

Baktéria si nevyberá, či postihne dieťa alebo dospelého

Klinická farmakológia nebola jej snom, napokon sa stala jej koníčkom. Venuje sa antibiotikám a v nemocniciach sa snaží o ich správne používanie. Pacienti ju síce nepoznajú, napriek tomu pomohla už mnohým z nich.

doc. MUDr. Andrea Demitrovičová, PhD.,
Sieť nemocníc Svet zdravia a polikliník ProCare

► Prečo ste si vybrali medicínu? Išlo o rodinnú tradíciu?

Nemôžem povedať, že by som pochádzala z lekárskej rodiny a išlo o tradíciu, i keď mama bola zdravotná sestra, ale otec pracoval na lodi. Rodičia ma však v mojich rozhodnutiach plne podporovali a pomáhali mi. Babkin brat bol uznávaný chirurg a pedagóg na lekárskej fakulte, rodina k nemu vzhliadala, obracala sa na neho s problémami. Mňa to veľmi inšpirovalo a fascinovalo, a aj to malo svoj podiel na výbere. Navyše som altruista a naplnila ma potreba pomáhať. Keď som išla vylučovacou metódou, nevedela som si predstaviť, že by som mohla robiť niečo iné ako pracovať v zdravotníctve, či už ako zdravotná sestra alebo lekárka. Preto medicína.

A čím si vás získala klinická farmakológia a toxikológia liečiv?

Klinická farmakológia bola najprv z núde cnosť, rozhodne to nebol môj sen, niečo, čo som chcela robiť. Farmakológia bola dokonca jediná skúška na vysokej škole, ktorú som neurobila na prvý termín. Keď sme boli v šiestom ročníku na stáži v Národnom onkologickom ústave a videli lekárov na vizite, zdalo sa mi to neskutočne odborné, strašne zložité, fascinovalo ma to, ale zároveň som mala veľký rešpekt a povedala som si, že určite nechcem robiť na onkológii. O pol roka nato som sa ako budúci klinický farmakológ ocitla na onkológii... To sú paradoxy života a naučilo ma to, že nikdy nehovor nikdy. Je zaujímavé, že to, čo som nikdy nechcela robiť, som robila a nakoniec sa to stalo nielen mojou prácou, ale dokonca aj koníčkom. A prečo klinická farmakológia? Bol v tom aj osobný dôvod. Počas školy som v druhom ročníku porodila prvého syna, druhý sa mi predčasne narodil v treťom ročníku. Prvý polrok svojho života bol na umelej pľúcnej ventilácii, pridružovali sa mnohé infekčné komplikácie, boli to dva roky boja medzi životom a smrťou, čo ma veľmi ovplyvnilo. Neskôr, keď som nastúpila do práce, som mala ešte dve dievčatá. Takže pri štyroch deťoch robiť na oddelení a mať služby bolo nemysliteľné. Klinická farmakológia mi umožnila vytvoriť rovnováhu medzi osobným životom a prácou lekára.

Klinickú farmakológiu vnímam ako prepojenie dvoch svetov, a to medicíny a farmakológie. Ako by ste charakterizovali klinickú farmakológiu? Nezamieňajú si niekedy vaši kolegovia či pacienti

klinických farmakológov za farmaceutov?

Klinická farmakológia má medziodbové zameranie. Sú rôzne definície klinickej farmakológie, z ktorých si podľa mňa človek len veľmi ťažko predstaví, čo klinický farmakológ vlastne robí. Je to prenos experimentálnej farmakológie do klinickej praxe a zabezpečenie adekvátnej, účinnej a bezpečnej liečby, ktorá je zároveň aj dostupná, aj ekonomicky prospešná. Kolegovia mi často hovoria, že prinášam iný pohľad. Oni liečia pacienta a niekedy sa ocitnú v slepej uličke, a vtedy sa na to pozriem z iného pohľadu. Správny liek daný na správnu diagnózu musí fungovať. Ak nefunguje, tak sa snažím identifikovať problém – často aj na strane možno nesprávnej diagnózy. Rozdiel medzi farmaceutom a farmakológom je v tom, že my máme za sebou aj internú medicínu alebo pediatriu. Farmakológ je lekár, prešiel si klinikou, vie vyšetriť pacienta, odobrať anamnézu, vie urobiť aj diagnostický proces, nielen terapeutický. Pohľad na pacienta je komplexný, ale zároveň sa hlbšie zaoberáme, čo liek urobí v organizme. Nepozerala sa len na to, že pacient má napríklad hypertenziu, na ktorú mu dáme liek, ale sledujeme komplexne, ako liek funguje, aké nežiaduce účinky prináša, ako funguje v kontexte jeho ďalšej liečby, interakcie liekov. Liečba má byť nielen účinná, ale aj bezpečná, a na to sa často zabúda.

Spomínali ste, že ste nechceli pôsobiť na onkológii. Ako ste sa napokon ocitli v Onkologickom ústave sv. Alžbety?

V čase, keď som končila školu, sa veľmi nedalo vyberať, človek išiel tam, kde bolo voľné, prípadne kde ste niekoho poznali. Profesor Krčméry, môj učiteľ a mentor, mi pomohol v čase, keď mal môj syn ťažkú infekciu, a to ma potom ovplyvnilo v ďalšom smerovaní. Podarilo sa mu vyliečiť u môjho syna závažnú infekciu, a to podaním antibiotika netradičným spôsobom, ktorý bol vtedy na Slovensku unikátny. Teraz je to už relatívne bežné, ale vtedy to bolo asi prvýkrát, čo sa u nás takým spôsobom podalo antibiotikum. Zanechalo to vo mne stopy. Profesor je onkológ, infektológ aj klinický farmakológ, pracoval v onkologickom ústave. Dostala som možnosť získať asistentké miesto na Trnavskej univerzite v Trnave a klinickú prax som robila v Onkologickom ústave sv. Alžbety. Pracovala som na oddelení ako sekundárny lekár, starala som sa o onkologických pacientov, ktorí

podstupovali chemoterapiu. U týchto pacientov idú ruka v ruke infekcie, sú to imunokompromitovaní pacienti, ich imunitný systém býva obvykle priamo ovplyvnený chorobou, a my ho ešte „dorazíme“ protinádorovou liečbou. Sú ohrozenejší a ich infekcie bývajú závažné. Po postupovej skúške som sa v rámci klinickej farmakológie venovala predovšetkým antiinfekčnej liečbe, neskôr antibiotickej politike ako takej. V rámci klinickej farmakológie na OUSA som merala aj hladiny liekov – antibiotík a imunosupresív, pracovala som ako predseda liekovej a neskôr aj etickej komisie, zúčastňovala som sa na klinickom skúšaní liečiv. Musím však povedať, že klinická farmakológia je nedocenená a trpí nezaujmom regulačných orgánov, stakeholderov, pričom má obrovský potenciál. Keď dáme správnu liečbu správne pacientovi, a nielen účinnú, ale aj bezpečnú, s prihliadnutím na farmakoekonomiku a dostupnosť, dosiahnu sa aj finančné úspory, pacienta správne liečime a nezaťažujeme zbytočnými nežiaducimi účinkami.

Vaša úloha sa začína ešte pred podaním lieku alebo až počas liečby?

Niekedy sa priamo zúčastňujem na diagnostickom procese, často aj pred podaním. Alebo aj vtedy, keď kolegovia podajú liečbu a nezafunguje prvýkrát, nefunguje ani druhýkrát, alebo sa vyskytne mimoriadny nežiaduci účinok, prípadne alergia na liek. Veľmi často je potrebná druhá či tretia línia antibiotickej liečby, keď primárna liečba nefunguje. V rámci siete Svet zdravia som vypracovala empirické liečby infekcií, taký súhrn prvotnej liečby, pokiaľ sa riadia ňou a náhodou nefunguje, tak potom nasleduje konzultácia so mnou. Farmakologické konzultácie sú len časť mojej práce, veľká časť je nastavenie procesov antibiotickej politiky.

Už niekoľko rokov rezonuje problém s antibiotikami v súvislosti s rezistenciou baktérií na ne. Vyskytol sa prípad, že nebolo možné použiť nejaké antibiotikum, lebo daná baktéria bola natoľko rezistentná?

Dlhé roky strašíme postantibiotickou érou, ale teraz sme skutočne v nej. Covid k tomu dopomohol masívnym používaním antibiotík, i keď to je primárne vírusové ochorenie. Slovensko patrilo dlhé roky k lídrom v spotrebe antibiotík. Podľa štatistik Európskeho centra pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) sme boli v roku 2016 tretí najhorší v predpisovaní lie-

kov v nemocnici, dokonca sme predbehli Grécko. A tomu, samozrejme, zodpovedá aj rezistencia. Napríklad v rezistencii *Escherichia coli* na ciprofloxacín sme boli prví alebo druhí v Európe v rámci vysokej rezistencie. Obozretné používanie antibiotík má obrovský význam pre budúcnosť. Antibiotická liečba je špecifická tým, že je tam rozkol medzi dobrom pacienta a dobrom všeobecným. Možno ten top liek danému pacientovi v danej chvíli pomôže, ale pre jeho budúcnosť a okolie to práve nemusí byť správna voľba. Antibiotická liečba je ešte fascinujúca tým, že kým lieky z iných skupín reagujú len s vlastným organizmom, pri antibiotikách do toho vstupuje ďalší prvok, ktorým je

Už sa nám stalo, že všetky testované antibiotiká, aj tie nové, ktoré sú na Slovensku dostupné asi dva roky, boli rezistentné.

vírus, baktéria alebo huba. Je to fascinujúce, že musíte dať dokopy farmakokinetiku lieku, farmakodynamiku, musíte rozmýšľať nad tým, či sa liek dostane do miesta infekcie v dostatočnej dávke, zväziť vhodné kombinácie alebo nájsť alternatívny spôsob podania. Niekedy je to taká detektívka namiešať správny kokteil. Veľkou výzvou sú baktérie, ktoré sú na všetky lieky rezistentné, ale určitou kombináciou a spôsobom podania vieme tú rezistenciu prelomiť. Ale áno, už sa nám stalo, že všetky testované antibiotiká, aj tie nové, ktoré sú na Slovensku dostupné asi dva roky, boli rezistentné. Aj keď ich pacient nikdy predtým nepoužil. Samotná antibiotická liečba už nestačí, musí sa uplatňovať antibiotická politika.

Čo to v praxi znamená?

To znamená, že musíme zmeniť prístup k podávaniu antibiotík. Treba zvažovať, či je podanie celkového antibiotika skutočne nevyhnutné, a ak áno, vybrať ho správne a v adekvátnej dávke, zároveň sa vyhýbať tým, ktoré by v danom prípade mohli indukovať určitý typ rezistencie. Je nevyhnutná úzka spolupráca s epidemiológom, často správne hygienicko-epidemiologické opatrenia hrajú v liečbe infekcie kľúčovú úlohu. To máme vo Svete zdravia veľmi dobre zavedené. Keď som sem nastúpila v roku 2016, v niektorých nemocniciach 30 až 50 percent antibiotickej liečby tvorili

chinolóny. Chinolóny sú super, ciprofloxacín je lacný liek, dobre preniká, ale podceňujú sa jeho nežiaduce účinky a obrovským nežiaducim účinkom je práve aj vznik antimikrobiálnej rezistencie. A túto vysokú spotrebu chinolónov sa nám v priebehu dvoch rokov podarilo znížiť. Dnes tvoria do 10 percent antibiotík používaných v nemocniciach. Samozrejme, to sa pretavilo aj do mierne zlepšenej citlivosti.

Aj Štátny ústav pre kontrolu liečiv v roku 2019 vyzval na obmedzenie používania fluorochinolónových antibiotík, keď Európska komisia nariadila obmedzenie používania chinolónových a fluorochinolónových antibiotík vo všetkých členských štátoch EÚ na základe preskúmania ich nežiaducich účinkov Európskou liekovou agentúrou.

Áno, vydali upozornenie na nežiaduce účinky chinolónov. To bola aj jedna z mojich pútí v Národnom ústave detských chorôb, poukazovať na nežiaduce účinky chinolónov, vyhýbať sa im u detí. Nehovorím, že sa nemôžu použiť vôbec, ale dať ich len vtedy, ak nie je iná, bezpečnejšia voľba. Baktéria si nevyberá, či postihne dieťa alebo dospelého človeka. Rezistencie sú rovnaké u detí a väčšina nových antibiotík nie je schválená pre detský vek, lebo nie sú štúdie. Preto je potrebné sledovanie posledných trendov, publikácií jednotlivých prípadov, aby ste sa vedeli vyjadriť k tomu, či použiť daný liek, aj keď nie je schválený pre detský vek, ako off-label, dohodnúť sa s ošetroujúcim lekárom, vysvetliť, aký je prínos a riziká.

Určite aj v klinickej farmakológii platí, podobne ako v iných odboroch, že dieťa nie je malý dospelý. Napríklad ak pre dospelého je účinná tableta ibuprofenu, neznamená to, že bude aj pre dieťa. Aké sú rozdiely medzi deťmi a dospelými?

Určite áno, nielen čo sa týka samotných indikácií, ale aj klinického priebehu. Napríklad dospelý brušnú infekciu zvládne omnoho lepšie, dieťa pri brušných infekciách ide veľmi rýchlo do sepsy. Na druhej strane omnoho lepšie tolerujú vyššie dávky pri niektorých liekoch, a naopak, toxicita niektorých sa prejaví skôr. Farmakokinetika je iná, pečeňový metabolizmus u novorodencov je iný, majú nezrelé eliminačné systémy, a niektoré lieky u novorodencov vôbec nemôžeme

použiť. Farmakodynamika, teda to, ako lieky pôsobia, môže byť tiež iná. U dospelých si ibuprofén dávame kvôli bolesti hlavy, u dieťaťa sa napríklad ibuprofén používa na uzavretie perzistujúceho ductus arteriosus (pozn. vrodená srdcová chyba). Čiže ide o úplne inú indikáciu, ktorá je jedinečná len pre novorodenecký vek, inokedy sa nevyskytuje. Navyše u detí nielenže dávkujete miligramy na kilo, ale dávkovanie sa odlišuje aj podľa veku. Liečba je špecifická aj v tom, že mnohé lieky musíme použiť off-label, aby sme zachránili dieťa.

Spomeniete si na nejaký prípad?

Zaujímavý bol prípad pred desiatimi rokmi. Pomerne krátko bolo na Slovensku dostupné antibiotikum tigeckylin, ktoré v tom čase nebolo schválené pre detský vek. Teraz je už schválené pre deti od 8 rokov. Mali sme problém s liečbou u pôvodne extrémne predčasne narodeného novorodenca, ktorý mal vtedy 5 mesiacov, ale len 2,5 kila, mal ťažké vnútrobrušné infekcie, ktoré sa chirurgicky nedali riešiť. Neustále dochádzalo k prederaveniu čreva na rôznych miestach, dieťa bolo permanentne v sepe. V rámci mnohých antibiotík, ktoré dostalo, sme vypestovali jednu baktériu, ktorá bola na všetky ostatné lieky rezistentná a bola citlivá len na tigeckylin, ktorý pre detský vek nebol schválený. V literatúre som vtedy našla len dva opísané prípady, keď bol tento liek použitý u detí mladších ako 8 rokov – jedno bolo trojročné a druhé šesťročné. A my sme mali 2,5-kilové päťmesačné dieťa. Po zväžení všetkých faktorov, pomeru rizík verzus benefitu, s odvahou pani primárky a so súhlasom rodičov sme toto antibiotikum nakoniec úspešne podali bez toho, aby sa prejavili nejaké nežiaduce účinky. To je úloha klinického farmakológa, nájsť správny liek pre pacienta, so správnym dávkovaním, zväziť všetky dôsledky liečby, poučiť sa z publikovaných správ, zväziť metabolizmus lieku a ďalšie faktory, ktoré môžu ovplyvniť účinnosť liečby.

V rámci Onkologického ústavu sv. Alžbety ste sa venovali aj bezpečnosti liekov budúcich mamičiek. O čo išlo?

Pod vedením profesora Krčméryho sme sa venovali liečbe alebo posudzovaniu teratogenity a indikácií na možné umelé ukončenie tehotenstva budúcich mamičiek. Väčšinou išlo o antiinfekčnú liečbu v gravidite, chronickú liečbu, o antihypertenzíva alebo antiepileptiká. Venovali sme sa tejto téme aj v rámci viacerých predná-

šok na Slovenskej zdravotníckej univerzite, kde sme robili kurzy antimikrobiálnej chemoterapie. V rámci Sveta zdravia so mnou skôr kolegovia konzultujú ohľadne vhodnej antibiotickej liečby u hospitalizovaných tehotných žien s rôznymi typmi infekcie. Pomáham vybrať správnu liečbu tak, aby bola aj účinná, ale aj aby sme nepoškodili dieťaťko a budúcu mamičku.

Prichádzate do kontaktu s pacientom?

V rámci Sveta zdravia priamo s pacientom nie. Robím konzultácie pre 14 nemocníc, fyzicky sa to nedá. Samozrejme, na pôde Onkologického ústavu sv. Alžbety som k pacientovi chodila, pretože to bola jedna nemocnica. Klinickí farmakológovia, ktorí majú svoje ambulancie, prichádzajú s pacientom do priameho kontaktu. Posudzujú polypragmáziu alebo robia analýzy interakcií liekov a navrhujú racionálnejšiu liečbu. Niektorí kolegovia sa klinickej farmakológii venujú v rámci iného odboru. Problém klinickej farmakológie je, že máme málo vyšetrení, ktoré môžeme bodovať. Na to, koľko času vyžadujú, sú veľmi slabo hodnotené. Ja sama som ambulanciu nemala, vykonávala som konziliá pri lôžku pacienta a tiež som stanovovala a interpretovala hladiny liekov. Ukážkovo pracuje klinická farmakológia v Nových Zámkoch alebo v Ružinove. To sú naozaj príklady, ako by malo oddelenie klinickej farmakológie vyzeráť. Vykonávajú konziliá v rámci nemocnice a sledujú pacientov vo svojej ambulancii aj po ich prepustení v prípade, že potrebujú dlhodobú antiinfekčnú liečbu, robia konzultácie pre budúce mamičky, či už na gynekologickom oddelení alebo v ambulancii, sledujú hladiny liekov.

Spomínali ste, že v rámci siete Svet zdravia pripravujete farmakologické intervencie a že dva roky vám to trvalo pri antibiotikách. Ako to prebiehalo v praxi?

Klinická farmakológia je väčšinou viazaná na pracoviská buď lekárskej fakulty, alebo univerzitných nemocníc. A zrazu prišiel klinický farmakológ do regionálnej nemocnice, kde sa mnohí kolegovia s prácou klinického farmakológa nikdy nestretli, nie je to totiž bežný odbor a je nás pomerne málo. Bola to obrovská výzva dokázať kolegom, že im môže klinický farmakológ pomôcť. Na začiatku sme urobili dva základné štandardy. Jeden štandard sa týkal antibiotickej profylaxie chirurgickej ranovej infekcie. Druhý štandard sa týkal určitých kompetencií v predpisovaní a vo viazanosti antibiotík. Antibiotické komisie nefungovali a nechcem pove-

dať, že každý si predpisoval, ako chcel, to nie, ale nebolo to odstupňované, tak ako je odporúčané zo strany či už ministerstva alebo ECDC. Chýbala určitá postupnosť v predpisovaní antibiotík, lekári predpisovali podľa svojich vedomostí a zvyklostí. Začala som trochu bojovať so starými zvykmi, ktoré neboli úplne správne. V nemocniciach som robila semináre o profylaxii a liečbe, vysvetľovala lekárom nielen princípy racionálnej farmakoterapie, ale aj dokazovala svoju kompetenciu im do zvyklostí liečby „vŕtať“. S podporou vedenia sa to podarilo, o čom svedčí napríklad to, že keď sa robil prvý audit antibiotickej profylaxie v roku 2016, tak to dodržiavanie bolo 33-percentné. Ale v roku 2021 som robila tretí audit antibiotickej profylaxie a dodržiavanie už bolo 85 percent. Takže naozaj veľký úspech. Ďalším príkladom je už spomínané používanie chinolónov. V roku 2019 vyšiel dokument ECDC na obozretné používanie antibiotík, obsahoval niekoľko krokov a všetky tie kroky sme my v tom čase už mali zavedené. Nie úplne všetky na 100 percent, ale zavedené. Teraz zavádzame unikátnu vec v rámci Slovenska, priamo v spolupráci s IT oddelením a s firmou, ktorá vyvíja nemocničný informačný systém pri preskripcii. Hovoríme tomu rozšírená antibiotická preskripcia.

Čo to znamená?

Pri predpisovaní antiinfektív musí lekár priamo pred samotným predpísaním zadať určité údaje, ktoré ho navádzajú rozmýšľať, či vôbec ide o infekciu, aby sme neliečili kolonizácie, kultivačné alebo laboratórne nálezy. My musíme liečiť pacienta, laboratórne a mikrobiologické nálezy sú len pomôcka. Čiže ide o určité kroky a otázky, ktoré sa musia vyplniť pred preskripciou antibiotika a ktoré by mali viesť k tomu správne mu výberu. Trocha nás zdržala pandémia, ale teraz dokončujeme implementáciu, chýbajú nám už len tri nemocnice. Určitým spôsobom ide aj o ekonomickú úsporu, ale v prvom rade ide o výber správneho lieku. Stále hovorím, majme na pamäti aj bezpečnosť. Lebo to nie je len bezpečnosť daného pacienta, ale v prípade antibiotík je to aj ekologickej a epidemiologickej bezpečnosť. Pacient, ktorý sa vyliečil z ťažkej infekcie, potom zomrel na klostrídióvu infekciu v dôsledku užívania antibiotík, aj také sa stane. A rezistencia po pandémii je nevídaná a jednoznačne je to dôsledok veľmi častého a intenzívneho používania antibiotík.



Ako sa vám spolupracuje s lekármi z iných odborov?

Lekári veľmi nepoznajú náš odbor. Klinických farmakológov je málo, potreba je veľká, ale zároveň je náš odbor nedocenený. Ja som mala obrovské šťastie, že moji či už predtým riaditelia nemocníc alebo teraz vedenie Sveta zdravia si uvedomujú dôležitosť a prínos tohto odboru. Vždy som mala veľkú podporu vedenia. Dôveru u lekárov som si však musela vybudovať. Dnes je to o tom, že i keď určité antibiotiká sú viazané na moje schválenie, lekári mi nevolajú preto, že musia, lebo potrebujú schváliť liek, ale pretože sa chcú poradiť. Pre mňa je to také ocenenie, že mi dôverujú. Spolupracujem s internistami, intenzivistami, chirurgmi, gynekológmi, neuroológmi, čiže s celým portfóliom odborností.

Pracovali ste v onkologickom ústave, v Národnom ústave detských chorôb a teraz v sieti Svet zdravia. Keď by ste to mali porovnať, v čom sa líšili tieto pracoviská a čo bolo na nich pekné v rámci vašej práce?

Onkologický ústav je koncové, špičkové pracovisko, kde sa robí aj veda a výskum. Je to špecializované pracovisko, rieši užšie spektrum problematiky, čiže lekár do nej skôr prenikol, mohol ísť viac do hĺbky. Národný ústav detských chorôb mi ponúkol širší záber. Robí sa tam špičková medicína nielen v rámci onkológie, operácie bežné aj vysoko špecializované, úrazy, neurochirurgia, infekčné komplikácie v rôznych vekových skupinách detí. Navyše nie som pediater, ale internista, o to je to ťažšie, musela som sa naučiť špecifiku infekcií v detskom veku. Najzávažnejšie však sú infekcie u transplantovaných pacientov. Spomínam si na jedného pacienta, u ktorého



Aj v regionálnej nemocnici sa dá robiť veľká medicína, hovorí doc. Demitrovičová.

Nepôsobila som na zahraničných pracovníkoch, mala som možnosť počuť len prednášky zahraničných kolegov na rôznych podujatiach. Niektorí pracujú podobným systémom, robia farmakoterapeutické konzultácie pri komplikovaných infekciách a ťažko liečiteľných infekciách. Určite by som privítala lepšiu podporu zo strany regulačných orgánov, lepšie bodové ohodnotenie, zaradenie klinickej farmakológie do minimálnej siete, aby bola atraktívnejšia aj pre zdravotnícke zariadenia. Myslím si, že pán profesor Glasa spoločne s pani prednostkou Soboňovou robia ohľadne nášho odboru, čo sa dá, ale neviem, či má niekto zapchaté uši, ale je načase, aby si uvedomili prínos a aby pracovník klinickej farmakológie bolo viac. Klinických farmakológov je naozaj veľmi málo. Za rok atestuje jeden, možno dvaja. Je nepochopiteľné, prečo nie je záujem zo strany štátu.

Ako ovplyvnila pandémia vašu prácu? V súvislosti s covidom sa častejšie spomínali niektoré lieky, diskutovalo sa aj o očkovaní a jeho kontraindikáciách. Zaoberali ste sa aj očkovaním a liečbou covidu?

Áno, v rámci Sveta zdravia som sa podieľala na tvorbe tzv. klinického protokolu. Bolo to začiatkom roku 2020, keď sa ešte skoro nič nevedelo, respektíve sa vedelo veľmi málo, štandardy zo strany ministerstva zdravotníctva neboli vydané. Takže sme sa zahlbili do literatúry, sledovali klinické štúdie, správy aj zahraničné prípady. Organizovali sme online stretnutie primárov a lekárov oddelení, ktorých sa to týkalo, a zdieľali si informácie a skúsenosti. Bohužiaľ, antibiotická liečba bola veľmi masívna, často iracionálna, ale tá choroba bola nová a agresívna, takže chápem často iracionálne podávanie antibiotík. V mnohých smeroch nás to vrátilo späť. Prvý začal mať pacientov s covid-19 východ Slovenska, potom západ, takže som mala mnohé informácie z východu, ktoré som potom, keď mi volali zo západoslovenských nemocníc, vedela sprostredkovať. Je obrovská výhoda, že naberáte skúsenosti z viacerých nemocníc a skúsenosť z jednej nemocnice aplikujete v druhej.

Pamätáte si na nejaký kuriózný prípad?

Mali sme jeden kuriózný prípad, bolo to v jednej z našich nemocníc na začiatku

roku 2020, čiže počas prvej vlny. Prišiel pacient s viacerými dlhotrvajúcimi ťažkosťami, niekoľkomesačným chradnutím, úbytkom na hmotnosti, celkovo sa mal zle. Bol to mladík, u ktorého sme potvrdili infekciu HIV. Tým, že bol covid, infekčné oddelenia nám ho neprebrali, mali vtedy príkaz brať len covidových pacientov. U tohto pacienta s HIV bol plne rozvinutý AIDS s oportúnnymi infekciami ako z veľkej knihy, pacient mal kryptokokovú meningitídu a pneumocystovú pneumóniu. A my sme v regionálnej nemocnici takéhoto pacienta zvládli. Samozrejme, antiretrovírusová liečba sa už potom konzultovala s infektológmi, ale tie ťažké infekcie v rámci plne rozvinutého AIDS sa zvládli u nás v regionálnej nemocnici. Stretávame sa s tým, že aj v regionálnej nemocnici sa dá robiť veľká medicína. Klobúk dolu kolegom, aké situácie dokážu zvládnuť. Bohužiaľ, viackrát sa, naopak, stalo, že po preložení pacienta zo špičkových pracovísk upravujeme liečbu tak, aby bola racionálna.

A spomeniete si na nejaký úsmevný príbeh?

Asi vás sklame, pretože mňa kontaktujú, keď už je pacientovi veľmi zle, s prípadmi, keď si už neporadia alebo poradia len veľmi ťažko, a potrebujú pomoc. Väčšinou si záver o prípade pozerám v informačnom systéme, ale som vďačná, keď mi kolegovia zavolajú, že toto zabralo, tamo pomohlo, liečbu sme ukončili a pacient išiel domov po svojich.

Ako relaxujete? Ako dobíjate baterky?

Na prechádzkach so psom, príroda, turistika a hlavne obrovskú radosť mi robia moje vnučky. Rodina ma dobíja psychicky a fyzicky zase príroda a prechádzky.

Čo pre vás znamená ocenenie TOP lekárka v odbore klinická farmakológia a toxikológia liečiv?

Veľa to znamená. Je to obrovské ocenenie práce. Predpokladám, že tí, ktorí mi posielali hlasy, neboli ani tak pacienti, ale moji kolegovia. Znamená to pre mňa, že akceptujú a vážia si moju prácu a vôbec tento odbor. Znamená to, že vedia, že keď niekedy liečbu upravím, zastavím alebo ich upozorním, tak je to s dobrým úmyslom pre dobro pacienta. Ale hlavne je to výzva, obrovská zodpovednosť a motivácia pracovať ďalej a ešte lepšie.

Jana Andelová

Foto: Pavol Funtál

ho sme sa doslova zapotili. Bol v štádiu dreňovej aplázie po transplantácii kostnej drene, čiže mal nulové biele krvinky, absolútne žiadnu obranyschopnosť. Keď dostal infekciu, zistili sme, že má alergiu na jednu celú základnú skupinu antibiotík, bez ktorých som si nevedela predstaviť, že dokážeme infekcie po transplantácii zvládnuť. Podarilo sa to, ale zapotili sme sa, hlavne kolegovia z transplantácie. Vymyslieť stratégiu liečby tak, aby fungovala a aby pacient počas infekcie neskončil na ARO s anafylaktickým šokom, bola náročná tímová práca. Vo Svete zdravia okrem priamej konzultačnej činnosti, ktorá je väčšinou cez telefón s tým, že mám prístup aj do nemocničných záznamov a môžem si pozrieť výsledky pacienta, som sa musela naučiť klásť správne otázky tak, aby som si prostredníctvom konzultujúceho lekára vedela ako keby pacienta vyšetriť. Pretože lekár sa často zameriava na niečo iné a ja sa otázkami cielene dostávam k tomu, čo potrebujem vedieť na to, aby som navrhla liečbu. Tým, že priamo nevidím pacienta, zväčša poviem nejaké alternatívy a dohodneme sa s ošetroujúcim lekárom, čo je pre pacienta to správne. Druhá časť mojej práce je koncepčná, vytváram štandardy, sledujem prehľady rezistencie v jednotlivých nemocniciach a vytvorili sme určitý plán empirickej liečby, ktorý vychádza síce zo svetových guidelinov, ale je adaptovaný podľa dostupnosti našich liekov a podľa prehľadov citlivosti, ktoré máme. Taká antibiotická politika v praxi, ktorú mám možnosť tu robiť.

Akú zmenu v rámci odboru a jeho fungovania by ste privítali? Prípadne je niečo zo zahraničia, čo by sa mohlo uplatniť aj u nás?