

Profilaktyka i terapia COVID-19

„Panaceum”: - W marcu minął rok od pierwszego potwierdzonego przypadku zakażenia SARS-CoV-2 w Polsce. Jak zmieniło się podejście do profilaktyki tego wirusa?

Prof. dr hab. n. med. Anna Piekarska: - Podstawową zmianą w obszarze profilaktyki zakażenia SARS-CoV-2 jest rozpoczęcie masowych szczepień, możliwe dzięki gigantycznemu wysiłkowi wielu grup badawczych, które w rekordowym tempie stworzyły skuteczne i bezpieczne szczepionki. Widzimy już pierwsze efekty: zaszczepienie grupy zero spowodowało, że od 2 miesięcy nie hospitalizowałam w klinice, którą kieruję, pracowników medycznych chorych na COVID-19.

Podejście do profilaktyki nie zmieniło się jednak w obszarze zakażeń szpitalnych. Nadal obawiamy się zrezygnować z rozbudowanego zestawu ochronnego w obawie przed wariantami SARS-CoV-2, choć nie ma danych, że zakażenie uymyka kontroli immunologicznej wygenerowanej szczepieniem.

Czy noszenie masek jest skuteczne? Jakie środki ochrony są preferowane?

Udowodniono ponad wszelką wątpliwość skuteczność masek ochronnych w profilaktyce zakażeń COVID-19, w przeciwieństwie do przyłbic czy szalików.

Rekomendujemy maseczki FFP2. Są one produkowane z materiału dobrze filtrującego powietrze i doskonale przylegają do twarzy, co pozwala uniknąć tzw. przecieków powietrza. Dodatkową zaletą stosowania maseczki FFP2 u osób, które jeszcze nie są zaszczepione, jest brak zaworka. Zaworek w maseczkach FFP3 umożliwia emisję wydychanego powietrza niefiltrowanego. Jeśli więc FFP3 stosuje osoba z SARS-CoV-2, może zakażać innych. Używamy takich maseczek do profesjonalnej ochrony medyków w kontakcie z chorymi na COVID-19. Osoby o nieznanym statusie infekcyjnym powinny stosować maseczki FFP2 lub chirurgiczne.

Czy zmienił się przebieg samej choroby w ciągu roku?

Nie zmienił się istotnie. U większości chorych (80%) zakażenie ulega samoograniczeniu w fazie wiremicznej. U 20 procent chorych rozwija się w drugim tygodniu choroby faza płucna, której istotą jest śródmiąższowe zapalenie płuc, mogące prowadzić do niewydolności oddechowej i zgonu.

Kiedy lekarz POZ powinien odesłać chorego do szpitala?

Kluczowym objawem jest spadek saturacji poniżej 94 procent. W absolutnej większości przypadków jest to dowód rozwijającego się zapalenia płuc i wskazanie do hospitalizacji. Najczęściej jednocześnie występuje gorączka z kaszlem i dusznością. W całej Polsce działa opracowany przez zespół łódzkich lekarzy i informatyków system Domowej Opieki Medycznej (DOM) znany także jako PulsoCare. Każdy zakażony dorosły może otrzymać bezpłatnie pulsoksymetr dostarczony przez Poczta Polską do domu, a regularne wprowadzanie danych do systemu umożliwia wygenerowanie alarmu w przypadku nieprawidłowości i szybkie wezwanie zespołu ratownictwa medycznego oraz hospitalizację.

A jeśli się ten moment przegapi?

Wielu chorych zbyt długo zwleka ze zgłoszeniem się do lekarza i wykonaniem wymazu. Część z nich nie jest informowana przez lekarzy POZ-etę o możliwości zastosowania systemu PulsoCare, a brak monitorowania w domu powoduje zbyt późne rozpoznanie zapalenia płuc. Niektórzy pacjenci nie odczuwają duszności (objaw subiektywny) lub obawiają się hospitalizacji i błędnie sądzą, że mogą skutecznie leczyć się w domu, stosując koncentrator tlenu lub leki nieleczące zakażenia (amantadyna). To ogromny błąd! Trzeba pamiętać, że jeśli dochodzi do spadków saturacji oraz duszności i chory wymaga tlenu, to konieczne jest natychmiastowe rozpoczęcie leczenia lekami stosowanymi tylko w warunkach szpitalnych, które pomogą opanować zapalenie płuc, ugasić burzę cytokinową i wyprowadzić pacjenta z nieuchronnej niewydolności oddechowej. Aby powyższe leczenie było skuteczne, chory musi trafić do szpitala w fazie wiremii (czyli najlepiej w pierwszych 7 dniach choroby), gdy można zastosować lek przeciwwirusowy.

Jakie są aktualne standardy leczenia COVID-19?

Chorzy z prawidłową saturacją mogą być leczeni w domu lekami przeciwgorączkowymi. Absolutnie nie wolno na tym etapie choroby stosować glikokortykosteroidów przedłużających okres wiremii.

Leczenie zapalenia płuc w przebiegu COVID-19 wymaga zastosowania remdesiwiru, leku hamującego replikację wirusa. Ma on potwierdzoną skuteczność, jednak terapię należy rozpocząć w pierwszych 7 dniach choroby. Dlatego tak ważne jest szybkie rozpoznanie i hospitalizacja.

W okresie patologicznej aktywacji układu immunologicznego, prowadzącej do niewydolności oddechowej – tzw. burzy cytokinowej – stosujemy przeciwciężko monoklonalne przeciw receptorowi IL-6 – tocilizumab, czyli lek stosowany dotychczas w reumatologii.

Ponadto w fazie płucnej (gdy nie ma już wiremii lub włączyliśmy do leczenia leki przeciwwirusowe) standardowo stosujemy glikokortkosteroidy oraz heparynę drobnocząsteczkową jako profilaktykę zatorowości płucnej i oczywiście tlen w przepływach odpowiednich do potrzeb chorego.

Jakie są największe trudności w trakcie leczenia zakażenia COVID-19?

Zakażenie może przebiegać w sposób trudny do przewidzenia, a załamanie stanu zdrowia pacjenta często następuje gwałtownie w wyniku wspomnianej burzy cytokinowej. Istotną trudnością terapii są powikłania w postaci zatorowości płucnej oraz odmy opłucnowej wymagające czujności diagnostycznej i długotrwałego leczenia. U chorych, którzy zbyt późno rozpoczynają skuteczne leczenie, choroba prowadzi do masywnych, włóknisto-rozedmowych zmian w płucach, których terapia jest bardzo trudna.

Co jakiś czas pojawiają się doniesienia o skuteczności leków, stosowanych „off-label”. Wspomniała Pani Profesor o samozwańczym sięganiu po amantadynę, której zwolennicy twierdzą, że leczy COVID-19 w ciągu 48 godzin. Jak odnosi się Pani Profesor do takich praktyk?

Amantadyna ma niewielkie działanie przeciwwirusowe, które w żaden sposób nie przekłada się na skuteczność kliniczną. Dotychczas opublikowano jedno badanie porównawcze, w którym leczono chorych amantadyną. Niestety, w grupie amantadyny było więcej zgonów niż w grupie porównawczej. Oczekujemy na wyniki badań przeciwciał monoklonalnych przeciwwirusowych, które budzą pewną nadzieję, trzeba jednak pamiętać, że mogą one być skuteczne tylko na wczesnym etapie zakażenia, podobnie jak remdesiwir.

Wiele osób zakupiło profilaktycznie koncentratory tlenu do użytku domowego. Czy to dobry pomysł?

Jest to pomysł fatalny i nie zawaham się powiedzieć, że często prowadzący do zgonu chorego. Samym tlenem nie można wyleczyć zapalenia płuc w przebiegu COVID-19! Jeśli chory wymaga suplementacji tlenu, to wymaga także leków stosowanych dożylnie, które można podać tylko w szpitalu.

Czym różni się przebieg choroby i leczenia u dzieci oraz osób dorosłych?

Dzieci przechodzą zakażenie SARS-CoV-2 bardzo łagodnie, głównie za sprawą innej niż u dorosłych sieci receptorów dla tego wirusa w płucach. Zapalenia płuc u dzieci w przebiegu tej infekcji występują rzadko i nie mają ciężkiego przebiegu. Niepokój budzi jednak tzw. zespół pocowidowy wywołany późną reakcją układu immunologicznego, prowadzącą do

uogólnionego zapalenia naczyń i niewydolności wielonarządowej.

W Polsce powstało dwadzieścia szpitali tymczasowych - również w Łodzi. Czy te placówki spełniły swoją funkcję?

Te placówki (w Łodzi to szpital w hali Expo) nie zdążyły ruszyć w drugiej fali epidemii, ale są dla nas żelazną rezerwą łóżkową w przypadku, gdyby trzecia fala przyjęła rozmiary porównywalne z drugą. Otwarcie ich jest jednak ostatecznością z uwagi na wysokie koszty eksploatacji i niedobory personelu medycznego. Hala Expo nie działa obecnie [połowa marca - przyp. red] jako szpital, ale została bardzo dobrze wykorzystana jako największy w województwie punkt szczepień. W komfortowych warunkach szczepimy tam kilkaset osób każdego dnia. Nie byłoby to możliwe, gdyby nie wcześniejsze przekształcenie tego obiektu w placówkę medyczną.

Minister zdrowia ogłosił niedawno zmiany w schemacie szczepienia: wydłużono zalecany czas między pierwszą i drugą dawką. Z czego to wynika?

Rzeczywiście, zdecydowano o wydłużeniu czasu między dawkami do maksymalnych granic zalecanych przez producentów szczepionek. Taka decyzja wynika z konieczności pozyskania maksymalnej liczby pierwszych dawek dla jak najszerzej populacji. Istnieją dowody naukowe wskazujące na wysoką ochronę immunologiczną generowaną już przez pierwszą dawkę szczepionki. Wobec powyższego, zgodne z ChPL, przesunięcie drugich dawek umożliwi szybszą ochronę przed ciężkim przebiegiem COVID-19 i zgonem większej liczby osób.

Pojawiły się teorie o szczepionkach „lepszych” i „gorszych”. Czy rzeczywiście dostępne szczepionki tak bardzo różnią się od siebie?

Nie. Obserwacje skuteczności szczepionek w populacjach rzeczywistych (a są to miliony ludzi różnych ras) wskazują, że wszystkie zarejestrowane dotąd preparaty dają pewność ochrony przed ciężkim przebiegiem i zgonem z powodu COVID-19.

Wiele mówi się o powikłaniach poszczepiennych wśród nauczycieli. Czy skala tych powikłań rzeczywiście jest taka duża?

W mojej ocenie zarówno ciężkość, jak i częstość tych odczynów jest porównywalna dla wszystkich obecnie stosowanych preparatów.

Jakie są najczęstsze powikłania poszczepienne?

W większości przypadków występuje ból i zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki. Objawy ogólne - dreszcze, gorączka, bóle mięśniowe i złe samopoczucie - nie są chorobą,

tylko objawem aktywacji układu immunologicznego. Wymienione objawy, choć mogą być dolegliwe, trwają nie dłużej niż 48 godzin. Poważne działania niepożądane, jak wstrząs anafilaktyczny, występują ekstremalnie rzadko.

Wiele emocji wzbudza zdalne nauczanie w szkołach. Czy powinniśmy już przejść na normalny tryb nauki?

Powinniśmy jak najszybciej zaszcześcić nauczycieli i powrócić do nauczania stacjonarnego. Niepokój budzi jednak fakt, że wielu zapisanych nauczycieli nie zgłasza się na szczepienie.

Wiele mówi się o zwiększonej umieralności w Polsce w ostatnim roku. Jakim zdaniem Pani Profesor mogą być tego przyczyny?

Niestety, pandemia obnażyła wszystkie niedostatki w opiece medycznej, z którymi zmagamy się od lat, a w 2020 r. praktycznie sparaliżowała skuteczne działanie poradni i szpitali. Prawda jest taka, że z jednej strony nie byliśmy w stanie zapewnić opieki wszystkim chorym, a z drugiej – pacjenci z chorobami przewlekłymi zaczęli odraczać wizyty u lekarza. Przykładem jest choćby onkologia, która nie została dotknięta „przekształceniami covidowymi”, a mimo to zgłaszalność nowych chorych do lekarzy onkologów gwałtownie spadła.

Czy lekarze chorób zakaźnych obserwują zmiany w zachorowaniach na inne choroby zakaźne, w tym na grypę?

Trudno mi mówić o skali zachorowań na inne choroby zakaźne, gdyż od roku w klinice, którą mam zaszczyt prowadzić, leczymy tylko chorych na COVID-19. Meldunki epidemiologiczne PZH wskazują jednak na drastyczny spadek zachorowań na zakażenia dróg oddechowych (innych niż koronawirusowe) oraz na tzw. choroby brudnych rąk. Powszechne stosowanie maseczek i dezynfekcja rąk są, jak widać, uniwersalnymi i skutecznymi metodami nieswoistej profilaktyki chorób zakaźnych.

Jesteśmy obecnie w trakcie tzw. trzeciej fali zakażeń COVID-19. Co spowodowało taki wzrost zachorowalności w ostatnim czasie?

Czynników pojawienia się trzeciej fali jest kilka. Po pierwsze, trudno było oczekiwać, że pozostaniemy oazą spokoju, gdy we wszystkich otaczających nas krajach rozpęda się epidemia. Po drugie, do jej nasilenia z pewnością przyczyniły się nowe, bardziej zakaźne warianty wirusa. Na powyższe zjawiska nie mamy wpływu. Martwi mnie jednak brak dyscypliny społecznej oraz akceptacji ograniczeń, które w końcu mają na celu uratowanie życia tysiącom ludzi. Wymuszenie otwarcia istotnych z punktu widzenia zakażeń branż, niestety, spotęgowało problem.

Czy kolejne „fale” przed nami?

Chcę wierzyć, że trzecia fala będzie ostatnią, a szczepienia pozwolą nam wszystkim żyć i pracować normalnie.

Rozmawiała Patrycja Proc

Panaceum 4/2021

Artykuł przygotowany we współpracy z Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.

PL-COVID-19-2021-03-0009