievodnými prejavmi podávanej chemoterapie, či rádioterapie na hornú časť abdomenu, mediastína. Pacienti v súčasnosti používajú setrónové antiemetiká. Kombináciou

s inými antiemetikami najlepšie vo forme rektálnych čípkov, steroidmi a sedatívami sa dá predísť infúznemu podávaniu liekov. U pacientov s nádorovými ochoreniami môžu byť aj prejavom progresie ochorenia, dysbalancie vnútorného prostredia (hyperkalciémia), intolerancie iných liekov (ATB), obštrukcie gastrointestinálneho traktu (GIT), metastatického postihu centrálného nervového systému /8/.

Hnačky

Ďalším vážnym prejavom chemoterapie alebo rádioterapie sú hnačky. Riziko ich vzniku je vyššie po režimoch obsahujúcich fluoropyrimidíny alebo irinotekan. Príčina hnačiek je spravidla multifaktoriálna, dochádza k dysbalancii medzi vstrebávaním a sekréciou čreva. Opioidy, loperamid sa najčastejšie používajú pri liečbe hnačiek. Spôsobujú zníženie peristaltiky tenkého a hrubého čreva. Pri liečbe irinotekanom sa vytvoril návod ako postupovať pri manažmente hnačiek. Odporúča sa liečba loperamidom, prvá dávka 4 mg, potom 2 mg každé 2 hodiny, pričom v liečbe by sa malo pokračovať ešte 12 hodín po poslednej hnačkovej stolici. Loperamid sa nepodáva preventívne, ale až po vzniku hnačky i napriek hnačkám pri predchádzajúcich cykloch. V prípade neutropénie sa odporúča pridať profylakticky ATB. Počas febrilnej neutropénie je indikovaná širokospektrálna ATB liečba (podľa aktuálneho stavu pacienta v perorálnej alebo infúznej forme). Podľa klinického stavu je indikovaná substitúcia tekutín. Pri hnačkách vyvolaných neuroendokrinnými nádormi je efektívny Oktreotid.

Pacienti po ATB liečbe, ktorá je v mnohých prípadoch kombinovaná majú zvýšené riziko vzniku pseudomembránovej kolitídy, preto pri pretrvávaní hnačiek okrem kultivácií sa odoberá materiál na klostrídiový toxín.

Osobitnou kategóriou sú pacienti po alogénnej transplantácii periférnych kmeňových buniek, kde okrem infekčnej etiológie hnačiek, môže byť príčinou reakcia štep proti darcovi, keď je indikovaná úprava imunosupresívnej liečby a podľa stupňa symptómov ďalšia podporná liečba /8/.

Obstipácia

Príčinou tohto symptómu je inaktivita, metabolické abnormality (hyperkalciémia, hypokaliémia,

Tabuľka 3. Typy infekcií CVK.

Typ	Popis
Kolonizácia katétra	Rast organizmov z hemokultúry z CVK
S CVK spojená infekcia krvného riečišťa	Izolácia toho istého organizmu z HK z periférnej krvi a z HK z CVK, klinické symptómy infekcie krvného riečišťa bez dôkazu iného zdroja infekcie
Infekcia miesta vpichu	Erytém, napätie, opuch a purulencia do 2 cm od miesta vstupu CVK

hypotyreóza, dehydratácia), mechanická obštrukcia, lieky (vinkaalkaloidy, opiáty, antikonvulzíva, anti-depresíva, a iné), resp. ich kombinácia. V liečbe sa okrem dostatočnej hydratácie používajú stimulancia peristaltiky, laxatíva (minerálne alebo osmotické) alebo ich kombinácia /8/.

Profylaktická antimikrobiálna liečba

Antibiotiká

Preventívne podávanie ATB je indikované u pacientov predovšetkým s hematologickými malignitami po agresívnych chemoterapeutických režimoch. Chinolóny sa podávajú za účelom dekontaminácie GITu. Podľa niektorých klinických skúšok znižujú riziko gram negatívnych bakterií a počet dní s teplotami u pacientov s dlhou neutropéniou. Nevýhodou je vznik chinolónrezistentných baktérií a vzostup streptokokových infekcií /9/. Trimetopim/sulfamethoxazol (v dávke 2 x 480 – 960 mg 3 x týždenne, resp. 2 x 2, 2 x týždenne) sa používa u pacientov (pri dlhodobej liečbe steroidmi, na imunosupresívach) ako prevencia pneumocystovej pneumonitídy. Penicilínové deriváty sú indikované po vysokých dávkach cytozínarabinozidu ako prevencia proti infekciám s etiologickým agens streptokokus viridans.

Antimykotiká

Pacienti s hematologickými malignitami, po transplantáciách, po liečbe imunosupresívnymi liekmi (fludarabín, alemtuzumab, cyklosporín, dlhodobá liečba steroidmi) užívajú itraconazol (prevencia non albicans kandidových infekcií a aspergilových infekcií), flukonazol (prevencia kandidových infekcií) v primárnej profylaxii, resp. aj iné druhy antimykotík podľa etiologického agens (sekundárna profylaxia) /9/.

Virostatiká

Skupine pacientov uvedených pri antimykotickej profylaxii sa často podávajú virostatiká, najčastejšie acyklovir či valacyklovir, a to tiež v primárnej (prevencia herpes simplex virus /HSV/ u seropozitívnych pacientov, varicella-zoster virus /VZV/ alebo cytomegalovírusovej /CMV/ infekcie) alebo v sekundárnej profylaxii /9/.

Cetrálny venózný katéter /CVK/

Neodmysliteľnou súčasťou liečby je u mnohých pacientov zavedenie centrálného venózneho katétra.

Dôvodom je zlý venózný prístup, kontinuálne režimy, či cytostatiká, ktoré pri aplikácii do periférnych žíl spôsobujú flebitídy. Najčastejšie komplikácie v domácom ošetrovaní sú infekcie a trombózy CVK /5, 6/.

Infekcie

Preventívne podávanie ATB síce znížilo výskyt s CVK spojených krvných infekcií, ale je spojené so vznikom ATB rezistentných organizmov. Aplikácia ATB masť na miesto inzercie CVK zvyšuje kolonizáciu hubami a ATB rezistentných baktérií. Nie je stanovený optimálny materiál na prekrytie miesta inzercie CVK (sterilná gáza či transparentné materiály) ani optimálna frekvencia zmeny krytia. Typy infekcií CVK sú v tabuľke 3

Ak je podozrenie na infekciu CVK a nie je CVK potrebný, vhodná je jeho extrakcia. Ak je prítomná infekcia miesta vpichu, CVK sa odstráni, zavedie a novom mieste a v prípade sepsy alebo septického šoku sa zahájí ATB liečba. Ak je prítomná sepsa alebo septický šok, treba zahájiť ATB a po vylúčení iného zdroja infekcie odstrániť CVK. Ak je príčinou teplot kolonizácia CVK, treba ho extrahovať a zaviesť na novom mieste, ATB nie sú nutné. Ak ide o teplotu pri infekcii krvného riečišťa spojenej so zavedením CVK okrem extrakcie CVK a jeho zavedenia na novom mieste sú indikované ciele ATB (podľa citlivosti) v dĺžke 10 – 14 dní.

Trombóza

Trombóza CVK predstavuje v súčasnej dobe cca 8 – 10 % všetkých trombóz hlbokého venózneho systému. Je charakterizovaná novo vzniknutou bolesťou v mieste inzercie CVK, horných končatinách (HK), či za hrudou kosťou, opuchom krku, HK, prípadne teplotami. Po verifikácii doplerometricky a hemokoagulačnými vyšetreniami a po zväžení všetkých rizík (hlavne krvácanie) sa zahájí antikoagulačná liečba. Začína sa nefrakcionovaným heparínom alebo LWMH celkovo 5 – 7 dní a pokračuje sa perorálnou antikoagulačnou liečbou warfarínom. Ak je perorálna liečba kontraindikovaná (pulzná liečba, predpokladaný pokles trombocytov, liečba liekmi interagujúcimi s warfarínom) dlhodobo sa podáva liečba nízkomolekulárnym heparínom. Optimálna dĺžka liečby nie je známa, vhodná je po dobu najmenej 6 mesiacov, resp. pokiaľ je nádorové ochorenie aktívne.

Agresívnejšou možnosťou liečby trombózy dolnej dutej žily vyvolanej zavedením CVK je trom-

bolýza a trombektómia. Keďže počet porovnávacích štúdií je nedostatočný, nie je jasné či sú tieto postupy lepšie ako liečba heparínom. Postoj k extrakcii CVK je kontroverzný. Odstránenie CVK závisí od klinických príznakov, CVK funkcie, potreby ďalšej liečby a počtu trombocytov. Profylaktické rutinné podávanie antikoagulačnej liečby sa v súčasnosti neodporúča.

Teploty

Teploty sú frekventovanou a niekedy závažnou komplikáciou pri liečbe v onkológii. Okrem bežného fyzikálneho vyšetrenia u pacienta, ktorému sa podáva chemoterapia, pri teplotách treba aktuálne spraviť krvný obraz, kultivácie a pri neutropénii i napriek negatívnej auskultačnej nálezu na pľúcach RTG hrudníka. Podľa príčiny sa potom začne adekvátna liečba.

Častou príčinou je *infekcia*. Mimoriadnu pozornosť si vyžaduje febrilná *neutropénia* (FN) Včasnou diagnostikou a liečbou sa predíde smrteľným komplikáciám. Definovaná je ako horúčka (výstup telesnej teploty nad 38 °C trvajúci minimálne 1 hodinu alebo 2 výstupy nad 38 °C v priebehu 12 hodín) pri poklese neutrofilov < 0,5 x 10⁹/l, resp. < 1 x 10⁹/l s predpokladom poklesu pod 0,5 x 10⁹/l. Pravidelným monitoringom krvného obrazu sa identifikujú rizikovní pacienti. Po režimoch, pri ktorých sa nepredpokladá pokles KO nie sú indikované pravidelné kontroly KO. Pri novo vzniknutej horúčke u týchto pacientov diferenciálne diagnosticky treba vylúčiť FN. ATB liečba závisí podľa stratifikácie pacientov do rizikových skupín.

Pacienti s nízkym rizikom sú vhodní kandidáti na perorálnu ATB liečbu. Do tejto skupiny patria pacienti so stúpajúcimi hodnotami neutrofilov (predpoklad krátkeho trvania FN), so solídnymi nádormi, v dobrom kondičnom stave, hemodynamicky stabilizovaní.

Vhodná kombinácia je amoxicilín/klavulanát 625 mg á 8 hod v kombinácii s ciprofloxacínom 500 – 750 mg á 12 hod. Pri pozitívnej alergickej anamnéze na penicilínové deriváty namiesto amoxicilín/klavulanátu je vhodné použiť klindamicín 300 mg á 6 hod /7/.

Paraneoplastická alebo nádorom *indukovaná* teplota sprevádza najčastejšie lymfoproliferatívne ochorenia, nádory retroperitonea, metastázy do pečene, hepatocelulárny a obličkový karcinóm. Po vylúčení infekčnej príčiny sa okrem liečby kontrolujúcej rast nádoru používajú nesteroidné antireumatiká (acylpírín, indometacín, po vylúčení kontraindikácií – krvácanie, anamnéza vredov žalúdka), liečba steroidmi /8/.

Horúčky najčastejšie po liečbe Bleomycínom, infúznej liečbe bisfosfonátmi, monoklonálnymi pro-

tilátkami, imunoterapii (interleukínom, interferonom), imunoglobulínmi, dobre reagujú na bežne dostupné antipyretiká (Paracetamol), resp. liečbu steroidmi (pri imunoterapii sa pre zníženie jej účinnosti nepoužívajú).

MUDr. Miriam Ladická

OKHT Národný onkologický ústav
Klenova 1, 833 01 Bratislava

Literatúra

1. Roy S, Clinical Cancer Advances 2005: Major Research Advances in Cancer Treatment, Prevention, and Screening- A Report From the American Society of Clinical Oncology, JCO, 2006, Vol 24, No 1: 1–16.
2. Apperley J, Haemopoietic Stem Cell Transplantation, 2004: 110–111.
3. Agnes Y, Venous Tromboemolism and Cancer: New Insights and Therapy, Hematology 2004, 450–453.
4. Burt R, Antimicrobial Therapy Guide, 17th Edition, 2005: 320–325.
5. David C, Preventing Complications of Central Venous Catheterization, NEJM, 2003, Vol 348, No 12: 1123–1133.
6. Melina Verso, Prophylaxis of UL-VTE in cancer patient with CVC, JCO, 2003, Vol 21, Issue 19 (October): 3665–3675.
7. Drgoňa L, Racionálna liečba infekcií u onkologických pacientov, Via Practica, Onkológia suppl 1/2005: 5–9.
8. Casciato D. Supportive Care, Manual of Clinical Oncology, Fourth Edition: 96–123.
9. Apperley J, Haemopoietic Stem Cell Transplantation, 2004: 147–163

www.leasingslsp.sk sporotel: 0850 111 888

Lízing - rovnocenná forma výhodného financovania aj v zdravotníctve

Patrite k lekárom, ktorí potrebujú vybaviť svoju ordináciu modernou zdravotníckou technikou alebo zariadením, prípadne zabezpečiť dopravnú techniku nevyhnutnú pre výkon svojho povolania?

Jednou z možností je využiť financovanie formou finančného lízingu.

Spoločnosť Leasing Slovenskej sporiteľne, a. s. má skúsenosti s financovaním zdravotníckej techniky a dokáže byť spoľahlivým partnerom pri riešení práve takýchto potrieb.

Leasing Slovenskej sporiteľne, a. s. je univerzálnou lízingovou spoločnosťou a poskytuje lízing na osobné, úžitkové a nákladné automobily, ostatnú dopravnú techniku, ale aj stroje, technológie a zariadenia.

Leasing Slovenskej sporiteľne, a. s. ponúka svoje služby fyzickým aj právnickým osobám a stáva sa tak dôležitým finančným partnerom pri financovaní osobných a podnikateľských zámerov klientov.

Pre Leasing Slovenskej sporiteľne, a. s. bol klient vždy najdôležitejší. Jemu prispôsobuje svoju ponuku, dáva na výber nastavenie jednotlivých parametrov, poskytuje poradenstvo a služby spojené s lízingom.

V najbližších štyroch vydaniach tohto odborného časopisu sme pre vás pripravili sériu článkov, týkajúcich sa financovania zdravotníckej techniky a zariadení formou lízingu.

Ak existujú témy alebo otázky, na ktoré by ste radi našli odpoveď, radi ich pre vás zodpovieme. V prípade záujmu prosím adresujte svoje otázky na našu mailovú adresu info@lslsp.sk. Na čo najväčší počet sa pokúsime odpovedať už v najbližšom čísle.

Lízing od Leasingu Slovenskej sporiteľne, a. s. možno získať naozaj jednoducho, ale najmä pohodlne a rýchlo, keďže najvýraznejším špecifikom spoločnosti je poskytovanie služieb cez sieť pobočiek Slovenskej sporiteľne. Tých je v súčasnosti na Slovensku vyše 300.

Viac informácií získate v obchodných miestach Slovenskej sporiteľne alebo priamo v Leasingu Slovenskej sporiteľne, na nepretržitej linke Sporotel 0800 111 888 alebo 0915 111 888 a na internetovej stránke www.leasingslsp.sk.