

Centra pro závislé na tabáku v České republice v roce 2012: přehled, ekonomika

^{1,2}Eva Králíková, ^{1,2}Alexandra Kmeťová, ¹Vladislava Felbrová, ¹Stanislava Kulovaná, ²Jiří Rameš, ^{1,2}Lenka Štěpánková, ^{1,2}Kamila Zvolská, ³Jana Skoupá

¹Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

²Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha

³Medicínské datové centrum; 1. LF UK, Praha

Čas. Lék. čes. 2014; 153: 246–250

SOUHRN

Východisko. Od roku 2005 vznikají v ČR při nemocnicích Centra pro závislé na tabáku. **Metodika.** Dotazníkové hodnocení činnosti 37 (100 %) center za rok 2012, ekonomické náklady na léčbu a odhad ceny LYG (life year gained).

Výsledky. Většina center (26 z 37) je na pneumologii. Ordinační doba je průměrně 7 hod./týden. Výkony 25501 a 25503 vykazuje 28 center. Průměrný počet nových pacientů: 45/centrum. Pacienty sleduje 12 měsíců 24 center, 5 center jen 6 měsíců, ostatní déle. Průměrný počet návštěv během roku je 5. Vstupní návštěva trvá v průměru 61 minut, kontrolní návštěvy 22 minut. Náhradní terapie nikotinem i vareniklin jsou indikovány ve všech centrech, bupropion ve 14. Většina využívá návaznost na jiné klinické obory, na další vyšetření je posíláno 10,5 % pacientů. Nejčastější bariérou širší činnosti je absence finančního

ohodnocení a personálního vybavení. Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze léčilo v roce 2012 celkem 430 pacientů za cenu 3792 Kč/pacienta (≈ 150 euro), respektive při úspěšnosti 38 % za cenu 10 003 Kč/úspěšného pacienta (≈ 400 euro) a 1334 Kč/LYG (life year gained) (≈ 50 euro). **Závěr.** V budoucnu by bylo dobré zlepšit pracovní podmínky center a lépe využít tento potenciál potřebné, účinné a navíc velmi ekonomicky výhodné léčby..

KLÍČOVÁ SLOVA

Centra pro závislé na tabáku – léčba – personál – ekonomika – náklady – Life Year Gained (LYG)

SUMMARY

Králíková E, Kmeťová A, Felbrová V, Kulovaná S, Rameš J, Štěpánková L, Zvolská K, Skoupá J. Centres for Tobacco-Dependent in the Czech Republic in 2012: overview and economy

Background. Since 2005, in the Czech Republic the Centres for Tobacco-Dependent are being established at hospitals.

Methods. Evaluation of the activity of these 37 centres in 2012, economic analysis of treatment costs and assessment of the cost of life year gained (LYG).

Results. Most of the centres (26 of 37) are based at pulmonary clinics with opening hours for smokers: on average 7 hours/week. Treatment codes 25501 and 25503 are used at 28 centres. Entry visit usually takes on average 61 minutes, follow-up visits 22 minutes. Nicotine replacement therapy and varenicline are indicated in all centres, but only 14 centres use bupropion. Virtually all centres use links to other clinical disciplines, about

10.5 % of patients are sent to other departments. The most common barriers for wider activity are insufficient salaries and staffing. In 2012, the Centre for Tobacco-Dependent at the 3rd Medical Department, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and the General University Hospital treated 430 patients for the price of 3792 CZK per treated patient (≈ 150 Euro), respectively, with 38 % success rate for the price of 10,003 CZK per abstinent patient (≈ 400 Euro), or for 1,334 CZK per LYG (≈ 50 Euro/LYG). **Conclusion.** In the future it would be good to improve working conditions in centres and to take advantage of their potential for the indispensable, effective and highly cost-effective treatment.

KEYWORDS

Centres for tobacco-dependent – treatment – personnel – economics – cost-effectiveness – Life Year Gained (LYG)

ÚVOD

Léčba závislosti na tabáku má být komplexní, v rámci všech klinických kontaktů, ať již od lékaře, zdravotní sestry, farmaceuta, adiktologa či jiného klinického pracovníka.

Obecně by měla vždy zahrnovat krátkou intervenci podle časových možností, řádově několik minut, a pro zájemce by měla být dostupná intenzivní léčba. Krátká intervence představuje tři základní body: dotaz na kouření, u kuřáka

doporučení přestat a nabídku léčby – přímo nebo zprostředkovaní kontaktu. Závislostí na tabáku by se mělo se zabývat co nejvíce pracovišť různých zaměření v rámci své klinické praxe. V tomto článku hodnotíme jen **specializovanou klinickou léčbu** v ČR, která tu probíhá podle vzoru Nicotine Dependence Center na Mayo Clinic, USA (1, 2) v Centrech pro závislé na tabáku.

Tato centra vznikají od roku 2005, první bylo při III. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze a jako dosud jediné pracuje plnou pracovní dobu jen pro kuřáky. Nyní je v republice 37 center, jejich kontakty jsou na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) www.slzt.cz, kde i řada dalších materiálů ke stažení včetně podrobného popisu jejich činnosti. Schéma návštěv i struktura intervence jsou podrobně popsány na uvedeném webu (viz www.slzt.cz/centra-lecby, „Materiály pro centra“ či „Struktura intervence“ pod mapkou).

METODIKA

SLZT je v kontaktu s pracovníky center, nejméně jednou ročně pořádá celodenní seminář pro jejich lékaře i zdravotní sestry s aktualizací činnosti a poskytuje konzultace v otázkách léčby i praxi, a to lékařům i zdravotním sestřím center. V období březen až červen 2013 jsme rozeslali poštou i mailem všem centrům dotazník, jehož výsledky prezentujeme. Po maximálně třech urgencích mailem i telefonicky odpovědělo 100 % (N = 37) center. Všechny otázky se týkaly jejich činnosti pouze v roce 2012.

Pro ekonomickou analýzu jsme použili data Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN za rok 2012 – celkové náklady na provoz centra podle nákladového střediska včetně mezd: spotřeba materiálu, energie, opravy a údržba, služby, správa, mzdy, zákonné sociální pojištění a náklady, ostatní náklady, odpisy (1 630 525 Kč). Od této částky byly odečteny příjmy za regulační poplatky (56 100 Kč) a zdravotnické služby – samoplátci (724 Kč). Zohlednili jsme počet pacientů v tomto roce (430), jejich průměrný věk (45 let) a úspěšnost léčby 38 % validizované abstinence po roce (3) i předpoklad získaných 7,5 roku života pro kuřáky, kteří v tomto věku přestanou kouřit, podle publikace Dolla et. al (4).

VÝSLEDKY

Centra pro závislé na tabáku

Většina center je na pneumologických klinikách – 26 (70 %), dále čtyři na interních, tři na kardiologii, po jednom centru na neurologii, onkologii, pediatrii a psychiatrii. Centra jsou vždy v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice), aby byla možná návaznost na jiné klinické obory. Označení „Centrum pro závislé na tabáku“ je uvedeno na informační tabuli ve 23 zdravotnických zařízeních (62 %), ve statutu zdravotnického zařízení v 20 případech (54 %), na dveřích ordinace na 25 pracovištích (68 %), v telefonním seznamu zdravotnického zařízení 18krát (49 %), na webové stránce zdravotnického zařízení 27krát (73 %).

Ordinační doba

Týdně ordinují centra pro kuřáky průměrně 6,84 hod. (v rozmezí 1–40, SD 8,15), po odečtení nejvyšších hodnot ze dvou center (40 a 34 hodin týdně) je to v průměru 5 hodin týdně. Konzultace přes internet poskytuje 41 % center (15). Počet místností, které má centrum k dispozici v době ordinace: jednu místnost má 21 center (57 %), dvě místnosti devět center, tři místnosti tři centra, po jednom centru čtyři a pět místností (tab. 1).

Vykazování léčby, vzdělávací aktivity

Centra, která splňují základní podmínky SLZT, mohou nasmlouvat dva výkony určené pro léčbu závislosti na tabáku: vstupní intervenci – 25501 (60 min), a kontrolní návštěvu – 25503 (30 min). Tyto výkony používá 28 center (76 %). Centra by měla také edukovat ostatní zdravotnické pracovníky. Školení/vzdělávací akce v krátké intervenci pro lékaře pořádalo celkem 14 center (38 %), přičemž pět center 1krát, šest center 2krát, dvě centra 3krát, jedno centrum více než 10krát. V edukaci sester bylo aktivních 15 center (41 %), a sice šest center 1krát, šest center 2krát, dvě centra 3krát, jedno centrum více než 10krát.

Pacienti, úspěšnost

Průměrný počet nových pacientů na jedno centrum byl 45,09 (6–430, SD 71,83), po odečtení 430 z největšího centra

Tab. 1 Vybraná data z Center pro závislé na tabáku za rok 2012 (N = 37 center, tedy 100 %, některá centra však nezodpověděla všechny otázky, 3 centra v roce 2012 nebyla ještě v provozu)

	N	Průměr	Interval spolehlivosti –95,000%	Interval spolehlivosti –95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Rozptyl
Ordinační doba – hod./týden	37	6,84	4,12	9,56	4,00	2,00	8	1,00	40,00	66,47
Počet nových pacientů / rok	33	45,09	19,62	70,56	27,00	20,00	5	6,00	430,00	5159,77
Bez 430 pacientů pracoviště autorů	32	33,06	25,87	40,25	27,00	20,00	5	6,00	80,00	397,67
Počet návštěv za rok	34	5,03	4,21	5,84	4,75	více- násobný	7	2,00	12,00	5,45
Trvání vstupní intervence	36	60,69	51,66	69,73	60,00	60,00	13	20,00	180,00	713,08
Trvání kontrolní návštěvy (min)	36	21,53	18,82	24,24	20,00	20,00	12	10,00	45,00	64,03

případlo průměrně 33,06 (6–80, SD 19,94) pacientů na jedno centrum.

Všem centrům je k dispozici webová aplikace ELZT (elektronická léčba závislosti na tabáku), kterou lze používat jako zdravotní dokumentaci nebo jen zapisovat několik základních „povinných“ údajů pro evidenci. Do ELZT však zapisuje pravidelně jen sedm center (19%). Důvodem absence je nejčastěji čas či zdvojená dokumentace. Přitom 18 center (49%) by si přálo své výsledky z ELZT využít k hodnocení.

K hodnocení úspěšnosti se nabízí velký prostor. Samo si úspěšnost hodnotí 17 center (46%). Ať již samohodnocením nebo odhadem, úspěšnost uvádějí průměrně 36%, v rozmezí 0,6–72%, přičemž průměrně uvádějí, že na poslední návštěvu přijde 30% pacientů. Tím však centra sama podávají důkaz o nereálnosti tohoto odhadu: Úspěšnost počítáme ze 100% těch, kdo do centra přišli, a jen ti, kdo přijdou osobně na poslední návštěvu a mají negativní hodnoty CO, jsou považováni za nekuřáky. Není tedy možné, aby byla úspěšnost vyšší než procento těch, kdo na poslední návštěvu přišli.

Průběh léčby

Délka sledování je většinou 12 měsíců, takto sleduje pacienty 24 center (65%), pět center sleduje pacienty jen 6 měsíců, ostatní déle. Aktivně pacienty po 12 měsících kontaktuje 16 center (43%).

Průměrný počet návštěv během roku je 5 (5,03 v rozmezí 2–12, SD 2,34). Jen 22 center (59%) vyplňuje při každé návštěvě Minnesotskou škálu abstinčních příznaků, 32 center (86%) uvádí vyplňování Fagerströmova testu závislosti na cigaretách. Monitor CO má 34 center (92%), ale při každé návštěvě měří CO jen 29 center (78%).

Vstupní návštěva je většinou jen jedna (26 center, 70%), na dvě (screening + intervence) ji dělí jedenáct center (30%). Vstupní intervence (v případě dělených návštěv obě dohromady) trvá v průměru 61 min (60,69 v rozmezí 20–180

min, SD 21,66), kontrolní návštěvy 22 min (21,53 minut v rozmezí 10–45, SD 6,49). Vstupní intervence je v 31 centrech (84%) individuální, v šesti centrech individuální i skupinová s počtem do čtyř osob.

Intervence obsahuje identifikaci s nekuřáctvím v 31 centrech (84%), prevenci zvyšování hmotnosti v 32 centrech (86%), hledání nekuřáckých řešení pro typicky kuřácké situace v 34 centrech (92%), princip závislosti vysvětluje 33 center (89%), princip farmakoterapie 33 center (89%).

Farmakoterapie

Všechna centra (37 center, 100%) indikují náhradní terapii nikotinem (Nicorette, Niquitin) i vareniklin (Champix), ale jen 14 center (38%) bupropion jako Wellbutrin a jen dvě centra (5%) bupropion jako Elontril. Často uvádějí ohledně bupropionu odesílání na psychiatrii.

Personální zastoupení

Ve většině center (25 center, 68%) pracuje jeden vyškolený lékař, v osmi centrech dva lékaři, ve dvou centrech tři a po jednom centru čtyři a pět vyškolených lékařů. Jednu vyškolenou sestru má 21 center (57%), dvě sestry šest center (16%), po jednom centru má čtyři a osm vyškolených sester. Žádnou nemá osm center (22%). Tato situace je dána personálními změnami, školení průběžně probíhají.

Návaznost na jiné klinické obory

Možnosti zdravotnického zařízení pro spolupráci s jinými klinickými obory využívá naprostá většina center, nejčastější je návaznost na pneumologii (34 center), obezitologii (34 center), internu (34 center), kardiologii (33 center), diabetologii (33 center), psychiatrii (29 center), endokrinologii (28 center). Odhad počtu pacientů posílaných na další vyšetření je 10,5%. Konziliární službu je schopné poskytovat 14 center (38%), ale téměř nikde není prakticky využívána.

Tab. 2 Struktura nákladů na léčbu v Centru pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK v roce 2012

Výdaje	
spotřeba materiálu MZT	8 493 Kč
spotřeba materiálu – zdravotnická technika	5 413 Kč
energie (voda 1765 Kč, elektrická energie 15 996 Kč)	17 762 Kč
stavební údržba	11 434 Kč
správa (praní prádla 1680 Kč, úklid 1200 Kč)	2 880 Kč
ostatní služby	8 972 Kč
mzdové náklady	1 205 757 Kč
zákonné sociální pojištění	405 590 Kč
zákonné sociální náklady	21 048 Kč
Celkem výdaje	1 687 349 Kč
Příjmy	
regulační poplatky	56 100 Kč
zdravotnické služby – samoplátci	724 Kč
Celkové výdaje po odečtení příjmů	1 630 525 Kč
počet léčených pacientů	N = 430
počet úspěšných pacientů (úspěšnost 38%, podle 4)	N = 163
náklady na jednoho léčeného pacienta (1 630 525/430)	3792 Kč
Náklady na jednoho úspěšně léčeného pacienta (1 630 525/163)	10 003 Kč
Cena roku získaného života (LYG, life years gained) při předpokladu 7,5 roku/pacienta (podle 4) (10 003/7,5)	1338 Kč

Bariéry v léčbě

Jako hlavní překážku činnosti center uváděli respondenti zcela jistě absenci finančního ohodnocení a s tím související nedostatek času a personálního vybavení. Podstatný je přístup zdravotních pojišťoven, ale i vedení klinik, nemocnic a obecně legislativa – např. absence nekuřáckých restaurací, zákaz reklamy atd. Kromě příspěvku 4000 Kč jedné zdravotní pojišťovny (207) si pacienti sami hradí farmakoterapii. Obecně si centra stěžují na pokles zájmu i počtů pacientů, daný mimo jiné i malým zájem kolegů, kteří s pacienty o kouření nemluví a nedoporučují je do center.

Ekonomika

Léčba závislosti na tabáku je jednou z ekonomicky nejnákladnějších intervencí v medicíně (5–9). Proto jsme se pokusili o orientační analýzu nákladové efektivity, hodnotící vynaložené náklady na rok získaného života (LYG, life year gained).

Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze léčilo v roce 2012 celkem 430 pacientů. Validizovaná úspěšnost tohoto centra byla 38 % (3). Celkové náklady na provoz centra činily v tomto roce 1 630 525 Kč (po odečtení příjmu za regulační poplatky 56 100 a placené zdravotnické služby 724 Kč) (tab. 2). Medikaci si pacienti hradili sami.

Na jednoho léčeného pacienta připadá tedy částka 3792 Kč (1 630 525/430). Pokud uvažujeme úspěšnost 38 %, znamenalo to 163 abstinujících pacientů. Náklady na jednoho úspěšně léčeného kuřáka tedy činily 10 003 Kč (1 630 525/163).

Po dobu 12 měsíců abstinovalo 38 % pacientů, tedy 163 osob, muži a ženy rovnoměrně zastoupení, v průměrném věku 45 let (3). Jestliže po zanechání kouření v 50 letech získá kuřák průměrně 6 let života navíc a ve 40 letech 9 let života navíc (4), můžeme uvažovat, že naši pacienti v průměrném věku 45 let získali v průměru 7,5 roku života navíc. Cena 1 roku získaného života (LYG) tedy činila 1333,70 Kč (10 003/7,5). Celkem získali naši pacienti 1222,5 roků života (163 × 7,5).

DISKUZE

Na situaci je bohužel znát, že kromě pracoviště autorů (toho centrum jako jediné pracuje plnou pracovní dobu jen pro kuřáky) mají centra pro léčbu kuřáků vyhrazen jen omezený čas a omezené personální možnosti, zdravotnická zařízení se často svými centry příliš „nechlubí“ (nedostatečné označení). To se podepisuje na počtu pacientů a je to nejčastějším steskem jinak motivovaných a vyškolených lékařů i sester. Sami cítí, že by tato činnost pro jejich pacienty měla velký význam a rádi by se jí věnovali více.

Ve vlastních odhadech úspěšnosti léčby bez přesného vedení statistiky je vidět nereálnost odhadů a potřeby systematického hodnocení podle daných pravidel – takovou možnost dává právě webová aplikace ELZT, jak ukazují výsledky pracoviště autorů. Z výše uvedených omezených kapacitních důvodů však není dostatečně využívána.

Překvapivé je, že ačkoli 92 % center má monitor CO, jen 78 % měří CO při každé návštěvě, i když se jedná o úkon v řádu 2 minut. Přitom tato hodnota slouží jednak k odhadu intenzity kouření, a tak odhadu množství nikotinu vstřebané k jedné cigaretě a stanovení farmakoterapie, jednak k objektivizaci expozice tabákovému kouří.

Na našem pracovišti se osvědčilo rozdělení vstupní návštěvy na dvě – screeningovou a vlastní intervenci. Takové

možnosti však využívá jen jedenáct center, samozřejmě hrají roli opět časové a personální možnosti.

Data také ukazují výhodnost lokalizace center v nemocnicích, protože často využívají návaznosti na jiné klinické obory.

Překvapivé je omezené využívání třetího z léků první linie, bupropionu – jen 38 % center předepisuje Wellbutrin, respektive 5 % předepisuje Elontril.

Součástí dotazníku byla také nabídka sedmi letáků, resp. brožurek pro pacienty, které SLZT vydala: „Sekněte s cigaretami než cigarety seknou s vámi“, „Kouření a těhotenství“, „Kouření a duševní zdraví“, „Nemoc – příležitost přestat kouřit“, „Pasivní kouření“, „Kouření a diabetes mellitus“, „Kouření a kila“. Tyto materiály byly centřům podle jejich přání zaslány.

Centřům byla poskytnuta zpětná vazba ve formě těchto výsledků na setkání jejich pracovníků v září 2013, kdy jsme se zaměřili na slabá místa.

Pokud jde o farmakoeconomickou část, tak leží náklady na rok zachráněného života hluboko pod obecně přijímanou hranicí ochoty platit v českém zdravotním systému, a to řádově statisíce Kč/LYG (10). Navíc v našich výpočtech není zohledněn finanční přínos za výkony 25 501 (vstupní intervence, 417 bodů) a 25 503 (kontrolní návštěva, 209 bodů) pro pracoviště. Uvedený propočtení nákladů na rok zachráněného života potvrzuje literární údaje o tom, že intervence u závislých na tabáku vedoucí k abstinenci jsou vysoce nákladově efektivní. Přitom v našem propočtu není zahrnuta redukce morbidit u trvale abstinujících osob. Zohlednění nákladů spojených s komorbiditami u kuřáků by námi propočtené náklady na rok zachráněného života ještě snížilo.

Podrobnější analýza jednoho pracoviště ukazuje, že dosahovaná úspěšnost (podíl abstinujících po roce) může být na specializovaném pracovišti vysoká, přesahující míru abstinujících v klinických studiích (11–16). Kromě velmi intenzivních intervencí v tom může hrát roli i vyšší motivace pacientů, kteří tato centra vyhledávají.

ZÁVĚR

V České republice existuje síť pracovišť s lékaři a sestrami, schopnými a motivovanými léčit závislost na tabáku, bohužel k tomu často nemají dostatečné podmínky. Vedení jejich klinik, ale ani zdravotní pojišťovny si neuvědomují význam i ekonomickou výhodnost této léčby. Můžeme si jen přát, aby se situace v souladu s trendem ve vyspělých zemích změnila.

Léčba závislosti na tabáku šetří nejen životy, ale i peníze. Čím více do ní stát investuje, tím více životů i peněz ušetří. Jedná se o extrémně ekonomicky výhodnou lékařskou intervenci.

Doufáme, že lékaři a sestry center neztratí motivaci a odhodlání a že budeme všichni v této aktivitě pokračovat. Zcela jistě je to krok správným směrem.

Seznam použitých zkratk

CO	oxid uhelnatý
ELZT	elektronická léčba závislosti na tabáku
LYG	life year gained
SLZT	Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT 12170-5 a PRVOUK 25/LF1/2.

Literatura

1. Croghan IT, Offord KP, Evans RW, Schmidt S, Gomez-Dahl LC, Schroeder DR, Patten CA, Hurt RD. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(10): 917-924.
2. Hurt RD, Ebbert JO, Hays JT, McFadden DD. Treating tobacco dependence in a medical setting. *CA Cancer J Clin* 2009; 59(5): 314-326.
3. Kralíkova E, Kmetova A, Stepankova L, Zvolška K, Davis R, West R. Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy. *Addiction* 2013; 108(8): 1497-1502.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519.
5. Stapleton JA, West R. A direct method and ICER tables for the estimation of the cost-effectiveness of smoking cessation interventions in general populations: application to a new cytisine trial and other examples. *Nicotine Tob Res* 2012; 14(4): 463-471.
6. The NICE Tobacco Return on Investment Tool, National Institute for Health and Clinical Care Excellence, www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/returnoninvestment/TobaccoROITool.jsp
7. Flack S, et al. Cost-effectiveness of Interventions for Smoking Cessations. York Health Economics Consortium 2007; www.nice.org.uk
8. Wang D, et al. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technology Assessment* 2008; 12(2): III-IV, IX-XI, 1-135.
9. Annemans L, et al. Cost effectiveness of varenicline in Belgium, compared with bupropion, nicotine replacement therapy, brief counselling and unaided smoking cessation: a BENESCO Markov cost-effectiveness analysis. *Clin Drug Investig* 2009; 29: 655-665.

10. Doležal T. Kde leží hranice ochoty platit za QALY? *Farmakoekonomika* 2007; 2(1): 21-22.
11. Nohler E, et al. Long-term follow-up of a high- and a low-intensity smoking cessation intervention in a dental setting – a randomized trial. *BMC Public Health* 2013; 13: 592-601.
12. Jorenby DE, et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(11): 56-63.
13. Nides M, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha_4\beta_2$ nicotinic receptor partial agonist. results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1561-1568.
14. Gonzales D, et al. Varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2006; 296(1): 47-55.
15. Tonstad S, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 64-71.
16. Aubin H-J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised openlabel trial. *Thorax* 2008; 63: 717-724.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN
 Studničkova 7, 128 00 Praha 2
 e-mail: eva.kralikova@lf1.cuni.cz

PLÁNOVANÉ AKCE SLOŽEK ČLS JEP

ŘÍJEN 2014

22. až 24. října

60. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

Místo: Brno

Pořadatel: Česká urologická společnost ČLS JEP

24. října

Den uveitid 2014

Místo: Praha

Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP

30. října

Zkušební s rivaroxabanem v léčbě HŽT a PE

Místo: Strakonice

Pořadatel: Spolek lékařů Strakonice ČLS JEP

LISTOPAD 2014

Škola anafylaxe

4. listopadu Brno

11. listopadu Praha

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

5. listopadu

Morfologický večer

12. listopadu

Večer Infekční kliniky

19. listopadu

Večer Kliniky zobrazovacích metod

26. listopadu

Večer Dermatovenerologické kliniky

Místo: Plzeň

Pořadatel: Spolek lékařů Plzeň ČLS JEP

7. listopadu

16. Brněnské setkání dětských neurologů a pediatriů

Místo: Brno-Kohoutovice, hotel

Myslivna

Pořadatel: Společnost dětské neurologie ČLS JEP

XIV. českokrumlovský seminář dětské neurologie

7. až 8. listopadu

Místo: Český Krumlov

Pořadatel: Česká společnost dětské neurologie ČLS JEP

11. až 12. listopadu

Tradiční setkání pracovníků kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center

Místo: Karlovy Vary

Pořadatel: Společnost sociální pediatrie ČLS JEP ve spolupráci s Krajským dětským domovem pro děti do 3 let

13. listopadu

Lékové alergie

Místo: Praha

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

14. listopadu

IV. neuromodulační den

Místo: Praha

Pořadatel: FN Motol

27. až 29. listopadu

VII. kongres České lékařské akademie – Současný stav a perspektivy regenerativní medicíny

Místo: Mariánské Lázně

Pořadatel: Česká lékařská akademie ve spolupráci s ČLS JEP, Psychiatrickou klinikou 3. LF UK, Psychiatrickým centrem Praha a Českou lékařskou komorou