

Návrat starých nemocí

Ještě nedávno byla považována za banální „nemoc špinavých rukou“. Jenže loni žloutenka typu A ukázala i mnohem nebezpečnější tvář. Proč přibýlo těžkých průběhů? Koho nemoc ohrožuje nejvíc a jak se proti ní účinně bránit? Nejen o žloutence, ale i o návratu „starých“ infekcí a hrozeb jsme si povídali s infektologem **MUDr. JIŘÍM SAGANEM (41) z Kliniky infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava.**



■ **Proč žloutenka typu A v posledních měsících udeřila takovou silou? V loňském roce ji prodělalo 3 266 lidí a 36 zemřelo. Nejvíce případů bylo v Praze, ve Středočeském a v Moravskoslezském kraji. Na podzim se pak situace zhoršila i na jihu Moravy.** Není to tak, že by se objevila náhle. V Moravskoslezském kraji se s ní potýkáme už zhruba dva roky. Díky tomu, že se objevila v Praze, se z ní stalo mnohem viditelnější, celostátní téma. Z původně spíše lokálních a lehčích případů se postupně stala rozsáhlá epidemická situace a vidíme i těžší průběhy onemocnění. Dříve se žloutenka typu A vnímala spíše jako nemoc, kterou člověk prodělá a bez následků se uzdraví. Jenže dnes zasahuje i pacienti, kteří už mají jiné onemocnění jater – například cirhózu nebo nějaké chronické potíže –, což může způsobit i velmi těžký průběh infekce, a v krajních případech vést až k úmrtí. Právě proto je situace tak vážná a poměrně složitá.

EPIDEMIE ŽLOUTENKY

V loňském roce udeřila žloutenka typu A v celé České republice. Podle dat Státního zdravotního ústavu ji prodělalo 3 266 lidí, z čehož 36 zemřelo (30 mužů a 6 žen). Nejvíce případů hlásila Praha (více než třetina), pak Středočeský kraj a Moravskoslezský kraj. Ve srovnání s předchozími lety se jednalo o enormní nárůst, např. v roce 2024 evidovala ČR jen 636 případů, a o rok dříve jich dokonce bylo rekordně málo, jen 66. Loňská čísla jsou nejhorší v polistopadové historii, předčila i epidemii z roku 1996, kdy onemocnělo 2 083 Čechů. Před listopadem 1989 bylo ovšem takové číslo poměrně běžné, pod 2 tisíce případů za rok se země dostala jen výjimečně (v letech 1986 a 1987). Rozsáhlá epidemie žloutenky typu A se v tuzemsku objevila v roce 1979, kdy se nakazilo přes 32 tisíc lidí. Nákazu tehdy způsobily jahodové nanuky vyráběné z infikovaných jahod dovážených z Polska.

■ **U některých pacientů v těžkém stavu prý bylo dokonce nutné přistoupit k transplantaci jater.**

Ano, u části nemocných je skutečně nutné předat je do péče transplantčního centra. V případech, kdy onemocnění probíhá velmi těžce a rychle, je transplantace jater někdy jedinou možnou formou léčby.

■ **Je to dáno tím, že se virus žloutenky změnil a je agresivnější?**

Ne, spíše se změnila situace kolem něj. Dříve jsme se setkávali spíše s menšími, ojedinělými epidemiemi. Zpravidla šlo o jednotlivé případy, kdy si lidé infekci přivezli ze zahraničí, například z dovolené. Tito pacienti byli většinou jinak zdraví a onemocnění u nich probíhalo relativně lehce. Dnes je ale případů mnohem víc a nákaza zasahuje výrazně širší část populace. A tím pá-

„Zkraje se může žloutenka podobat třeba i chřipce.“

dem se dostává i k lidem, kteří už mají jiné závažné zdravotní problémy, zejména onemocnění jater. Právě u nich pak může mít žloutenka výrazně těžší průběh, zasahuje i vysoce rizikové pacienty, s nimiž jsme se dříve v takové míře nesetkávali.

■ **Může žloutenku zhoršit i ztukovatění jater, tedy hromadění tuku v jaterní tkáni? Odhaduje se, že tímto problémem dnes trpí až 30 % populace. Připomeňme, že ztukovatění nezpůsobuje jen alkohol, ale také obezita a nezdravý životní styl.**

Samotné ztukovatění jater většinou nepředstavuje tak závažný problém jako ja-

„Virus hepatitidy A je dlouhodobě velmi stabilní a nemá výraznou tendenci mutovat. To je mimo jiné důvod, proč proti němu máme spolehlivou a účinnou vakcínu,“ upozorňuje MUDr. Sagan.

terní cirhóza. Ztukovatění úzce souvisí s naším životním stylem. Málo se hýbeme, máme sedavá zaměstnání, vysoký kalorický příjem a celkově špatnou kondici. Je to daň za to, jak dnes žijeme. Má-li pacient „jen“ ztukovatělá játra a onemocní žloutenkou, obvykle neočekáváme úplně těžký průběh. Zásadní riziko nastává až u pacientů právě s cirhózou jater. Tam už může infekce probíhat velmi vážně, a v krajním případě může vést i k úmrtí.

■ **Jaký je vlastně typický průběh onemocnění?**

Úplně zásadní je říct, že u žloutenky typu A je podle platné vyhlášky vždy nutná hospitalizace na izolaci, a to minimálně na sedm dní, záleží však také na domluvě s epidemiology. Jakmile se prokáže aktivní onemocnění, pacient musí do nemocnice. U většiny pacientů má onemocnění naštěstí poměrně příznivý průběh. Někteří zežloutnou, mají žluté bělmo nebo kůži. U jiných se žloutenka navenek vůbec projevít nemusí. I v těchto případech ale mohou mít zvýšené jaterní testy, které ukazují, že v játrech probíhá zánět, a je potřeba pacienta sledovat a pravidelně kontrolovat laboratorní hodnoty. Když během hospitalizace vidíme, že se jaterní testy postupně zlepšují a ke konci pobytu klesají, můžeme pacienta propustit a předpokládáme, že onemocnění je zvládnuté a dojde k uzdravení. V určitém malém procentu případů ovšem může dojít k takzvanému relapsu. Tedy k opětovnému vzplanutí. Žloutenka typu A sice nepřechází do chronického onemocnění, ale může se dočasně znovu aktivovat.

■ **Má žloutenka v začátku průběh podobný chřipce?**





Možná v úplném začátku. Úvodní příznaky mohou být poměrně nespecifické: únava, zvýšená teplota, nechutenství nebo celková schvácenost. Ano, v tom se žloutenka může chřipce podobat. Rozdíl je však v tom, že u žloutenky typu A se poměrně brzy objevují spíše trávicí obtíže: bolesti břicha, nevolnost, zvracení nebo průjem. Tedy příznaky typické pro infekci zažívacího traktu.

Je pravda, že i chřipka může někdy probíhat bez výrazných respiračních příznaků a projevit se hlavně takzvaně gastrointestinálně, tedy jako zánět žaludku a střev. V takových případech se mohou příznaky částečně překrývat a záměna je možná. Není to ale úplně časté a další vývoj onemocnění – například zvýšení jaterních testů nebo vznik žloutenky – už pak diagnózu většinou jasně odliší.

■ **Je virus žloutenky A dlouhodobě stejný? Nemá tendenci se měnit, třeba jako virus chřipky nebo covidu?**

Virus hepatitidy A je dlouhodobě velmi stabilní a nemá výraznou tendenci mutovat. To je mimo jiné důvod, proč proti němu máme spolehlivou a účinnou vakcínu. Stačí se nechat naočkovat dvěma dávkami v rozmezí jednoho roku, a ochrana je celoživotní. Je vlastně skvělé, že tuto možnost máme. Uvědomují si to hlavně cestovatelé, kteří míří do zahraničí do oblastí, kde je očkování proti žloutence běžně doporučované, což je dnes prakticky většina světa. Trochu paradoxní je, že zatímco při cestě například do Zanzibaru lidem automaticky doporučujeme očkování, dnes bychom podobně mohli mluvit i o cestách k nám. Mimochodem, když jste naočkováni a v průběhu života se s virem žloutenky setkáte, imunitní systém se znovu aktivuje, posílí svou odpověď a udržuje si paměťové buňky, které produkují ochranné protilátky. Právě díky tomu je organismus dál dobře chráněný a k rozvoji samotného onemocnění vůbec nedojde.



ŽLOUTENKY A, B, C, D, E

Virové hepatitidy (žloutenky) jsou zánětlivá onemocnění jater způsobená virem A, B, C, D nebo E. Liší se způsobem přenosu, délkou onemocnění a závažností. Typy A a E se přenášejí špinavými rukama, zatímco B, C a D krví a pohlavním stykem, a mohou navíc přejít i do chronické, tedy dlouhodobé formy. Hepatitida A, známá též jako nemoc špinavých rukou, je nejčastější, lze ji předejít nejen přísným dodržováním hygieny, ale existuje i účinné očkování. Také na hepatitidu B existují vakcíny. Proti hepatitidě C neexistuje očkování, ale je léčitelná novými antivirovými. Hepatitida D se vyskytuje vzácně, pouze v přítomnosti viru typu B, který potřebuje k šíření. A konečně i hepatitida E (podobná typu A) je v ČR vzácná; když už se objeví, bývá často přivezená z rozvojových zemí.

■ Záleží u žloutenky také na „dávce“ viru, podobně jako se někdy mluví například u covidu nebo chřipky, že větší expozice může znamenat těžší průběh?

Určitě. V medicíně tomu říkáme infekční nálož nebo dávka, tedy množství viru, jakému je člověk vystaven. A platí to nejen u virových, ale i u bakteriálních infekcí – čím větší nálož, tím větší zátěž pro imunitní systém. U většiny lidí si imunitní systém s infekcí poradí přiměřeně a průběh onemocnění je standardní. U menší části pacientů však může dojít k nepřiměřeně silné imunitní reakci. Ta se pak může rozvinout až do závažného systémového stavu, kdy imunitní odpověď začne poškozovat vlastní organismus a mohou selhávat i další orgány. Právě proto vidíme, že zatímco u velké většiny lidí probíhá infekce relativně mírně, u menšího procenta může mít výrazně těžší průběh. Nejde tedy jen o samotný virus, ale i o množství, jakému je člověk vystaven, a o to, jak na něj jeho imunitní systém zareaguje.

■ Co když se dotknu třeba tlačítka ve výtahu nebo madla v hromadné dopravě? Jaká je šance, že se můžu nakazit žloutenkou?

U žloutenky typu A stačí k přenosu relativně malé množství viru. Pokud je povrch skutečně čerstvě kontaminovaný a další člověk se ho krátce poté dotkne, riziko přenosu je poměrně velké. Největší potíže ale nastává ve chvíli, kdy si člověk neumyje ruce a sahá na jídlo, které pak sní. Samotný dotyk ještě nemusí znamenat nákazu. Rozhoduje to, co následuje potom.

■ Setkáváte se se žloutenkou i u celých rodin?

Ano, přicházejí k nám na oddělení i celé rodiny. Na začátku se žloutenka objevovala častěji v sociálně slabších skupinách, ale postupně se rozšířila všude. Dnes ji vidíme i u rodin, které jsou sociálně i ekonomicky velmi dobře zajištěné. Často mají

„Nakazit se může člověk v podstatě kdekoliv.“

pocit, že někde selhaly, že udělaly nějakou chybu, ale ve skutečnosti to většinou vůbec nejsou schopny ovlivnit. Pořád mezi lidmi přetrvává mýtus, že žloutenka patří jen do sociálně slabších vrstev, to však není pravda. Nakazit se může v podstatě kdekoliv a prakticky kdekoliv. Jak už jsem zmínil, stačí třeba pobyt v zahraničí. I v kvalitním hotelu. Když nejsou dodrženy hygienic-

ké postupy při přípravě jídla nebo dojde ke kontaminaci potravin, může se nakazit opravdu kdokoli, bez ohledu na úroveň ubytování nebo destinaci.

■ Takže zdrojem infekce může být i nemocný kuchař?

To je jeden z nejrizikovějších scénářů – nemocný kuchař ve velkém stravovacím zařízení, kde se denně připravují tisíce porcí. V takovém případě se infekce může velmi rychle rozšířit mezi velké množství lidí. Nicméně to jsou situace, jaké si člověk nechce ani představovat. Je to černá múra lékaře, který pracuje na infekčním oddělení.

■ Jaká prevence je u žloutenky skutečně účinná? Stačí běžné mytí rukou, nebo je potřeba používat speciální prostředky? A do jaké míry jsou účinné dezinfekční gely nebo ubrousky z obchodu?

Na virus hepatitidy A je potřeba používat přípravky, které mají prokazatelný účinek i proti virům. Měli byste proto sledovat, jestli je na obalu uvedeno, že působí nejen proti bakteriím, ale i proti virům – obvykle je tam uvedeno, že ničí 99,9 % bakterií a virů, případně je vypsáno celé spektrum účinku. Některé viry jsou vůči běžným dezinfekčním prostředkům poměrně odolné. V těchto případech je skutečně nutné používat kvalitní alkoholovou dezinfekci a důsledně si předtím umýt ruce mýdlem a vodou.

■ Na co bychom neměli zapomínat při používání dezinfekce na ruce?

Velmi důležité je používat dezinfekci vždy na suché ruce. Pokud si je předtím umyjete a špatně osušíte, zůstane na nich voda, která dezinfekční prostředek naředí. Tím se sníží koncentrace účinné látky, a dezinfekce pak nemusí fungovat tak, jak by měla.

■ Existuje nějaká spolehlivá metoda mytí rukou?

Základem je mýt si ruce důkladně alespoň 20 sekund. Nezapomínat na dlaně, hřbety rukou, prostory mezi prsty, palce i nehty. Výrazně tak snížíte riziko, že na rukou zůstanou choroboplodné zárodky.

■ Jak je to se „starými“ infekcemi? Mám pocit, že se v Evropě znovu občas objevují nemoci, o nichž jsme si mysleli, že už patří minulosti. Například loni v létě se objevily zprávy o tom, že v Polsku onemocněla starší žena cholerou. Toto onemocnění způsobuje prudké průjemy a hrozí při něm dehydratace. Žena si přitom chorobu nepřivezla z exotiky. Hygienici proto pátrali po tom, kde

a jak se mohla nakazit. Nakonec se ukázalo, že šlo o méně nebezpečnou variantu. Přesto, jak se díváte na návrat „starých“ hrozeb?

Jako infektolog to vnímám trochu jinak než běžná veřejnost. Infekční medicína je obor, který mě opravdu baví, a právě proto ho dělám. Samozřejmě s velkým respektem k těmto nemocem. Nedávno jsem byl například v Keni a viděl jsem tam onemocnění a situace, s nimiž bych se tady za celý profesní život pravděpodobně nikdy nesekal. Člověk tam musí dodržovat všechna preventivní opatření: být očkovaný, užívat antimalarika, být opatrný. Zároveň je to však obrovská profesní zkušenost. A ano, v tu chvíli si prostě uvědomíte, jak jsou některé infekce pořád aktuální, jak rychle se mohou šířit a jak důležité je být na ně připravený. Návrat některých nemocí nám připomíná, že některé infekce nikdy úplně nezmizely – jen jsme na ně možná na chvíli zapomněli.

■ Jeden známý mi vyprávěl, že se v osmdesátých letech ve vlaku v Indii setkal s člověkem trpícím malomocenstvím. Když se vrátil domů, dočetl se, že lepra může mít inkubační dobu až dvacet let. A tak se prý čas od času zamyslel: „Kolik let už jsem vlastně zpátky?“ Naštěstí všechno dobře dopadlo a neonemocněl. Lepra má skutečně velmi dlouhou inkubační dobu – od jednoho roku až po dvacet let. Mezi první příznaky patří červené skvrny na kůži nebo vyrážka, jež připomíná uzlíky. Bez léčby může infekce postupně poškodit nervy a vést k závažným následkům. Na sklonku loňského roku se objevily případy lepry i v Evropě, konkrétně v Rumunsku a Chorvatsku. Jak vážné je to z vašeho pohledu?

Malomocenství známe především z historických souvislostí. A ano, i dnes se v Evropě objevují jednotlivé případy. Problém spočívá mimo jiné v tom, že bakterie, která lepru způsobuje, může vykazovat rezistenci vůči některým používaným lékům. To znamená sníženou citlivost na léčbu. Navíc jde o bakterii ze stejné skupiny jako původce tuberkulózy, tyto choroby se obecně léčí obtížně a takové bakterie mají tendenci k rozvoji lékové rezistence. Pokud by se takové onemocnění začalo šířit ve větším měřítku, jednalo by se o velmi vážný problém. Právě proto je důležité včasné rozpoznání a léčba.

■ Jak je možné, že se staré hrozby znovu objevují?



▲ „U žloutenky typu A stačí k přenosu relativně malé množství viru. Pokud je povrch skutečně čerstvě kontaminovaný a další člověk se ho krátce poté dotkne, riziko přenosu je poměrně velké,“ upozorňuje MUDr. Sagan. „Největší potíž ale nastává ve chvíli, kdy si člověk neumyje ruce a sahá na jídlo, které pak sní.“

Vždycky si vzpomenu na jednu větu, kterou často říká významný mikrobiolog profesor Kolář z Olomouce. Při svých přednáškách opakuje, že bakterie budou vždycky o krok před námi. Ne proto, že bychom byli neschopní, ale proto, že ony jsou tady mnohem déle než my a dokážou se neustá-

to nikdy nebude tak, že bychom našli jeden univerzální lék, jenž by spolehlivě vyřešil všechny infekce. Léčba infekčních onemocnění bude vždy složitá a bude vyžadovat neustálý vývoj. Myšlenka světa bez infekcí je spíš futuristická vize.

■ Dnes se mnohem rychleji a častěji přesouváme z jednoho kontinentu na druhý, a spolu s námi i infekce. Co třeba horečka dengue, kterou kromě extrémně vysokých horeček až 40 °C provázejí i velké bolesti kloubů a svalů? Setkáváte se s ní díky cestování i u nás?

Ano, nedávno jsme propouštěli pacientku, jež si horečku dengue přivezla z Malediv. Právě ty patří mezi typické oblasti výskytu tohoto onemocnění. Jde o virovou horečku přenášenou komáry, kterou si lidé z těchto

„Bakterie budou vždycky o krok před námi.“

le přizpůsobovat tlakům okolního prostředí. Ať už jde o změny životního prostředí, nebo o léčbu, kterou proti nim používáme. Tohle jsem si vzal k srdci. Pravděpodobně



► **Virus Nipah je považován za jednu z potenciálně nebezpečných virových hrozeb. „Přirozeným rezervoárem tohoto viru jsou zvířata, především netopýři. K přenosu na člověka došlo v Indii a Bangladéši,“ říká infektolog Jiří Sagan. Nemoc zprvu připomíná běžnou virozu, může se ale závažně zkomplikovat a způsobit zánět mozku. Smrtnost u těžkých průběhů je až 70 %. Stačily dva lednové případy na západě Indie, a okolní státy začaly na letištích a v přístavech zavádět opatření.**

destinací zkrátka mohou poměrně snadno přivést.

■ **I z Karibiku.**

Přesně tak. Horečka dengue se vyskytuje v typickém tropickém a subtropickém pásu zhruba mezi 35. rovnoběžkou severní a jižní šířky. To zahrnuje Karibik, jihovýchodní Asii, Indický oceán i část Afriky a Latinské Ameriky. Proto je u cestovatelů z těchto oblastí vždy potřeba s touto diagnózou počítat.

■ **Jaký má horečka dengue průběh?**

Patří mezi takzvané krvácivé horečky, takže její průběh může být i velmi těžký. Naštěstí většina případů, s nimiž jsem se u nás setkal, měla spíše lehký průběh – s horečkami, bolestmi svalů a kloubů, vyrážkou a výraznou únavou. Výrazně hůř však může probíhat, pokud ji člověk prodělá podruhé. Dobrou zprávou je, že dnes už máme k dispozici očkování, které má svá specifika. Věda je nakloněná tomu, že je lepší prodělat první ataku nemoci, a až pak se nechat naočkovat. Významně se tak snižuje riziko těžkého průběhu při dalším nakažení. Naopak u lidí, kteří dengue nikdy neměli, se očkování zvažuje velmi opatrně,

protože v některých případech by mohlo při následné infekci vést k těžšímu průběhu. Proto je důležité očkování vždy konzultovat s odborníkem, zejména před cestou do rizikových oblastí.

■ **Únor a březen jsou typicky obdobím, kdy lidé vyrážejí do exotiky. Co si odtud nejčastěji nechtěně přivážejí?**

Nejčastěji malárii. Zejména ti, kteří neužívají antimalarika. A právě na to pacienti vždy upozorňujeme. Před cestou je ideální obrátit se nejen na praktického lékaře, ale také na specializovanou ambulanci cestovní medicíny, kde je možné vše podrobně probrat. Je důležité si s pacientem projít celý itinerář – kam jede, jaký styl cestování plánuje, zda bude ve městě, v resortu, nebo na venkově. Například v některých částech Asie, zejména ve venkovských oblastech nebo v rýžových polích, hrozí riziko japonské encefalitidy. Proti té naštěstí

říct, že u zkušených cestovatelů tyto technologie skutečně fungují a mohou výrazně snížit riziko infekce.

■ **Rozšířil se kvůli cestování i svrab?**

Do jisté míry ano. Nakazit se lze prakticky kdekoli. Klidně v luxusním hotelu. Pokud například není prádlo správně ošetřeno při praní, riziko přenosu existuje. Svrab si člověk může přivést opravdu odkudkoliv. Ke značné části případů však dochází přímo v České republice. Nejde tedy jen o „importované“ onemocnění, nýbrž o problém, s nímž se běžně setkáváme i doma.

■ **Mění se nějak situace s klíšťaty vlivem mírnějších a teplejších zim? Ještě na Mikuláše jsem našla na naší fence čerstvě prisáté klíště.**

Ano, mírné zimy už nedokážou populaci klíšťat zlikvidovat tak, jako tomu bylo dříve, kdy bývalo víc sněhu a dlouhodobější mrazy. Klíště je ektoparazit a jeho výskyt se dnes nejen zvyšuje, ale zároveň se posouvá do vyšších nadmořských výšek. Dříve se běžně říkalo, že zhruba nad 800 metrů nad mořem klíšťata nejsou. Dnes se objevují i v oblastech kolem 1 000 metrů. A netýká se to jen klíšťat. Podobně se posouvají i oblasti výskytu dalších nemocí přenášených hmyzem. Už jsme zmiňovali horečku dengue. Ta se dříve vyskytovala výhradně v tropech, ale dnes se její výskyt posouvá i do jižní Evropy, například do Itálie, Španělska nebo Řecka. Dalším příkladem je parazitární onemocnění zvané leishmáníóza (přenášené bodnutím drobných pako-márků, může postihovat kůži, sliznice nebo vnitřní orgány a podle formy má velmi roz-dílný průběh – od nehojících se kožních vře-dů až po život ohrožující onemocnění, pozn. red.), které se tradičně vyskytuje hlavně v tropech a subtropích, a dnes už se objevuje i ve Středomoří – například v Řecku, na Balkáně nebo v jižních částech Itálie. Je

„Krvácivá horečka dengue může být velmi těžká.“

existuje očkování, stejně jako proti dalším infekcím. Kromě virových onemocnění se cestovatelé mohou setkat i s různými parazitárními infekcemi. Velmi často ale nejde o nic exotického v pravém slova smyslu – největší riziko stále představují špatně tepelně upravené jídlo a kontaminovaná voda. To platí prakticky všude. Základní pravidlo proto zůstává stejné: uvařit, oloupat, nebo nejíst. Na druhou stranu dnes jsou už cestovatelé mnohem lépe vybavení než dřív. Někteří používají speciální filtry na vodu, které dokážou z běžné vody odstranit většinu rizikových mikrobů. Sam jsem k tomu byl dříve skeptický, ale musím

Pokud játra nefungují správně, ovlivňuje to celý organismus – od stavu pokožky přes trávení a imunitní systém až po činnost mozku. Lékaři v poslední době upozorňují, že takzvané ztukovatění jater, které postupně vede k nevratnému poškození orgánu, postihuje až třetinu Čechů. Nemocná játra přitom nijak nebolí. „Ztukovatění jater úzce souvisí s naším životním stylem,“ krčí rameny MUDr. Sagan.



opravdu vidět, že se infekční onemocnění postupně posouvají do oblastí, kde se dříve nevyskytovala.

■ Když se naopak podíváme na infekce, které se u nás dlouhodobě objevují, patří mezi ně i HIV. Podle dat v posledních letech roste počet nově diagnostikovaných případů. Jak to vidíte v praxi?

Je pravda, že přibývá případů HIV pozitivních pacientů. Dříve k nám lidé často přicházeli už ve velmi pokročilém stadiu onemocnění, tedy ve fázi AIDS, kdy byl jejich imunitní systém výrazně poškozený a organismus celkově zdevastovaný (*HIV je virus, který napadá imunitní systém; pokud tak učiní, úplně ho zničí, což vede k nemoci zvané AIDS, to je zkratka anglického Acquired Immune Deficiency Syndrome, tedy syndrom získaného selhání imunity, pozn. red.*). Dnes je situace jiná především díky výrazně lepšímu a dostupnějšímu testování. Existují programy bezplatného a anonymního testování, například prostřednictvím organizace Česká společnost AIDS pomoc. Testuje se mnohem více než dříve, a díky tomu se daří zachytit infekci včas. Když je HIV diagnostikován v počátku, lze ho účinně léčit, takže pacienti mohou vést plnohodnotný život.

▼ „Spousta kamarádů se mě ptala, jestli se nebojím,“ usmívá se infektolog Sagan, jehož práce znamená neustálý kontakt s infekčními pacienty. Dodržuje pravidla, ochranná opatření a očkuje se. „Když vidíte pacienty s těžkým průběhem onemocnění, kterému se dalo očkováním předejít, neváháte. Necháte naočkovat nejen sebe, ale i celou rodinu.“

■ Jak jste se vlastně dostal k infekčnímu lékařství?

Velký vliv na to měla moje maminka, která pracovala jako zdravotní sestra. Už od dětství jsem chodil za ní do práce a pomáhal s drobnostmi. Maminka mi občas vyprávěla různé zajímavé příběhy a mě to zajímalo a bavilo. Na gymnáziu mě pak chytla biologie a chemie. Uvažoval jsem dokonce o biochemii, ale maminka mi navrhla, ať zkusím

„Dnes mohou vést plnohodnotný život i pacienti s HIV.“

medicínu. A tak jsem to zkusil, a vyšlo to! Během studia na lékařské fakultě se mi líbila mikrobiologie a klinická medicína. A když jsme se později dostali k infekčnímu lékařství, došlo mi, že tohle je přesně obor, který obě tyto oblasti propojuje. V tu chvíli jsem si řekl: „To je přesně ono. To chci dělat!“

■ Neměl jste z práce na „infekci“ přece jen trochu obavy?

Když je člověk mladší, často úplně nedomýšlí všechny možné důsledky. Spousta spolužáků a kamarádů se mě tehdy pta-

la podobně jako vy – jestli se nebojím, co všechno tam člověk může „chytit“. Lidé mají často představu, že je to nebezpečné, a že musíme mít navíc nějaká speciální očkování. Vysvětluji jim, že ve skutečnosti nemáme nic zásadně jiného. Povinné je očkování proti hepatitidě B, to ale mají i zdravotníci v jiných oborech. Některá další očkování pak dávají smysl z profesních důvodů. Například proti meningokokům. Náš pan přednosta na to hodně dbal, protože jsme v úzkém kontaktu s nemocnými. A pak jsou tu očkování, k nimž se člověk rozhodne na základě zkušeností z praxe. Když vidíte pacienty s těžkým průběhem onemocnění, kterému se dalo očkováním předejít, neváháte. Necháte naočkovat nejen sebe, ale často i celou rodinu.

■ Je něco, co vás jako infektologa v poslední době překvapilo?

Asi nic. My sledujeme dlouhodobě epidemiologický vývoj a nevidíme žádné náhlé, skokové změny. Spíš pozorujeme postupné posuny, jež se vyvíjejí v čase. S tímto vývojem v podstatě počítáme a bereme ho jako přirozený proces. Nejde o něco, co by nás vyloženě zaskočilo. Spíš se učíme na tyto změny reagovat a přizpůsobovat se jim.

■ A co nebezpečný virus Nipah? V průběhu ledna bylo v indickém Západním Bengálsku hlášeno pět případů nákazy. Některé země na to reagovaly. Třeba Thajsko zavedlo na bangkokém letišti screening cestujících přilétajících z Indie. Hrozí, že by se virus mohl dostat i do České republiky? Jsou namísto obavy?

Nebojte se. V tuto chvíli ne. Jeho výskyt je zatím lokalizovaný a počet případů nízký. Podle posledních informací mají v Indii, kde se nákaza objevila, epidemii relativně dobře pod kontrolou. Místní úřady zasáhly včas a správným způsobem. To znamená, že lidé, kteří byli v kontaktu s nakaženými, jsou izolováni a sledováni. Probíhá epidemiologické šetření. Co však zatím není zcela jasné, je původ nákazy. Tedy odkud se vzal takzvaný pacient nula a kde přesně k přenosu došlo. Právě to je teď nejdůležitější otázka, na kterou se snaží epidemiologové najít odpověď. V tuto chvíli nic nenasvědčuje tomu, že by hrozilo masivní globální šíření. Důležité je situaci pečlivě sledovat a rychle reagovat na nové případy.

Karolína Lišková

