

**UVEREJNENÉ: 29.9.2014**

**Hospodárske noviny**

**Príloha - TOP lekári na Slovensku III**

Už po tretí krát držíte v rukách publikáciu TOP lekári na Slovensku. Predstavujeme vám tu lekárov, ktorých nominovali nielen jednotlivé odborné spoločnosti, ale aj nemocnice, špecializované ústavy a zariadenia a v neposlednom rade aj čitatelia Zdravotníckych novín. Z nich potom odborná verejnosť vyberá tých najlepších a hlasuje a tých, čo získali najviac hlasov, nájdete tu.

Na toto dielo sa každý rok teší celý náš tím Zdravotníckych novín. S nedočkavosťou čakáme na nominácie, potom na výsledky hlasovania a nakoniec na samotné stretnutie s víťazmi. Kam pocestujeme tento krát? Aký bude tento lekár? Bude príjemný? Bude mať na nás čas? Bude sa chcieť podeliť s nami o svoju minulosť, spomienky, o svoje zážitky? O príbehy veselé, aj tie smutné? Želám Vám príjemné čítanie.

**AKÚ METODIKU SME ZVOLILI PRI VÝBERE TOP LEKÁROV?**

\* tak ako vlani, aj tento rok sme oslovili odborné spoločnosti, ktoré sme požiadali o výber odborníkov z ich odboru \* tento rok sme nominovali lekárov v nových odboroch \* okrem spoločností sme oslovili aj nemocnice, aby nominovali z radov svojich lekárov tých, ktorých považujú za najlepších \* do výberu sme zaradili aj nominantov Zdravotníckych novín, keďže sme jediný odborný medicínsky týždenník a s mnohými odborníkmi spolupracujeme \* do nominácií sa dostali aj tí, ktorých mená navrhli čitatelia Zdravotníckych novín \* po zozbieraní nominácií sme spustili elektronické hlasovanie, do ktorého sa po výzve v Zdravotníckych novinách zapojilo niekoľko tisíc lekárov a odborníkov \* na základe výsledkov elektronického hlasovania sme urobili hlavný rozhovor s tým lekárom, ktorý v danej špecializácii získal najviac hlasov \* okrem rozhovoru uverejňujeme vizitky ďalších dvoch lekárov, ktorých ste najviac ohodnotili \* mená všetkých nominovaných v konkrétnych tohtoročných špecializáciách nájdete na webovej stránke [www.mediweb.sk](http://www.mediweb.sk)

*(skrátene)*

**Hospodárske noviny, 29.9.2014**

**ROZHOVOR s oceneným**

**Prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD., Klinika infektológie a cestovnej medicíny Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura a LF UPJŠ v Košiciach, prezident Slovenskej spoločnosti infektológov SLS**

## Baktéria je ako žena

Rozvážny, pokojný, vzbudzujúci dôveru... Tak pôsobí špičkový odborník slovenskej infektológie profesor Pavol Jarčuška. Špecializuje sa na HIV infekcie, ale zaujíma ho aj komunikácia medzi baktériami, vraj dokonalejšia, ako je komunikácia ľudská.

\* Ktorá oblasť infektológie, charakteristickej svojím interdisciplinárnym zameraním, vás najviac oslovila?

Snažím sa byť univerzálny infektológ. Sústredenejšie sa venujem dvom, trom činnostiam, ale keďže za mnou chodí veľa pacientov s rôznymi problémami, venujem sa aj širšiemu spektru infekčných chorôb. Dlhú a najviac sa venujem HIV infekciám. Druhou oblasťou sú antibiotiká, vediem aj Ústrednú komisiu pre antiinfekčnú liečbu a antibiotickú politiku MZ SR, u nás v nemocnici robím antibiotické konzíliá hádam 15 rokov, odkedy som si spravil atestáciu. Tretia vec - veľa som sa venoval chlamýdiovým intracelulárnym infekciám, ale to skôr z vedeckého hľadiska. Ale venujem sa, samozrejme, aj vakcinológii i ďalším ochoreniam.

\* Kde sú začiatky vášho rozhodnutia stať sa lekárom, špecializovať sa práve na infektológiu?

Medicína bola pre mňa prirodzená voľba, obaja rodičia boli lekári, takže aj ja, aj môj brat-dvojička sme sa celkom prirodzene rozhodli pre štúdium medicíny. Bolo to za minulého režimu, kedy sme nemohli dvaja z jednej rodiny byť prijatí na jednu školu. Brat ostal v Košiciach a ja som začal študovať na lekárskej fakulte v Olomouci. Po dvoch rokoch sa mi podarilo prestúpiť predsa len do Košíc a v roku 1987 som štúdium ukončil a chcel som sa venovať internistickému odboru. Človek musí mať v živote šťastie na učiteľov... Na tom, kde som a čo robím, má zásluhu predovšetkým prof. MUDr. Ivan Schréter, CSc., ale aj niektorí ďalší ľudia, ktorí mi radili a pomohli. Napríklad prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., s ktorým sme veľa vecí začínali a od ktorého som sa veľa naučil. Mne sa baktérie zdali vždy byť zaujímavé, ale prof. Schréter ma presvedčil, že infektológia je krásna medicína. Zlákalo ma to a nastúpil som na infekčné oddelenie. Po odkrútení vojenskej služby v Českých Budějoviciach som si spravil atestáciu z internej medicíny. Vtedy ma aj nahovárali, aby som ostal internistom, aby som sa venoval niektorému pododboru, kardiológii, nefrológii a podobne...

\* Odolali ste...

Argumentoval som, že infektológia bude stále potrebná a že je oveľa dôležitejšia, ako si často myslíme. Po atestácii z interny som sa vrátil sem na kliniku, spravil som si atestáciu z infektológie a už som tu ostal.

\* Láska k baktériám neprešla doteraz?

Poviem to inak. Fungovanie ľudského organizmu a vznik ochorení si predstavujeme niekedy veľmi jednoducho. Človek nie je mikrobiálne izolovaná bytosť. Každý z nás má v tráviacom trakte 1,5 kilogramu baktérií a ak by sme ich mali zrátať, dostaneme sa niekam k číslu desať na štrnásť. Máme v sebe desaťkrát viac buniek baktérií ako buniek ľudského tela, stokrát viac génov baktérií ako génov ľudského tela. Máme preskúmané komunikačné kanály ako hormóny, enzýmy a podobne. Samozrejme, nie dokonale, ale relatívne dobre, na úrovni analógových liniek to už akotak funguje, naopak, komunikačné kanály medzi baktériami takmer nepoznáme.

\* Baktérie sú naši kamaráti?

Baktérie nemáme v sebe náhodou. Na jednej strane strážia náš imunitný systém, na druhej strane sú zodpovedné za celé spektrum ochorení. Medzi baktériami, ktoré nám škodia, a tými, ktoré nášmu telu prospievajú, prebieha každodenný boj o prežitie. Poznať ich, ovládať ich bude do budúcnosti oveľa dôležitejšou úlohou ľudstva, ako si myslíme.

\* Takže viac o nich nevieme ako vieme?

O mikroorganizmoch, baktériách, vírusoch vieme veľmi málo. Keby sme vedeli viac, vieme predpovedať, kedy vírus zmutuje, kedy vznikne pandémia a podobne.

\* Takže je to pre vás permanentná výzva?

Pre mňa je permanentná výzva predovšetkým pacient, som skôr klinický lekár ako výskumník. Je to tak, ako keď dobývate ženu, musíte vedieť, v čom je dobrá. Aj baktéria je taká - musíte ju poznať, keď ju chcete dostať. Väčšina ľudí uvažuje absolútne schematicky... Mám výsledok nejakého mikrobiologického vyšetrenia, rezistenciu, dám na to nejaké antibiotikum a podľa možnosti to najlacnejšie. Ale treba aj vedieť, prečo tá baktéria tam je, ako sa tam dostala, v akej fáze rastu je, či sa nebráni aj inak ako rezistenciou... Celé toto prekonať je niekedy problém, ktorý nie je také ľahké rozlúsknuť.

\* Ale to by musel byť, takpovediac, hravý, pátrajúci, zvedavý lekár, nielen taký ten bežný typ, ktorý dá pacientovi recept a dovidenia...

Som presvedčený, že veľmi veľa internistov sú rozmyšľajúci ľudia. Ide však aj o to, aby bol človek na takom pracovisku, kde rutina nepreváži nad rozmyšľaním. Tak som bol vychovávaný aj ja, to učíme stále aj študentov medicíny. Aj preto hovorím, že ak som sa stal dobrým lekárom, minimálne spolovice za to môže aj môj učiteľ prof. Schréter.

\* Čo zaujímavé ste v praxi zistili, odhalili?

Neprišli sme na nič také závažné, čo by urobilo zásadný prevrat v medicíne, ale určitým spôsobom kontinuálne posúvame dopredu diagnostiku i terapiu. Človek je malým kolieskom veľkého súkolia, je to vždy tímová práca...

\* Venujete sa HIV pozitívnym pacientom a to je svojím spôsobom vďačná problematika na nové teoretické i praktické poznatky...

Keď som sem ako mladý lekár nastúpil, pre HIV infikovaných pacientov nebola prakticky žiadna liečba, boli prakticky odsúdení na smrť. Priemerná dĺžka ich dožitia bola medzi 12 až 14 rokmi od vzniku infekcie. V Bratislave bol prvý prípad v roku 1985, my sme mali prvého pacienta až o päť rokov neskôr. Vírus nie je možné zlikvidovať úplne, ale účinné lieky dokážu zastaviť jeho rozmnožovanie na minimum.

\* Od tých čias sa ale medicína výrazne posunula...

Prvá efektívna liečba prišla v roku 1996. Napríklad začíname liečiť pacienta s viac ako 100 000 kópiami vírusu v mikrolitri krvi, po 6 týždňoch liečby ich počet klesne pod 40. Podobne ako cukrovka I. typu HIV nie je „vyliečiteľné“ ochorenie. Vieme ho však efektívne liečiť. Máme však k dispozícii lieky a liečebné režimy, ktoré sa nesporne v nasledujúcich rokoch

zdokonalia. Dnes už je najväčší problém v tom, že často pacienti nezomierajú priamo na AIDS, ale na chronické internistické ochorenia, ktoré môžu vznikať v dôsledku vedľajších účinkov liečby. U ľudí sa prejavuje špecifické spektrum infekčných ochorení a nádorov, ktoré sú častejšie a závažnejšie ako u zdravých ľudí. Ide napríklad o kardiovaskulárne ochorenia, zápal pľúc, tuberkulózu, niektoré druhy rakoviny, ako nádor lymfatických uzlín, u žien je vyšší výskyt rakoviny krčka maternice. Na väčšinu z týchto chorôb HIV infikovaní pacienti ešte stále zomierajú. Mali sme napríklad mladučku pacientku, ktorá ako prostitútka v Španielsku mala len afrických klientov a nakazila sa aj tuberkulózu...

\* Od monitorovania v roku 1985 sme zaznamenali na Slovensku približne 700 prípadov infekcie vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti u našich občanov. Pritom sa ale často hovorí o špičke ľadovca...

Spomedzi štátov EÚ máme najnižší výskyt HIV infekcie, a to je skutočne reálny stav, lebo testujeme relatívne veľmi veľa ľudí. Nie je to žiadna špička ľadovca, nepoznáme ľadovec z toho hľadiska, že k nám prídu pacienti, ktorí začali liečbu v zahraničí. Najčastejšie ide o Britániu, kde je približne 150 000 infikovaných a teda šanca nakaziť sa je oveľa vyššia ako doma na Slovensku. V susednej Ukrajine je napríklad až 400 000 infikovaných...

\* Na nedeľnej kázni som počul, že HIV infekcia je Boží trest. A na nete zas boli „zaručené“ informácie, že je to výmysel farmaceutických firiem, ktoré naháňajú biznis. Americký doktor Leonard Horowitz tvrdí, že bol vyrobený v tajných biologických laboratóriách a na jeho vývoji sa podieľala CIA a Ministerstvo obrany USA...

Nemyslím si, že ktorékoľvek infekčné ochorenie je Boží trest. A určite to nie je výmysel farmaceutických firiem. To sú nezmysly... Vírus HIV vieme predsa dokumentovať. Vieme tiež, odkiaľ sa vírus dostal do sveta - pochádza z Afriky a vznikol mutáciou opičieho vírusu SIV s podobnými vlastnosťami. Je zaujímavé, že opice vírus tolerujú lepšie. Aj neliečení Afričania, ak majú dobrý imunitný systém a prísun jedla, prežívajú dlhšie ako priemerní Európania. V Afrike sa nezomiera len na HIV, ako skôr je tam kombinácia malígna podvýživa, tuberkulóza, HIV... Zrejme prvé prípady infekcie pochádzajú z roku 1959. Vírus sa zachoval v krvnej vzorke pacienta v Kongu, nevie sa však, či sa u neho prejavil a rozvinul na AIDS, ani či na túto chorobu aj zomrel. V rovnakom roku bol zdokumentovaný prípad u 25-ročného britského námorníka, ktorý mal príznaky ako fialovkasté kožné lézie, dýchavičnosť, extrémna únava, rýchla strata hmotnosti, nočné potenie a vysoké horúčky. Vzorky z jeho tkanív sa zachovali a v roku 1990 HIV testy potvrdili ich pozitivitu.

\* Ako sa hľadá liek? Neodpichli sa vedci práve od opíc ako prapôvodného zdroja infekcie?

V zásade to nemá význam, možno skôr pri hľadaní vakcíny... Dnes dokážeme poskytnúť pacientom veľmi dobrú liečbu. HIV skraca život, ak pacient príde včas, ak je disciplinovaný, o menej ako jeden rok. Hovoríme o priemernej 70-ročnej dĺžke života, ak pacient príde vo veku 25 rokov. Podmienka je, že nesmie mať ďalšie infekcie, najmä hepatitídu C, že sa u neho budeme snažiť znížiť kardiovaskulárne riziko, ktoré je vyššie ako u neinfikovaných ľudí a na ktoré pravdepodobne zomrie. Máme moderné skupiny liečiv, ktoré toto riziko znižujú. Jedna otázka je, ako vieme vírus zabrzdiť, druhá, či liečba má alebo nemá nežiaduce účinky. To je podobné, ako v každej inej terapii. Práve preto sa dnes intenzívne staráme už o HIV

pozitívnych pacientov, aby boli včas a správne liečení. To znamená, že majú v tele minimálny počet kópií vírusu a ich imunitný systém sa nepoškodzuje.

\* V dostupnosti, zrejme nie lacnej liečby nie sú problémy?

Mesačné náklady na liečbu sa pohybujú v priemere do tisíc eur a je to doživotne. Vždy sme sa však dokázali s poisťovňami dohodnúť. Možno aj preto, že pacientov je tak málo. V Bruseli sa ma raz pýtali na počet pacientov a ocenili, že to u nás nie je devastujúca diagnóza. V liečbe sa riadime odporúčaniami Európskej klinickej spoločnosti AIDS (EACS), ktoré sa každý rok menia, napríklad aktuálne sú z júna. HIV je zaujímavý aj v tom, že ukazuje aj etiku farmapriemyslu. Niekedy je obviňovaný z toho, že sa správa neeticky, ale v prípade HIV sa správa až nadmieru eticky. Skôr by som povedal, že zneužívať problém majú niekedy tendenciu distribútori. Liek, ktorý stojí v EÚ niekoľko sto eur, je v Afrike k dispozícii za jeden či dva doláre. Farmafirmy sa rozhodli zisk minimalizovať humánnym počínom. SZO zistila, že jediný spôsob, ako HIV infekciu zvládnuť v rovníkovej Afrike a ďalších krajinách, aj ázijských, je dať pacientom cenovo dostupnú liečbu.

\* Koľko výrobcov liekov proti HIV infekcii je v súčasnosti?

Dá sa povedať, že každá väčšia farmafirma sa v tomto segmente snaží etablovať, dokonca niektoré v tejto problematike spojili sily. Na rovnu povedané, ak niekto do výskumu a vývoja investuje, chce mať zisk pre seba, a nie sa s ním deliť. Lieky sa kontinuálne vyvíjajú, každý rok príde na trh niekoľko nových, samozrejme, nie absolútne prevratných.

\* Čo nový liek prináša?

Lieky sa vyrábajú predovšetkým preto, aby boli čo najbezpečnejšie. Pacient má 100 000 kópií vírusu a cieľom terapie je, aby mal menej ako 20, ktoré vieme zistiť a ktoré imunitný systém nezlikvidujú. Keď má pacient celý život menej ako 20 kópií, hypoteticky môže žiť dlho ako bežná populácia, ak nevznikne rezistencia. Jediné, čo mu spôsobuje ťažkosti, sú vedľajšie účinky liečby. Preto je snaha výrobcov vyvíjať nové efektívnejšie skupiny liečiv, ale aj staré skupiny zdokonaľovať, aby sa vedľajšie účinky čo najviac minimalizovali.

\* Ale vari sa každý pacient nenastavuje na nové lieky?

Nie. Ak liečba funguje a ak pacient nemá problémy s vedľajšími účinkami, ostáva sa doterajšej terapii, nie je dôvod meniť ju.

\* Ako vníma slovenská spoločnosť HIV pacientov, AIDS? Kedysi choroba homosexuálov, teraz už ale aj narkomanov, prostitútok, teda viac-menej marginalizovaných skupín...

Musím upozorniť, že EÚ termín homosexuál nepoužíva, uvádza sa men who have sex with men (MSM), muži, ktorí majú sex s mužmi, je výrok súdu jednej európskej krajiny, že homosexuál je na úrovni diskriminujúceho výroku. U nás je medzi HIV pacientmi približne 75 percent MSM. Myslím si, že všeobecne je spoločnosť už tolerantnejšia ako pred rokmi. Naši pacienti nehovoria, že by mali väčšie problémy, nikdy sme nemali napríklad problém s pôrodom HIV infikovanej pacientky. Viac ako dvadsať detí, ktoré sa na Slovensku narodili takýmto ženám, sú HIV negatívne. Skôr sa ale stretávajú s problémami u zubných lekárov, ale

vieme im v našom regióne zabezpečiť aj zubnolekársku starostlivosť. Snažíme sa pacientom poskytnúť komplexnú zdravotnú starostlivosť.

\* Akosi sme zabudli povedať, že vediete na klinike pracovisko pre dispenzarizáciu a liečbu HIV pozitívnych osôb...

Okrem nášho centra, resp. dnes už pracoviska, lebo centrá k 1. januáru zanikli, sú ďalšie v Bratislave, Martine, Banskej Bystrici. Každý pacient si môže vybrať, na ktoré pracovisko chce dochádzať. Máme pacientov aj z Bratislavy, napríklad ak sú tam známejší a nechcú, aby sa to o nich vedelo.

\* V Prahe veľmi dobre funguje pre HIV pacientov, najmä pre tých, ktorých napríklad rodina doslova vyhodí, alebo o ktorých sa treba postarať v terminálnom štádiu Dom svetla. Je niečo podobné aj u nás?

Nie je. Problém paliatívnej starostlivosti o HIV pacientov, či stretávanie sa pacientov je v tom, že málokto z pacientov je o svojej chorobe ochotný hovoriť na verejnosti. V štátoch, kde je HIV pozitívnych veľa, sa o tom logicky hovorí viac, vznikajú podporné organizácie, ľudia prezentujú svoje problémy. Napríklad v Londýne a širšom okolí je približne 100 000 infikovaných, teda logicky tam pôsobia aj rôzne pomáhajúce organizácie, podobne aj v USA, kde je približne milión infikovaných.

\* Je HIV aj o nezodpovednosti ľudí, ktorým sexuálna revolúcia zrúcala všetky bariéry?

Určite mimo niekoľkých prípadov, kedy človek nemal šťastie, je to do istej miery aj o nezodpovednosti. Ak niekto kedysi dostal pri transfúzii infikovanú krv, ak sa zdravotník pri práci s infikovaným nakazí injekčnou ihlou, to je proste veľká smola. Ale HIV je ťahanie čerta za chvost dovtedy, kým sa ten chvost neodtrhne... Šanca nákazy je pri nechránenom pohlavnom styku približne 1 : 300, MSM musíme ale často vysvetľovať, že rizikový je aj orálny styk.

\* Je podľa vás reálna v dohľadnom čase vakcína proti HIV infekcii?

Ťažká odpoveď... Záleží zrejme aj na tom, či by išlo o diagnostickú, alebo terapeutickú vakcínu. Terapeutická je snáď reálnejšia, ale tá nerieši problém, že sa človek zaočkuje a už HIV nedostane. Preventívna vakcína je veľký problém. Pri HIV infekcii, ale aj hepatitíde C je značný problém vakcínu vyvinúť aj preto, že vírus má veľmi veľkú variabilitu, neustále mutuje a vlastne ani nevieme, proti čomu by sa vakcína mala vyvíjať. Respektíve, niečo sa vyvinie, ale nie je stopercentná istota, že to chráni, lebo vírus už medzitým zmutoval. Aj naši vedci môžu participovať na výskume vďaka rôznym medzinárodným projektom, ale my konkrétne sa venujeme klinickému výskumu. Keďže však HIV Slovensko nejak významnejšie nepostihuje - ja mám napríklad sto pacientov, venujú sa naši vedci skôr iným problémom.

\* Ktoré sú vlastne najčastejšie infekčné ochorenia v našej populácii?

Tie, ktoré zvláda každý všeobecný lekár pre deti, či dospelých - infekcie horných dýchacích ciest, na ktoré sa píše 85 percent antibiotík. Nasledujú infekcie močových ciest, gastrointestinálne infekcie... Hepatitíd našťastie ubúda, najmä vďaka tomu, že proti typu B sa populácia štandardne vakcinuje v rámci povinného očkovania. Veľa rodičov dáva očkovať

deti aj proti hepatitíde typu A. Najväčším problémom je dnes medzi hepatitídami hepatitída typu C.

\* Môže sa slovenská infektológia pochváliť nejakými úspechmi?

Vo svete je naša infektológia vysoko cenená, ale ak by sme hovorili o jej úspechoch, nemôžeme to zužovať len na infektológiu, lebo je to multidisciplinárny odbor, ktorý veľmi úzko spolupracuje s ďalšími medicínskymi odbormi. Kolegovia nás vyložene potrebujú, doslova si nás pýtajú. Keď chce dať chirurg pacientovi dobrú antiinfekčnú liečbu, potrebuje ma. Podľa mňa naším najväčším úspechom je, že u nás stále existujú samostatné infekčné oddelenia, pacienti sú dobre diagnostikovaní a liečení kvalifikovaným personálom, že každá potrebná terapia je dostupná. V mnohých krajinách, aj vo veľkých mestách, sú infekční pacienti izolovaní na interných oddeleniach.

\* Ale aj u nás sa rušili vďaka poisťovniam špecializované lôžka...

Mnohé infekčné lôžka sa skutočne zrušili, čo nepovažujem za rozumné. Ak by sa v budúcnosti niečo závažné stalo, bude menej nielen lôžok, ale aj špecialistov, ktorí museli prejsť na iné pracoviská. EÚ uznávala, že bývalé Československo malo excelentný systém vakcinácie, ktorý bol neprekonateľným modelom. Sami sme ho postupne liberalizáciou, tlakom rôznych antivakcinačných skupín, apelujúcich na ľudské práva, dostali na hraničnú úroveň. Už nemáme zaočkovanú 100 percent populáciu, pri niektorých ochoreniach to je menej ako 95 percent, a to môže byť pre budúcnosť potenciálna hrozba. Navyše, cestovanie do najrôznejších destinácií je rizikom pre zanesenie infekčných ochorení. Na druhej strane, naši cestovatelia sa už naučili pred cestou prísť do stredísk cudzokrajných chorôb. V niektorých krajinách sa tomu venujú všeobecní lekári bez dostatočných znalostí z infektológie a tropickej medicíny, ale u nás sa tejto problematike a cestovateľom venujú práve infektológovia, špecialisti na cudzokrajné choroby. Mnohí z nich boli vo svete, takže nemajú len teoretické znalosti. Treba povedať, že očkovaní sú napríklad aj naši diplomati, ktorí pracujú v rizikových krajinách.

\* Máme teda dostatok infekčných oddelení a lôžok?

Keby bolo viac oddelení a lôžok, bolo by určite lepšie. Zrušili sa napríklad infekčné oddelenia aj v oblastiach, kde je epidemiologicky vysoko riziková populácia marginalizovaných skupín. Napríklad bolo zrušené oddelenie v popradskej nemocnici, ktorá mala široký záber aj na Spiš. Optimálny model je v Česku, kde majú dostatok lôžok a oddelení.

\* Ale poisťovňa povie, že tie lôžka nie sú využité...

V podstate poisťovne dnes už netrápi obložnosť ako parameter, skôr ich trápia ekonomické náklady na jedného pacienta. Reálne nemôžu byť infekčné lôžka stopercentne využité. Keď máme trojposteľové izby a máme pacienta s hnačkou a druhého so zápalom pľúc, na izbu ich spolu dať nemôžem, musia byť izolovaní. Využitelnosť lôžok u nás je iná, ako na iných oddeleniach. Keď sa budujú špecializované pracoviská pre boj so závažnými infekčnými ochoreniami, treba povedať, že ani tie nebudú naplno využité.

\* Poznáte situáciu v zahraničí. Je niečo, čo infektológom vo svete závidíte?

Určite majú v niektorých krajinách rýchlejší a kvalitnejší diagnostický servis. Keď mám podozrenie na nejaké infekčné ochorenie, potrebujem ho čo najskôr overiť, potvrdiť, či vyvrátiť. V zahraničí to pre niektoré ochorenie je skutočne rýchlejšie. Závisí to primárne od financií... My často potrebné prístroje máme, ale ide sa na ekonomickú využiteľnosť. Ak mám v mikrobiologickom laboratóriu prístroj, ktorý je designovaný na 48 vyšetrení, je optimálne vyšetriť viac ako 40 vzoriek. Ak by som to spravil pre jedného, aj keď vysoko rizikového človeka, veľmi to vyšetrenie predražím. V zahraničí je pacient so závažnou infekčnou diagnózou viac prioritizovaný.

\* Čo je podľa vás najhoršia, najťažšia, najnevyliciteľnejšia infekčná choroba?

To sa nedá povedať... Sú ochorenia, ktoré majú stopercentnú úmrtnosť, napríklad besnota, kde vieme zasiahnuť preventívne a pacienta zachrániť, ak príde na vakcináciu do 48 hodín po uhryznutí zvieratom. Na Slovensku sme však dlhé obdobie besnotu medzi zvieratami nemali, ale v poslednom období sa objavili infikované zvieratá z Poľska. Stopercentnú úmrtnosť majú niektoré pomalovírusové infekcie, ale, našťastie, väčšinou sú také ochorenia veľmi vzácne. Oveľa viac sa bojíme ochorení, ktoré majú veľmi vysokú úmrtnosť a vedia sa veľmi rýchlo rozšíriť v populácii. Tak, ako bola napríklad v roku 1918 tzv. španielska chrípka, meningitída, žltá zimnica, či aktuálne ebola.

\* Čo vás ešte stále na infektológii priťahuje?

Je to veľmi zaujímavá veda. Dal som sa na ňu aj preto, že väčšina pacientov, ak sú dobre liečení, prežije a nie sú to chronickí pacienti. Ak mám napríklad pacienta s ťažkou infekciou, zápalom mozgových blán, úspešne ho vyliečim, odchádza bez následkov - to je krásne, je to ten najlepší pocit sebauspokojenia, ktorý lekár môže dosiahnuť. Samozrejme, nie každý prežije, pacienti aj zomierajú... Postupne som sa začal špecializovať na HIV infekcie, a to je taká parketa medicíny, kde by sa dala každý rok napísať kniha o pacientoch, ktorí sú nesmierne zaujímaví nielen z medicínskeho, ale aj z ľudského hľadiska. Každého lekára teší, ak odbor, v ktorom robí, napreduje a dokáže pomôcť stále väčšiemu počtu pacientov, ak sa pri predtým smrteľných chorobách bavíme už viac o kvalite života. Napríklad dnes už vieme veľmi úspešne liečiť hepatitídu C, HIV infekcie, vieme robiť prevenciu hepatitídy A a B, proste celý segment máme pod relatívne dobrou kontrolou.

\* Čo sa zvládnuť stále nedarí?

Nemocničné infekcie. Slovensko bolo zaradené do medzinárodnej štúdie, ktorá ukázala, že sa ich výskyt pohybuje okolo 4 percent, ale reálny obraz je viac, okolo 7 až 8 percent. Je to o našom vnímaní - niekto sa bojí infekciu vykázať, lebo infekcia je zlá a prečo by ju na oddelení mal mať. Prečo by sme mali pacientom na chirurgických oddeleniach hovoriť, že máme 8 percent infekcií, radšej mu dáme falošnú istotu, že nozokomiálne infekcie nemáme. V mnohých európskych krajinách, ale aj v USA je systém, ktorý sme ministerstvu zdravotníctva opakovane navrhovali, aby pri hodnotení kvality zdravotnej starostlivosti jedným z indikátorov kvality bolo práve reálne hlásenie nozokomiálnych nákaz. Dnes je snahou niektorých nemocníc vykázať čo najmenej nákaz... Nemocnice musia mať stimuláciu, aby náказы hlásili, aby sa tejto problematike zodpovedne venovali. Pritom problém prenosu nozokomiálnych nákaz je „riešiteľný“ problém nedostatočného umývania rúk, čo by znížilo výskyt nemocničných infekcií o polovicu. Treba tiež povedať, že tím ľudí, ktorý sa venuje nozokomiálnym nákazam vo vrcholných riadiacich zložkách nemocníc, je minimálny.



\* Vy ako infektológ ste ohrozený druh?

Keby som bol pri pacientovi s ebolou, určite by som ohrozeným druhom bol. Môže sa mi stať, že sa pichnem HIV pozitívnou ihlou... Ale všeobecne je šanca prenosu infekcie nízka, nejakých 0,3 percenta a viem, čo mám robiť, aby som sa ochránil. Najreálnejšie som ohrozený vtedy, ak sa zaoberám nákazou, pri ktorej neviem o čo ide, ako sa šíri. Väčšinou však vieme, čo liečime, alebo aspoň vieme, ako sa to môže prenášať a sme opatrní. Teda riziko je síce vyššie, ale len pri niektorých nákazách je lekár potenciálne závažne ohrozený. Zdravotníci sú častejšími nosičmi nákaz ako iní ľudia, teoreticky by som mohol nákazy preniesť domov na manželku a deti, ale našťastie sa to ešte nestalo.

\* Čomu sa venujete vo chvíľach voľna?

Tých je teda pomenej, ale v lete sa snažím plávať, v zime zas lyžovať, starám sa o záhradu, rád kosím trávu, rád experimentujem v kuchyni, rád grilujem. Vyložene ma baví cestovanie, pochodil som veľmi veľa krajín... Manželka je tiež lekárka, detská endokrinologička, dcéry sú už veľké, staršia študuje diplomáciu v Prahe, mladšia je v druhom ročníku medicíny. Budem jej prednášať infektológiu, prípadne tropickú medicínu, ale skúšať ju nebudem. Takže hádam budeme mať už tretie lekárske pokolenie v rodine.

\* Sú na našom trhu dostupné všetky potrebné antibiotiká? Aj vaša komisia vlani upozorňovala na absenciu takých, ktoré nie sú pre farmaceutické firmy ekonomicky zaujímavé, napr. oxacilín...

Je pravda, že na Slovensku nie sú niektoré „lacné“ antibiotiká dostupné - napríklad už spomenutý oxacilín v perorálnej forme alebo nitrofurantoin na liečbu uroinfekcií. Na Slovensku je navyše „chronickým problémom“ aj nedostatok niektorých antiparazitárnych liečiv. Ani situácia vo vývoji nových antibiotík nie je ideálna, dokonca počas švédskeho predsedníctva EÚ prýkrát dotovala výskum vývoja nových antiinfektív.

„Je to tak, ako keď dobývate ženu, musíte vedieť, v čom je dobrá. Aj baktéria je taká, musíte ju poznať, keď ju chcete dostať.“

Najreálnejšie som ohrozený vtedy, ak sa zaoberám nákazou, pri ktorej neviem o čo ide, ako sa šíri.

## MÔJ NAJ PRÍPAD

Prvýkrát som pacienta videl v roku 1992, bol už v štádiu rozvinutého AIDS. Po celej Európe viedol dobrodružný život a podľa jeho údajov počet jeho mileniek vysoko prekročil 1 000. Mal viaceré závažné oportunistické infekcie, zlý imunitný stav - nízky počet CD4 lymfocytov. Účinná liečba vtedy nebola. Párkrát sme ho hospitalizovali, skúšali sme mu dávať liečivá zidovudín a didanozín. Stihol sa pobiť s policajtmí a AIDS si liečil najmä alkoholom. Ak mal peniaze, chodil do kasína a mal ich aj preto, lebo rád dával televízne interview. Dávali sme mu pár mesiacov života, pacient sa však dožil začiatku roku 1996, keď bol jeho stav veľmi vážny. Od roku 1996 sme ho nevideli do roku 2002. V roku 2002 zrazu niekto bez zaklopania vkročil do ambulancie. Takmer som odpadol - pacient sa po viac ako piatich rokoch vrátil. V podstatne lepšej kondícii a imunologickom stave, ako keď som ho naposledy videl. Keď som sa ho pýtal, ako je to možné - odpovedal, že odišiel do Nemecka s novou manželkou, ktorá ešte v čase svadby mala 18, on už bol pred päťdesiatkou. Mladá žena bola nákladná

záležitost, tak skúsil vykradnúť benzínovú pumpu, aby mal trochu peňazí. Lenže ho chytili a putoval do väzby. Čo bol v jeho prípade život zachraňujúci výkon - vo väzbe na ňom skúšali efekt nových liečiv a ten bol vynikajúci. Vlastne to bola prvá účinná liečba proti HIV. Po prepustení už manželku nenašiel a vrátil sa na Slovensko. Žiaľ, v posledných rokoch života bol znovu nedisciplinovaný - párkrát sa „stratil“ a konzumoval veľké množstvo alkoholu. A tak sme tipovali, na čo skôr zomrie, na AIDS alebo na cirhózu. V roku 2007 zomrel na komplikovaný zápal pľúc po chrípke. Samozrejme, na preventívne očkovanie neprišiel... Chcel by som spoznať vnútorné mechanizmy baktérií, ako vzájomne komunikujú, ako si medzi sebou dávajú signály, ako sa rozprávajú, lebo sa zdá, že to je dokonalejšia komunikácia, ako je komunikácia medzi ľuďmi.