

Po co nas Pani ratowała?

Pierwsza duża fala epidemii polio w Polsce pojawiła się w 1951 r. Gdy liczba chorych podwoiła się, w Warszawie wydzielono szpital, dedykowany tylko chorym z polio.

W związku z epidemią na szybko przystosowano też dawny Dom Dziecka na Bielanach, który – zgodnie z zaszyfrowaną nazwą – stał się Szpitalem H14. Pierwsi pacjenci, zarówno dzieci, jak i dorośli, trafili tu pod koniec 1951 r.

Problemów było bez liku. Wciąż mała wiedza o chorobie – diagnostyce, przebiegu, powikłaniach, leczeniu i zapobieganiu – stwarzała nie lada wyzwanie. Organizowano kursy dokształcające personel medyczny, a powstałe także poza Warszawą ośrodki ściśle ze sobą współpracowały, wymieniając się doświadczeniem.

Epidemia trwała i konieczne były kolejne zmiany organizacyjne. W 1953 r. w Warszawie dzieci z polio zaczęto leczyć w szpitalu zakaźnym przy Siennej. Mimo remontu warunki były trudne, a zagęszczenie sal, brak bieżącej wody i duża rozpiętość wieku chorych – od niemowląt po nastolatki – wymagały zachowania ścisłego reżimu sanitarnego. Wiele przypadków było bardzo ciężkich – z tetraplegią i zaburzeniami oddychania oraz koniecznością zastosowania oddechu wspomaganego. Dużą grupę pacjentów stanowili chorzy z postacią oponową polio i z porażeniem nerwu twarzowego. Leczenia przyczynowego nie było.

Podstawą fizykoterapia

Wobec dużej liczby zachorowań o ciężkim przebiegu nie było innego wyjścia, jak podejmowanie różnych prób leczenia, choćby za cenę niepowodzenia. Ponieważ popularne wówczas w chorobach neurologicznych podawane leki, jak np. witamina B12, nie przynosiły efektu, wysiłki skupiły się na fizykoterapii. Stosowano tzw. kocowanie, reedukację mięśni i wyciąganie przykurczów. Jak wspomina M. Czachorowska: „kocowanie obejmowało cykle rozgrzewania porażonych i niedowładnych mięśni kończyn i tułowia, za pomocą rozgrzanej, wilgotnej, wełnianej dzianiny. Po każdym cyklu kocowania, kiedy mięśnie były rozgrzane, rozluźnione bez bolesności, terapeutki – czyli nasze przeszkolone pielęgniarki – wykonywały stymulację, reedukację i wyciąganie przykurczy. Na porażone mięśnie międzyżebrowe stosowało się kocowanie koncentrowane”.

W przypadkach porażenia nerwu twarzowego, przykurczy powieży i ścięgna Achillesa wykonywano parafinowanie.

Płucne kaleki

Dramat następował, gdy w wyniku porażenia mięśni oddechowych chorzy nie mogli samodzielnie oddychać. Jedynym ratunkiem były aparaty działające na zasadzie wywoływania ciśnienia ujemnego, czyli tzw. żelazne płuca i aparat panczerwowy. Niestety, czasem dochodziło do całkowitego uzależnienia pacjentów od takiego aparatu. Stawali się oni wówczas „kalekami płucnymi”. By tego uniknąć, próbowano stosować coraz dłuższe przerwy w pracy aparatu, aż do całkowitego odstawienia wspomagania oddechu. Nie zawsze się udawało. Takim smutnym przykładem – jak wspomina M. Czachorowska – był przypadek czternastoletniego chłopca, przywiezionego do szpitala w lipcu 1953 r., prosto z plaży. „Prawie samodzielnie wszedł do izby przyjęć, ale w oddziale musiał być szybko umieszczony w żelaznych płucach. Porażenia dotyczyły kończyn górnych i dolnych oraz mięśni międzyżebrowych. Nie było poprawy mimo intensywnego leczenia, chłopiec zmarł po 5 miesiącach”.

Bywało też, że lekarze musieli podejmować dramatyczne decyzje: komu z pacjentów dać szansę na oddychanie, choćby zastępcze, gdy wszystkie aparaty żelaznych płuc są zajęte? Cisza...

W 1958 r. żelazne płuca zastąpiono nowymi urządzeniami oddechowymi działającymi na zasadzie ciśnienia dodatniego, tzw. poliomatami i spiromatami, co wymagało wykonania tracheostomii.

Niestety, problemem były powikłania infekcyjne. Praktycznie każde poważniejsze zapalenie płuc, przy niewydolnych mięśniach oddechowych, kończyło się zgonem.

Po co nas pani ratowała?

Te dzieci, które dało się uratować, trafiały na rehabilitację do sanatoriów, np. do Zagórza pod Warszawą. Z tego okresu mam wspomnienia dobre i smutne – pisze M. Czachorowska. – Dobre to te, kiedy intensywnie leczone dzieci zaczynały siadać i chodzić, smutne to rozmowy z całkowicie na zero porażonymi nastolatkami. Byli to w większości chłopcy, po długim pobycie w żelaznych płucach, z nadal słabymi mięśniami międzyżebrowymi i nie w pełni wydolnym oddechem. Ale intelekt tych chłopców był doskonały. Słowa odpowiedzi więły mi w gardle, kiedy słyszałam: po co nas pani ratowała, takie życie to powolna agonía. W jakimś stopniu mieli oni rację.

Ogółem w latach 1952–1957 w szpitalu zakaźnym przy Siennej leczono rocznie od 150 do 250 przypadków polio. Zapadalność w Polsce wynosiła 12 na 100 tys. w 1951 r, do 4 na 100 tys. w 1957 r.

Nowa nadzieja i nowa fala

Nadzieja pojawiła się w 1956 r. Była to inaktywowana szczepionka Salka. Ponieważ szczepienia nie odbywały się na masową skalę, nie spodziewano się znaczącego obniżenia liczby zachorowań, ale ich ograniczenie. Tak się nie stało. W 1958 r. wystąpiła kolejna wielka fala epidemii polio, z najwyższą zapadalnością w Europie, która zaskoczyła wszystkich. Liczba leczonych przy Siennej wzrosła do 600 w ciągu roku. W całej Polsce odnotowano ok. 7 tys. zachorowań, wskaźnik zapadalności wzrósł do 21 przypadków na 100 tys. Wśród rodziców wybuchła panika.

By ograniczyć szerzenie się epidemii, Ministerstwo Zdrowia wydało nakaz zamknięcia basenów i kąpielisk i zawieszenia wszelkich imprez publicznych. Dzieci w żłobkach i przedszkolach były codziennie badane przez lekarza. Ponieważ szpitale zapełniały się chorymi, ustalono procedurę kwalifikacyjną do leczenia, według ciężkości objawów. Akcji szczepień nie przerwano i od 1960 r. liczba nowych przypadków zaczęła spadać. Pod koniec lat sześćdziesiątych XX w. były już tylko pojedyncze zachorowania. Rozwijały się też szczepienia. Ale to już inna historia.

Źródło: M. Czachorowska, Leczenie i zwalczanie zachorowań na poliomyelitis w okresie epidemii w latach 50. i później w XX wieku na terenie Warszawy, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2002, nr 56.