



Foto: Petr Topič, MAFRA

Odpůrci očkování ohrožují i ostatní. Infekce se vracejí

„Málokdo si dokáže představit, jak vypadá tetanus, záškrť nebo dítě narozené s vrozeným zarděnkovým syndromem,“ varuje lékař Milan Trojáněk.



Eva Zahradnická
redaktorka MF DNES

Jestliže jako gymnazista trávil několik sezon letních prázdnin na gotickém hradě Kost v Českém ráji. Pracoval tady jako průvodce a už tehdy v sobě nezapršel svůj budoucí obor. „Návštěvníkům jsem vyprávěl o moru a morových epidemiích v okolí Kostí. To nebylo součástí oficiálního textu, bylo to součástí mojí prohlídky,“ vzpomíná Trojáněk, který už v té době sepsal odbornou práci o vlastnostech dvou stovek kmenů bakterií enterokoků. Zaujal tím hned ve dvou soutěžích a obě vyhrál.

Dnes je jedním z našich předních odborníků v oboru infekčního lékařství, kterému by rád udal nový směr. „Mým velkým přáním je, aby každé zdravotnické zařízení nad sto lůžek mělo svého infekcologického konziliáře,“ říká mladý lékař.

Enterokoky jste zkoumal už v patnácti. Jak jste se v tomto věku dostal k výzkumu na takové úrovni? Mě to lákalo vždycky. Ještě na základní škole jsem dostal od rodičů k Vánočům mikroskop a už tehdy mě bavilo s ním pracovat, dívat se na prvky

a podobně. Od prvků jsem se dostal ke knížkám o mikrobiologii. Veliký zlom ale nastal, když jsme jeli se sousedem do Brna na Invex a při té příležitosti navštívili jeho tetu, profesorku Zendulkovou, která pracuje na Veterinární a farmaceutické univerzitě v Brně. Měli tam již tehdy skvěle vybavené laboratoře a dělali velmi zajímavý výzkum. Oslovil jsem ji, zda bych u nich nemohl dělat nějaký studentský vědecký projekt, doporučila mi svoji kolegyni, která založila a vedla katedru biologických a biochemických věd na Univerzitě Pardubice. Paní docentka Mazurová se mě ujala a já jsem tam opravdu asi tři roky chodil po odpolednech a pracoval v laboratořích.

Co konkrétně znamená pracovat s bakteriemi?

V nemocniční laboratoři mi sbírali izolované bakteriální kmeny od pacientů a následně jsem zjišťoval jejich vlastnosti, které by bylo možné použít ke zlepšení diagnostiky v klinické praxi. Zároveň jsme testovali citlivost těchto bakterií na antibiotika.

Zmiňujete antibiotika. V poslední době se čím dál častěji objevují zprávy o rezistenci, tedy odolnosti bakterií vůči podávaným antibiotikům. Je to opravdu takový průšvih, nebo trochu přeháníme?

Je to velký průšvih. Přibývají pacienti nakažení a na životě ohrožení bakterií, která není citlivá na žádné antibiotikum, takže se obtížně léčí. Situace se bohužel zhoršuje, neboť zastoupení rezistentních bakterií narůstá a bakterie získávají rezistenci již i na záložní antibiotika.

Co tedy děláte, když je bakterie rezistentní na dostupná antibiotika?

Někdy se ze zoufalosti antibiotika různě kombinují či se používají jejich vyšší dávky. Jenže prognóza pacienta nakaženého multirezistentní bakterií je mnohem horší než pacienta, který je nakažen citlivou bakterií. U nás je situace jednoznačně horší než například ve Skandinávii, kde se tento problém vyskytuje pouze okrajově, neboť mají velmi kvalitní programy antibiotické politiky. Lékaři dodržují doporučené postupy a rovněž běžná populace nežadá antibiotika na banální a nezávažné infekce.

Znamená to, že hlavně praktičtí lékaři jich předepisují příliš?

Nejen praktičtí lékaři, problém s nevhodným užíváním antibiotik se táhne jako červená nit napříč celou medicínou. Udává se, že až kolem padesáti procent všech antibiotických režimů v nemocnicích je předepsáno špatně. Buď se jedná o výběr nevhodného antibiotika, užití antibiotik u neinfekčních stavů, kde tato léčba nepomůže, nebo je špatně zvolené dávkování léčiva či délka jeho podávání.

Proč se antibiotika podávají špatně? Nevěřím, že je to neznalost...

Bohužel mnohdy ano. Základní problém současné medicíny tkví v tom, že množství dat a vědeckých informací, se kterými lékař pracuje a musí znát, již přesahuje schopnosti jednotlivce, proto je současná medicína velmi specializovaná. Každý rozumí tomu svému oboru. Stejně jako kardiolog umí skvěle diagnostikovat a léčit nemoci srdce, infekcolog má znalosti na to,

aby dokázal správně léčit bakteriální infekce a vybral vhodná antibiotika. Dle mého názoru zde existuje velký prostor pro širší spolupráci infekcologů s ostatními obory.

Situace se nelepší?

V zahraničí se osvědčilo vytvoření mezioborových týmů, ve kterých jsou zastoupeni nejen mikrobiologové, ale i infekcologové, kliničtí farmaceuti, nemocniční epidemiologové, lékaři z jiných oborů se zájmem o tuto problematiku a zástupci vedení nemocnice, kteří společně mění antibiotickou politiku. Tento program se nazývá antibiotický stewardship a jeho zavedení pomohlo výrazně zlepšit předepisování antibiotik ve státech západní Evropy či ve Spojených státech.

Ve svých pracích často upozorňujete i na nemocniční infekce, o kterých se tolik nemluví.

Řada nově se objevujících infekcí je mediálně atraktivnější. Když se objeví epidemie krvácivé horečky v Africe, na kterou zemře padesát procent nakažených, působí to dramaticky. Na druhou stranu ale to, co nás reálně trápí, je, že narůstá rezistence bakterií na antibiotika, a tím, jak stárne populace a zároveň se zdokonalují možnosti současné medicíny zachraňující pacienty, kteří by dříve jistě zemřeli, snižuje se celková obranyschopnost populace. Náš typický pacient na lůžkovém oddělení již není třicetiletý mladý a jinak zdravý muž, ale osmdesátiletý, těžce polymorbidní pacient, který je přirozeně mnohem náchylnější k rozvoji infekce. Když tento pacient přijde do rizikového prostředí, kterým všude na světě zdravotnické zařízení je, může se stát, že pobyt v nemocnici či lékařský výkon se zkomplikují takzvanou nemocniční nákazou.

Co to přesně je?

Příkladem lze uvést třeba infekci v operační ráně, zápal plic, infekci močových cest, když má pacient zavedenou „močovou cévku“, nebo má-li někdo žilní katetr, může dostat infekci krevního řečiště, tzv. otravu krve. Tyto infekce bohužel prodlužují pobyt pacienta v nemocnici, zhoršují jeho prognózu a zvyšují náklady na poskytnutou zdravotní péči. Není to nic vzácného, ale je potřeba o tom mluvit, včas tyto infekce diagnostikovat a správně je léčit. Ale zejména přijmout a dodržovat adekvátní opatření, aby se výskyt těchto nákaz omezil.

Na klinice léčíte i infekce importované. Proč se lidé bojí víc malárie než spalniček či neštovic? Když pacientovi barvitě vyličíte, jak probíhá horečka ebola, ukážete obrázky z Afriky, vypadá to samozřejmě dra-

maticky. Obrázky komplikovaných spalniček se ale moc neukazují, pacienti si neuvědomují, jaká rizika mohou běžné nákazy lehce ovlivnitelné očkováním znamenat. Málokdo si dokáže představit, jak vypadá tetanus, záškrť nebo dítě narozené s vrozeným zarděnkovým syndromem. Díky tomu, že očkováním řada infekcí reálně vymizela z našeho prostoru, si to lidé neuvědomují. Je ale otázka času, než se to změní. Celá medicína i společnost se dostává do postmoderní doby, přičemž jedním z důsledků je, že se zbavujeme výtobytků, které jsme získali v posledních desetiletích, a vracíme se zpátky k přírodě, což ale znamená, že reálně budeme asi hůře stonat a možná i víc umírat. Je to do jisté míry cena za tento přístup.

V zemích východní Evropy se hodně zhoršila situace se spalničkami.

Mám kamaráda, který pracuje jako přednosta jedné infekční kliniky v Rumunsku. Tam je problém se spalničkami ještě větší než u nás. Vyprávěl mi o řadě případů, kdy se jim nakažené děti s komplikovanou infekcí nepodařilo zachránit. To je zatím něco, co si u nás nikdo neumí představit, protože počty případů jsou ojedinělé, ale narůstají, a dovedu si představit, že se to asi stane. Přestože je to velmi smutné, současná situace k tomu spěje.

Je možné říct, že staré infekce se vracejí?

Jednoznačně se vracejí. Dávivý kašel, spalničky, zarděnky... Na kongresu asi před týdnem jsme slyšeli sdělení o případu tetanu u dítěte v Košicích. Fotky dítěte s typickými projevy infekce vypadají děsivě. A děje se to v nám velmi blízké zemi.

Jaké máte argumenty při debatě s odpůrci očkování?

Jeich postoje jsou mnohdy založeny na emocích, konspiračních teoriích nebo na ne zcela kvalitních studiích. Laická veřejnost si zároveň často plete dva základní pojmy. To je spojitost časová versus spojitost příčinná. Když někomu provedete nějaký výkon, je potřeba odlišit, zda zdravotní potíže, které pak s odstupem vyvstanou, jsou spojené s tímto úkonem, nebo jestli je to pouze časová asociace. To je v medicíně zásadní odlišit, věnuje se tomu celý obor epidemiologie a lze to zjistit pomocí kvalitně provedených a rozsáhlých studií. Pokud bychom uvažovali pouze o korelaci, vzájemném vztahu, a jenom z toho usoudili, že tam musí být i příčinná asociace, dopustili bychom se zásadní chyby. Hezký příklad by mohla být souvislost narůstajícího počtu případů autismu ve srovnání s počtem používaných mobilních telefonů. Ty dvě křivky jsou úplně stejné, a kdybych chtěl být nefér, řeknu, že autismus souvisí s používáním mobilních telefonů.

Ústavní soud už připustil výjimku u povinného očkování z náboženských důvodů, později i v souvislosti se svobodou svědomí...

Mně se na tom nelíbí ještě jedna věc. Díky tomu, že je proočkována velká část populace, chráníme jedince, kteří z nějakého zdravotního důvodu nemohou být očkováni nebo si nejsou schopni vytvořit dostatečnou ochranu po očkování a onemocní pro ně může být rizikové. Podle mě vyspělá společnost se pozná tak, že přijme na sebe tuhle roli, a díky očkování svých dětí do jisté míry chrání i jedince, kteří by jinak chránění být nemohli. Za to, že se určité infekce zatím v naší populaci nevyškytují, mnohdy vděčíme jen tomu, že jsou očkováni ostatní. Pokud tedy někdo na toto spoléhá a své dítě nenechá očkovat, jedná se o určitou formu „parazitování“ na ochraně, kterou zajišťují ostatní.

Vy byste infekční lékařství rád posunul dál. Kam?

Mým velkým přáním je, aby každé zdravotnické zařízení nad 150–200 lůžek mělo svého infekcologického konziliáře. Nemusíme nasypat stovky milionů do nemocničních budov, důležitější je investovat do kvalitních lékařů a jejich vzdělávání. Právě investice do lidských zdrojů, ať už tím myslíme lékaře, či zdravotní sestry a ostatní zdravotnické pracovníky, by v současné době pomohly zlepšit české zdravotnictví.

MILAN TROJÁNEK

Lékař

Milan Trojáněk (32) působí na Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, je vedoucím katedry infekčního lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a vyučuje na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, jejímž je absolventem. Narodil se v Chrudimě, dětství a mládí prožil v Pardubicích, dnes žije v Praze. Zajímá ho historie, umění a architektura, je člen Klubu Za starou Prahu a Klubu přátel Národní galerie.