

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Primum

ISSN 2353-6055

nr 5 (346) / maj 2020



LEKARZE

OD BRAW, PRZEZ HEJT, DO SPRAW W SĄDACH...

Ratujmy Ratujących!

Pandemia SARS-CoV-2 pokazała wszystkie problemy, z którymi boryka się polska ochrona zdrowia: braki kadrowe, lokalowe, sprzętowe, deficyt środków ochrony osobistej, niedziałające procedury. Z tym wszystkim, co od lat ledwo funkcjonowało, a teraz jest na granicy załamania – ryzykując własne życie i zdrowie – zmagają się teraz lekarze, pielęgniarki, ratownicy i inny personel medyczny.

Nie chcemy, żeby zostali z tym sami!



Dlatego – **Bydgoska Izba Lekarska** wspólnie z **Samorządem Studenckim CM UMK** przystąpiła do akcji

Ratujmy Ratujących

Prosimy **LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW** o zgłaszanie wszelkich niedoborów, a my postaramy się potrzebne produkty dla Was zdobyć.

Tych, którzy chcą je podarować – **FIRMY, OSOBY PRYWATNE, HURTOWNIE** – bardzo prosimy o kontakt z nami. Potrzebne jest właściwe wszystko – m.in. respiratory, środki ochrony osobistej – maski, gogle, kombinezony, płyny dezynfekujące, ręczniki papierowe.

Chcesz pomóc? Bardzo prosimy o zgłoszenia przez formularz dostępny na stronie: www.bil.org.pl w zakładce **Ratujmy Ratujących** oraz pod nr tel. 52 346-00-84, kom. 533 717 577, kom. 600 435 289, lub na adres e-mailowy: bil@bil.org.pl

Zbiórka trwa **od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00–16:00** w siedzibie **Samorządu Studenckiego CM UMK**, ul. 3 Maja 3, 85-067 Bydgoszcz (wejście do biura od strony parkingu), kontakt – tel. 533 717 577.

Uruchomiliśmy również specjalne subkonto. Wpłaty zostaną przeznaczone na zakup potrzebnych w walce z koronawirusem środków ochrony

BANK MILLENNIUM nr rachunku bankowego
33 1160 2202 0000 0001 8152 9405

Nie zwlekaj – Pomóż – **Ratujmy Ratujących**

W NUMERZE:

INFORMUJEMY	2,3
TAK MYŚLĘ	
Cenzura w ochronie zdrowia	4
Lekarz w czasach zarazy	5
NAJGORSZE DOPIERO PRZED NAMI?	
– rozmowa z dr. hab. n. med. Aleksandrem Deptułą, prezesem Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej	6
SARS-COV-2 – ŻYCIE OBOK PANDEMII	8
FINANSOWANIE W CZASIE PANDEMII	
– rozmowa z Barbarą Nawrocką, rzeczniczką K-P OW NFZ	12
I NAGLE – KORONAWIRUS!	
– rozmowa z mgr Małgorzatą Wróblewską, kierownikiem Laboratorium Mikrobiologicznego w grudziądzkim szpitalu	15
LARYNGOLOGIA – SPECJALIZACJA WYSOKIEGO RYZYKA	16
STOMATOLOGIA – NOWE WYZWANIA	17
POZ W CZASACH PANDEMII	19
FARMAKOTERAPIA COVID-19 W ŚWIETLE AKTUALNYCH BADAŃ	20
CZY BCG OCHRONI NAS PRZEZ KORONAWIRUSEM?	24
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	27
GABINET ADWOKACKI	28
WSPOMNIENIE O DOKTORZE ZDZISŁAWIE GAŁAJU	29
SARS-COV-2 W BARCELONIE	
Uwaga! Awaria! Świat chwilowo nieczynny	30
FELIETON	31
W PIGUŁCE	32

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Bardzo chciałbym nie pisać o pandemii, ale nie potrafię tego uniknąć. Wieści są krzepiące i dlatego warte upublicznienia.

Kwestia pierwsza – została opanowana sytuacja epidemiczna w placówkach szpitalnych naszego regionu (Toruń, Włocławek, Bydgoszcz). To bardzo cieszy, że ważne szpitale – kliniczny nr 2, 10. WSK w Bydgoszczy, miejski w Toruniu oraz lecznica włocławska normalizują swoje działanie. Mamy również do dyspozycji więcej laboratoriów, które przy zastosowaniu metod referencyjnych (PCR) diagnozują infekcje COVID-19. W odpowiedzi na moje zapytanie skierowane do Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy o dostępność środków ochrony osobistej otrzymałem informację, że nie ma niedoborów, ale zapasy bieżące są krótkoterminowe.

Wprawdzie na apele Wojewody Kujawsko-Pomorskiego o tworzenie listy lekarzy chętnych do pracy np. w szpitalu jednoimiennym lub innych placówkach „frontowych”, gdzie powstała luka kadrowa, nie było odpowiedzi, to pragnę Państwa uspokoić, iż obecnie nie ma w naszym województwie potrzeby delegowania lekarzy przy pomocy metod administracyjnych. W rozmowach z Wojewodą, prowadzonych wspólnie z izbą toruńską oraz samorządem pielęgniarek i położnych, wskazyaliśmy na pilną potrzebę precyzyjnego określenia warunków oddelegowania. Chodzi głównie o czas, miejsce oddelegowania, zapewnienie środków ochrony osobistej, miejsc noclegowych (dla chętnych), ubezpieczenie i jednolite, odpowiednie warunki finansowe.

Wszystkie Koleżanki i Kolegów zapewne ucieszy również fakt, że dary Kulczyk Foundation, otrzymane dzięki staraniom samorządu lekarskiego, zostały dostarczone do siedziby BIL. Będziemy dokładali starań, aby szybko i zgodnie z intencją ofiarodawcy trafiły do lekarzy zaangażowanych w walkę z COVID-19.

Pandemia z wielką ostrością ukazuje różne ułomności. Bardzo dużo i krytycznie powiedziano już o organizacji i zarządzaniu walką z COVID-19, niedostatkach środków ochrony osobistej, niewystarczającym testowaniu. Niestety, również niektóre nasze ludzkie zachowania nie dodają otuchy. Zaraza potrafi wszystko zdominować, a strach sparaliżować. Lekarze obawiają się pacjentów, ludzie boją się lekarzy, a przecież: „...człowiek idzie przez życie po bardzo wąskiej kładce. Najważniejsze, to się nie bać” (rabin Nachman z Bractawia).

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

e-mail: primum@bil.org.pl
tel. 52 346 07 85

RADA PROGRAMOWA:

prof. Aleksander Araszkiwicz,
red. Agnieszka Banach-Dalke,
red. Teodora Bogdańska,
lek. Mieczysław Boguszyński,
red. Magdalena Godlewska,
dr n. med. Stanisław Prywiński,
lek. dent. Marek Rogowski
(przewodniczący),
dr n. med. Zofia Ruprecht

REDAKTOR NACZELNA:

Agnieszka Banach-Dalke
agnieszka.banach@hipokrates.org

REDAKTOR:

Magdalena Godlewska
magodlewska@poczta.onet.pl

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.
Za treść reklam nie odpowiadamy.

WYDAWCA:

Bydgoska Izba Lekarska
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11
telefon: 52 3460084, 52 3460780

Numer konta BIL:

PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197
e-mail: bil@bil.org.pl, www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

dr n. med. Elżbieta
Narolska-Wiercziwska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 3461257

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:

dr n. med. Wojciech Kosmowski
tel. 605 550 017

DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

SKŁAD:

Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 3791435

Nakład: 4340 egzemplarzy



Ratujmy Ratujących!

Jeżeli potrzebujesz pomocy albo chcesz wesprzeć ratujących, dołącz do akcji Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz samorządu studentów CM UMK – szczegóły 2 strona okładki



Nie – dla wyborów w maju

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej BIL
z 16 kwietnia 2020 r.

w sprawie poparcia Stanowiska 3/VIII/2020
oraz Apelu 2/VIII/2020 Prezydium ORL Kujawsko-Pomorskiej
Izby Lekarskiej w Toruniu

Prezydium Bydgoskiej Izby Lekarskiej wyraża pełne poparcie Stanowiska 3/VIII/2020 z 14.04.2020 r. oraz Apelu 2/VIII/2020 z 14.04.2020 r. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu.

Prezydium Bydgoskiej Izby Lekarskiej uważa, że niezbędne jest wezwanie konstytucyjnych władz Rzeczypospolitej, aby pilnie podjęły decyzję o przesunięciu daty wyborów prezydenckich. W naszej ocenie przeprowadzenie wyborów w planowanym terminie, nawet w formie korespondencyjnej, jest bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia i życia naszych obywateli.

Apel podpisany przez sekretarza ORL BIL: dr n. med. Radosław Staszak-Kowalską oraz prezesa ORL BIL: dr. n. med. Marka Bronisza

W obliczu pandemii Pomoc prawna dla lekarzy

Prosimy o kontakt w razie wątpliwości i pytań natury prawnej związanych z obecną wyjątkową sytuacją. Odpowiedzi udziela kancelaria radcy prawnego BIL (tel. 52 3223394, 602 575 350, kancelaria@jgkancelaria.pl).

Dodatkowe ubezpieczenie...

...na wypadek utraty zarobkowania z powodu choroby

W związku z licznymi pytaniami od Państwa dotyczącymi możliwości dodatkowego ubezpieczenia na wypadek utraty zarobkowania z powodu choroby podjęliśmy rozmowy z towarzystwami ubezpieczeniowymi.

Z wielką przykrością odebraliśmy fakt zgłoszony przez TU Inter Polska, z którym współpracujemy od wielu lat, że od 24 marca br.: „w obliczu rozprzestrzeniania się koronawirusa i ogłoszonego stanu epidemii przez polskie władze, Zarząd spółek INTER w Polsce podjął decyzję o czasowym wstrzymaniu aktywnej akwizycji ubezpieczeń INTER Medyk Life z opcją niezdolności do pracy wskutek choroby”.

Po długich i wyczerpujących rozmowach udało nam się pozyskać wiedzę, że jedynie PZU ma w swojej ofercie taką opcję (warunki ubezpieczenia na stronie BIL).

Jednocześnie uprzejmie informujemy, że nie jesteśmy w stanie Państwu zagwarantować 100-procentowej satysfakcji z zawartej polisy. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki zawartych polis. Wyszukaliśmy taką możliwość na skutek licznych pytań od Państwa, zostawiając do samodzielnej decyzji i indywidualnych kontaktów z brokerem.

Szczegółowych informacji na temat oferty udziela broker ubezpieczeniowy Ryszard Urbański, tel. 606 930 450; e-mail: ryszard@eurobrokers.com.pl.

Potwierdzeniem chęci podpisania polisy jest:

- 1. telefoniczne zgłoszenie** do BIL – nr: 52 3460084, kom.: 600 435 289;
- 2. wpłata składki** w wysokości wybranej przez Państwa z oferty PZU na numer konta Bydgoskiej Izby Lekarskiej 95 1020 1475 0000 8302 0019 1197 PKO BP II /o Bydgoszcz;
- 3. przesłanie potwierdzenia** dokonania przelewu wraz z wypełnioną i podpisaną deklaracją na adres e-mail aleksandra.krol@hipokrates.org.

Marek Bronisz – prezes BIL

Konieczne uregulowanie cen środków ochrony osobistej

Apel Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej BIL
z 16 kwietnia 2020 r. do Prezesa Rady Ministrów w sprawie
uregulowania cen środków ochrony osobistej

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej apeluje do rządu RP, aby w nawiązaniu do art. 8 pkt. 1 oraz art. 8a pkt. 1 Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, podjęto kroki mające na celu uregulowanie cen środków ochrony osobistej, które zbliżą się do cen, jakie były przed ogłoszoną pandemią. Niedopuszczalne jest, aby produkty tak potrzebne w obecnej sytuacji osiągały wartość kilkadziesiąt, a w niektórych przypadkach nawet kilkaset procent większą niż przed wybuchem epidemii COVID-19.

Apel podpisany przez sekretarza ORL BIL: dr n. med. Radosław Staszak-Kowalską oraz prezesa ORL BIL: dr. n. med. Marka Bronisza

Adwokaci pomagają lekarzom

Okręgowa Rada Adwokacka w Bydgoszczy organizuje pomoc prawną dla pracowników służby zdrowia. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni mogą zgłaszać wszelkie wątpliwości dotyczące swoich uprawnień i obowiązków związanych z niesieniem pomocy w trakcie trwającej pandemii. Bezpłatna pomoc prawna udzielana jest telefonicznie i mailowo.

- Bernat Mateusz, tel. 723 912 025, adw.mateusz.bernat@gmail.com
- Biliński Andrzej, tel. 52 3227900, 663 823 593, andrzejbilinski@wp.pl
- Bitnner Zofia, tel. 668 300 037, bitnner.zofia@wp.pl
- Burduk-Luty Anna, tel. 602 745 423, aburduk@wp.pl
- Cerajewski Maciej, tel. 662 224 512, maciej@adwokatcerajewski.pl
- Czerska Ewa, tel. 52 3220130, 604 181 020, ewa.czerska@adwokatura.pl
- Domek Szymon, tel. 602 517 322, szymon.domek@gmail.com
- Drewienkowski Witold, tel. 608 096 580, witold@drewienkowscy.pl
- Gliwa-Sokorska Małgorzata, tel. 660 103 422, malgorzata.gliwa@gmail.com
- Górski Łukasz, tel. 723 330 325, biuro@adwokat-gorski.pl
- Kaczanowska Arletta, tel. 605 656 146, a_kaczanowska@yahoo.com
- Korkowska-Krokos Karolina, tel./fax 52 5244976, 796 982 424, 607 774 755, karolina@krokos-adwokat.pl
- Kosierb Izabela, tel. 692 934 321, izabela.kosierb@wp.pl
- Krawczyk Anna, tel. 512 206 906, anna.krawczyk89@outlook.com
- Kruk Krzysztof, tel. 506 975 747, krzysztof.kruk@op.pl
- Kulik-Frasz Katarzyna, tel. 609 768 739, adw.kulikfrasz@gmail.com
- Lorkowska Beta, tel. 501 098 759, beatalork@wp.pl
- Maskalska-Kwajzer Monika, tel. 781 025 814, monika_maskalska@wp.pl
- Mazur Janusz, tel. 52 3287698, 604 190 903, janusz@mazuradwokat.pl
- Montowski Jakub, tel. 52 3287331, 503 755 703, adwokat@bydgoszcz.com
- Podstawski Krzysztof, tel. 52 3792611, krzysztofpodstawski1@wp.pl
- Skoczykłoda Piotr, tel. 52 3610537, 507 555 278, piotr.skoczykkloda@tebi.com.pl
- Szatkowski Paweł, tel. 509 199 613, kontakt@adwokatszatkowski.pl
- Zatkowska Zuzanna, tel. 52 3225247, 605 404 650, zuzannatatkowska@wp.pl
- Wach Mariola, tel. 601 449 958, wach.mariola@gmail.com
- Wawrzyniak Joanna, tel. 695 243 952, joanna@adwokatbernat.pl
- Wiśniewska Monika, tel. 52 3220282, 504 224 145, adw.wisniewska@wp.pl

144 miliony złotych na pomoc dla wszystkich szpitali z kujawsko-pomorskiego

Taką pomoc zaoferował Urząd Marszałkowski w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego finansowanego ze środków UE. Planowane są zakupy sprzętu leczniczego i diagnostycznego – m.in. 120 respiratorów, 12 ambulansów, aparaty do pozaustrojowego natleniania krwi, kardiomonitorów, defibrylatorów, aparatów RTG i USG, urządzeń i środków dezynfekcyjnych, środków ochrony osobistej dla personelu i pacjentów oraz systemów informatycznych – m.in. systemów do pracy zdalnej dla lekarzy radiologów oraz rozwiązań teleinformatycznych umożliwiających zdalną komunikację głosową pacjentów z personelem pielęgniarskim (narzędzie, wykorzystujące m.in. telefony komórkowe pacjentów i szpitalne wi-fi, wdrożone na razie zostanie w Szpitalu Zakaźnym i K-P Centrum Pulmonologii). Część kwoty zostanie przeznaczona na zakup 10 tysięcy testów w kierunku Covid-19.

Wsparcie otrzymają wszystkie publiczne szpitale w regionie – wojewódzkie, kliniczne i powiatowe – a także Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego. *a.b.*

Szybkie testy w Juraszu



Zakład Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza rozpoczął wykonywanie szybkich testów wykrywających obecność koronawirusa.

Aparat używany w Juraszu posiada certyfikację IVD, podobnie jak wykonywane przez niego testy wykrywające obecność RNA SARS-CoV-2 w materiale klinicznym. Wykorzystanie platformy jako narzędzia do jednoczesnej ekstrakcji RNA wirusów i jego detekcji metodą real-time PCR minimalizuje kontakt personelu z potencjalnie zakaźnym materiałem klinicznym, zmniejszając ryzyko zakażenia. Aparat BD MAX to aktualnie jedno z najszybszych narzędzi w Polsce służących do całkowicie zautomatyzowanego wykrywania obecności RNA koronawirusa SARS-CoV-2, przy zachowaniu bardzo wysokiej czułości i swoistości wyników wykonywanych oznaczeń oraz bezpieczeństwa w laboratorium mikrobiologicznym. Umożliwia jednoczesną ocenę występowania materiału genetycznego koronawirusa w 24 próbkach klinicznych, z uzyskaniem ostatecznego wyniku dla pierwszych próbek w czasie do 3 godzin. Badania są wykonywane w określonych godzinach (8:00, 10:30, 13:00, 15:30, 17:30 i 19:30).

Testy wykonywane są osobom z podejrzeniem zakażenia ze wszystkich bydgoskich szpitali.

primum

Rzecznik praw lekarza zbiera informacje...

...o wszelkich przejawach agresji, insynuacjach, fake newsach, opiniach uderzających w lekarzy i ich dobre imię, a także utrudnieniach, na jakie trafiają lekarze w obecnej sytuacji epidemicznej. Prosimy przesyłać je na adres e-mail: rpl_skargi@hipokrates.org

Lekarze w walce z SARS-CoV-2

Naukowcy z Collegium Medicum UMK rozpoczynają dwa badania kliniczne, których celem jest walka z infekcją wirusem SARS-CoV-2. Pierwsze ma łagodzić i skrócić przebieg choroby, drugie – nie dopuścić do zarażenia w przypadku kontaktu z osobą już chorą.

Oba badania przebiegać będą równolegle. Autorem pierwszego jest prof. Eliano Navarese z Collegium Medicum UMK. Obejmie ono pacjentów z już rozpoznaną chorobą, ale na wczesnym jej etapie. Cel, jaki stawia sobie naukowiec, to skrócenie oraz złagodzenie przebiegu choroby, stąd nazwa badawczego projektu: ReCOVery, czyli wyzdrowienie.

Badacze zakładają krótki czas badania. Ma wziąć w nim udział 225 osób. Obserwacja i zbieranie wyników ma potrwać 2 tygodnie.

Drugi z projektów badawczych dostał nazwę: PAVIA – na cześć miasta w Lombardii najbardziej dotkniętego epidemią. Autorem badania jest prof. dr hab. Jacek Kubica, prorektor ds. badań naukowych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz kierownik Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Tu badanie kliniczne ma przejść 1,6 tys. osób objętych kwarantanną z powodu udokumentowanego kontaktu z osobą już chorą. Jego celem jest niedopuszczenie do rozwinięcia choroby u osób, które były narażone na kontakt z wirusem.

Czas trwania badania ma wynieść miesiąc.

Naukowcy zapewniają, że ryzyko związane ze stosowaniem badanych leków jest niewielkie. To dwa leki dobrze znane w kardiologii, których spodziewanym efektem ubocznym ma być działanie antywirusowe.

Rektor UMK prof. dr hab. Andrzej Tretyn zadeklarował już sfinansowanie pracy naukowców z budżetu uczelni.

Źródło: UMK

#ChrońMedyka

- #ZostańwDomu
- #NieKłamMedyka
- #PrzestrzegajKwarantanny – kwarantanna trwa 14 dni
- #OchroniaczDlaMedyka - środki ochrony osobistej po pierwsze dla medyka
- #SzybkaŚcieżka - szybka ścieżka diagnostyki wirusa dla medyka po kontakcie niezależnie od objawów!
- #ZespołyRezerwowe - tworzenie zespołów rezerwowych w szpitalach i placówkach medycznych
- #JedneWytyczne - jednolite wytyczne organizacji pracy w szpitalach dla wszystkich poziomów opieki
- #BezRODOdlaŻYCIA - zawieszenie RODO - szybka informacja dla medyka o wynikach testów pacjentów którzy mieli kontakt.
- #BezStrachu - zdjęcie odpowiedzialności karnej w przypadku podjęcia decyzji selekcji w stanie wyższej konieczności.
- #UbezpieczMedyka - wprowadzenie specjalnej ochrony prawnej i ubezpieczeniowej pracowników szpitali w zakresie OC, NNW oraz niezdolności do pracy.

Cenzura w ochronie zdrowia

Grudzień 2019 r. Wuhan, Chiny. Lekarze szpitala uniwersyteckiego informują się wzajemnie o wystąpieniu kilku dziwnych przypadków zachorowań. Później kilkunastu. Kilkudziesięciu, kilkuset... Tak, to COVID-19. Myśleli, że wrócił SARS-CoV-1, który wywołał epidemię w latach 2002/2003 – pochłonęła blisko 800 Chińczyków. Dlaczego podawano liczbę kilkuset, skoro było kilkadziesiąt tysięcy ofiar?

BARTOSZ FIAŁEK

Reżimowy ustrój Chińskiej Republiki Ludowej przechwycił te informacje, wezwał do zeznań lekarzy, którzy jako pierwsi alarmowali o pojawieniu się koronawirusa, ukarał ich, wyciszył. Jako powód podawano, że sieją panikę, rozsiewają nieprawdziwe informacje.

Przez podjęcie represyjnych działań wobec lekarzy oraz uciszanie prawdy o faktycznej sytuacji epidemiologicznej stracono 2–3 tygodnie.

Te 2–3 tygodnie wystarczyły, aby – w okresie nowego roku, kiedy migracja ludności jest ogromna – koronawirus rozprzestrzenił się po całym świecie.

Gdyby reżim nie wygłuszył lekarzy, a tłumił epicentrum koronawirusa w Wuhan, dzisiaj nie mielibyśmy do czynienia ze śmiertelną pandemią.

POLSKA „POWTÓRKA Z ROZRYWKI”?

Jako przewodniczący „specgrupy” OZZL, działającej na obszarze całego kraju, od początku epidemii rozprzestrzeniającej się na terytorium Polski otrzymywałem 20–30 wiadomości dziennie. Zgłoszenia i prośby o pomoc dotyczyły głównie trzech obszarów: środków ochrony indywidualnej, których brakuje; testów, których brakuje; organizacji pracy, która jest niebezpieczna i dla pacjentów, i dla pracowników ochrony zdrowia. To się jednak – dość szybko – skończyło i obecnie otrzymuję pojedyncze wiadomości o nieprawidłowościach na froncie. Ogromny wpływ na spadek liczby zgłoszeń miały działania decydentów różnego szczebla. Najpierw wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko wystosowała jednoznaczny apel do konsultantów krajowych, aby uciszali konsultantów wojewódzkich wszystkich dziedzin medycyny, a sami przekazywali informacje o koronawirusie tylko po wcześniejszym ustaleniu przekazu z Ministerstwem Zdrowia i Głównym Inspektorem Sanitarnym. Następnie zwolniona dyscyplinarnie została położna ze szpitala w Nowym Targu. Powód? „Sianie paniki”, a w rzeczywistości opis braku środków ochrony indywidualnej w mediach społecznościowych. Kolejno – rozwiązanie umowy z ratownik medyczną z analogicznego powodu. W taki sposób, pomimo wiedzy o katastrofalnych konsekwencjach cenzury w ochronie zdrowia, wyciszono polskich pracowników ochrony zdrowia.

OD BRAW, PRZEZ HEJT, DO SPRAW W SĄDACH?

4 marca 2020 r. potwierdzono pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem w Polsce. Wojnę uznano za rozpoczętą. Od samego startu politycy nieśli na ustach hasła o bohaterstwie personelu medycznego i wierze, że pokonamy wroga. Podobnie zadziałało społeczeństwo, które – wspólnie z przedstawicielami resortu zdrowia – biło brawo medynom. Nie trwały one jednak długo, bo już po kilku dniach pojawił się ostracyzm. Problemy z obsługą w sklepach, nieobsługiwanie personelu medycznego przez jedną z poznańskich piekarni, oblanie farbą drzwi pracownika ochrony zdrowia – to tylko trzy z wielu przejawów hejtu. Oliwy do ognia dolał minister sprawiedliwości i prokurator generalny Zbigniew Ziobro. Zapowiedział on wszczęcie śledztw przeciw lekarzom, pielęgniarkom i personelowi DPS-ów, którzy nie odpowiedzieli pozytywnie na skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii lub opuścili miejsca pracy.

Cenzura, hejt i dochodzenia przeciw pracownikom ochrony zdrowia mogą prowadzić do katastrofy. Miejmy nadzieję, że rozsądek ostatecznie zwycięży.

O autorze: Bartosz Fiałek jest przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy przy BIL.

Bydgoszcz, 20. kwietnia 2020r.



Minister Sprawiedliwości
Prokurator Generalny
Zbigniew Ziobro

Szanowny Panie Ministrze,

z wielkim zdziwieniem obserwuję Pańskie decyzje o wszczęciu śledztw przeciwko personelowi medycznemu, który nie odpowiedział pozytywnie na – często – bezpodstawne i nieprawne skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii koronawirusa.

Z pełną świadomością i odpowiedzialnością sugeruję, aby zaprzestal Pan tych działań, gdyż prowadzą one jedynie do utraty kolejnych pracowników ochrony zdrowia, którzy już obecnie występują w znacznym niedoborze niepozwalającym świadczyć adekwatnych usług zdrowotnych dla Polek i Polaków.

Ponadto sugeruję, aby w pierwszej kolejności zajął się Pan zlecaniem prokuratorskich śledztw w sprawie braków podstawowych środków ochrony indywidualnej oraz testów w placówkach medycznych, które na co dzień walczą o – również Pańskie – zdrowie i życie na froncie.

2. przebieg

Przewodniczący
Regionu Kujawsko-Pomorskiego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
lek. Bartosz Fiałek



LEKARZ

w czasach zarazy

JERZY
RAJEWSKI

ZAUFANIE DO SYSTEMU

Podstawą dobrze funkcjonującego systemu ochrony zdrowia jest zaufanie do państwa, i to zarówno obywateli, jak i fachowego personelu medycznego. Kolejną podstawę do nadziei na bezpieczną opiekę medyczną daje artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który gwarantuje każdemu obywatelowi ochronę zdrowia.

Obie te podstawy legły w gruzach.

Instrumentalne traktowanie Konstytucji i nieposzanowanie jej zapisów spowodowało utratę zaufania do fundamentów państwa polskiego. Prawo stanowione pod osłoną nocy, bez konsultacji społecznych i udziału niezależnych autorytetów – nie budzi zaufania.

W stanowieniu regulacji dotyczących polskiego systemu ochrony zdrowia całkowicie pomijane jest zdanie samorządu lekarskiego i innych samorządów zawodów medycznych, a także ekspertów towarzystw naukowych. Nastąpiła niebezpieczna koncentracja decyzyjności w sprawach zdrowia w jednym miejscu – w Ministerstwie Zdrowia – bez poszanowania innych opinii.

ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

Wszystkiego brakuje! Niczego nie można normalnie kupić. Nie wspomnę już o cenach. Przypomina mi to czasy późnej komuny, gdzie wszystko się załatwiało. Maseczki zdobywamy dzięki znajomościom kolegi lekarza po 4 zł netto – jeszcze. Płyny dezynfekcyjne dzięki znajomościom koleżanki – lekarki z Małopolski. Przyłbice otrzymaliśmy z Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce. Najgorzej jest z kombinezonami jednorazowymi.

Dodatkowe koszty środków ochrony osobistej dla zespołu małej praktyki sięgają kilku tysięcy złotych miesięcznie!

Gdzie jest państwo? Gdzie są te środki, których podobno nie brakuje?

Dobrze jest tylko w wiadomościach telewizyjnych TVP i publicznym radiu.

Z mediów społecznościowych wiemy, że wszystkie szpitale w naszym województwie błagają o dary. O dary proszą także przychodnie i zespoły ratownictwa medycznego. Dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu społecznemu i firm prywatnych dysponujemy jakimkolwiek sprzętem.

Jeszcze niedawno wojewoda informował nas o wystarczającym zaopatrzeniu przekazywanym szpitalom. Jak to możliwe, że rzeczywistość tak bardzo odbiega od oficjalnych informacji?

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Od wielu lat wiemy, że Polska dysponuje jednym z najgorszych systemów ochrony zdrowia wśród krajów OECD. Borykamy się z olbrzymim niedofinansowaniem i dramatycznym niedoborem kadr medycznych. Wszystko jako dotychczas funkcjonowało dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu ludzi i niskiemu wynagrodzeniu personelu.

O dziwo, premier rządu twierdzi, że mamy najlepszy system w Europie!

Epidemia jednak obnażyła wszystkie jego niedostatki. Nie da się ukryć braku środków finansowych, sprawnej organizacji i kadr medycznych.

POLOWANIE NA CZAROWNICE

Już jest! Już buduje się stosy.

Wiceminister zdrowia obwinia lekarzy o przenoszenie choroby COVID-19. Wyjaśnienia, że nie to miał na myśli, nie mają znaczenia. Informacja już została przekazana społeczeństwu.

Wojewoda mazowiecki zmusza lekarki do pracy z naruszeniem prawa. Odmawiając – obciążane są karą finansowymi!

Minister sprawiedliwości zapowiada przeciwko nim postępowania prokuratorskie. O dziwo, nie przeciwko łamiącemu prawo wojewodzie!

Spółeczeństwo już wie, że można atakować lekarzy i personel medyczny. Pojawiają się sklepy nieobsługujące lekarzy. Medycy są atakowani przez sąsiadów, bo przecież to lekarze przenoszą zarazę!

Sejm głosuje przeciwko regularnym tępom dla personelu medycznego, przeciwko wzrostowi wynagrodzenia dla pracujących na pierwszej linii zagrożenia.

Jak być lekarzem w kraju, którego rząd atakuje ludzi najbardziej zaangażowanych w walkę z epidemią?! Niszczy fizycznie, zmuszając ich do pracy ponad siły! Niszczy społecznie, produkując przeciwko nim oskarżenia i tolerując hejt!

W tym kontekście wojewoda kujawsko-pomorski wzywa lekarzy ochotników do pracy w szpitalach zakaźnych...

BLOKADA INFORMACJI

Zakaz wypowiadania się na temat epidemii dla konsultantów krajowych i wojewódzkich. Zwalnianie z pracy za informowanie o aktualnej sytuacji w miejscowym szpitalu, a nawet za prośby o wsparcie darami.

Czy może być wiarygodna władza, która blokuje dostęp do rzetelnych informacji? Czy bez aktualnych danych statystycznych jesteśmy w stanie prawidłowo zaplanować walkę z epidemią?

Z całej Polski od naszych koleżanek i kolegów docierają informacje o zaniżaniu liczby zgonów z powodu COVID-19. Czemu to ma służyć? Przypomina mi się malowanie trawy przed przyjazdem dygnitarzy w czasach komunizmu.

Wystarczy analiza liczby wykonanych testów na milion mieszkańców i od razu wiemy, jak nam daleko do współczesnej Europy, a jak blisko do Bułgarii i Rumunii, przyjaciół z dawnego bloku wschodniego. Czy takie są nasze ambicje?

Tak mała ilość testów wykrywających zakażonych SARS-CoV-2 zaktamuje rzeczywistość i stwarza olbrzymie zagrożenie. Mamy w Polsce ogromną liczbę niezidentyfikowanych zakażonych, którzy nieświadomie zarażają innych.

Bomba tyka! Ale w razie wybuchu wszystko da się załatwić odpowiednią statystyką.

Taka jest Polska XXI wieku! Przysty moje marzenia o byciu członkiem intelektualnej i nowoczesnej Europy.



Z dr. hab. n. med. Aleksandrem Deptułą rozmawia Agnieszka Banach

Nowy koronawirus jest podobno niemal doskonale przystosowany do atakowania ludzkich komórek. W wyniku wielu mutacji udało mu się dokonać tego, czego nie osiągnęły inne koronawirusy...

Stało się to, co czasami się zdarza – wirus SARS-CoV-2 przełamał barierę gatunkową i nabył zdolność do wywołania zakażeń u ludzi. Badania nad mechanizmem zakażenia trwają i trwać będą, zapewne przez wiele lat. Wiadomo już, że jest bardziej zakaźny od wirusa grypy, ale mniej od wirusa odry. Przeciwno tym wirusom mamy jednak od lat szczepienia, które znacznie zmniejszają rozprzestrzenianie się zakażeń. Niestety, nowy wirus najprawdopodobniej pozostanie z nami na długie lata i będzie wywoływał zakażenia do czasu aż powstanie tzw. odporność populacyjna bądź wdrożone zostanie powszechne szczepienie.

Jak Pan ocenia – dobrze radzimy sobie z pandemią? A może coś robimy źle, nieodpowiednio? Czegoś za mało?

Analizując dane z innych krajów, można powiedzieć, że radzimy sobie dostatecznie. Dzięki dość sporemu zdyscyplinowaniu udaje się nam na razie powstrzymać falę lawinowego wzrostu zachorowań, dlatego system ochrony zdrowia pozostaje w miarę wydolny. Jak na razie nie zdarzają się sytuacje, żeby zabrakło miejsc w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla najcięższych chorych. Biorąc pod uwagę statystyki – cały czas wykonujemy za mało badań w kierunku SARS-CoV-2 i nie jest to kwestia złej woli, ale potencjału, który posiadamy. Nie ma absolutnie możliwości, żeby w ciągu kilku tygodni stworzyć laboratorium diagnostyczne, a to przede wszystkim z powodu dramatycznych niedoborów kadrowych – braku wykwalifikowanych diagnostów laboratoryjnych, niedoborów sprzętowych i nowoczesnych technologii w wielu już istniejących laboratoriach. Wydaje się, że w porę

wprowadzono w Polsce ograniczenia zmniejszające skalę transmisji wirusa. Nie wszystkie są zrozumiałe – jak na przykład zakaz wstępu do lasów, ale zgodnie z informacjami prasowymi, będzie to pierwsze wycofane obostrzenie. Czy coś robimy źle? Źle stosujemy środki ochrony indywidualnej. Jestem czasem przerażony, obserwując ludzi w sklepach czy na ulicach. Skoro są wprowadzone nakazy stosowania rękawic ochronnych czy ostaniania twarzy (pomimo że w rozporządzeniu jest jasno napisane, że nie musi to być maseczka, większość osób jednak maseczki stosuje), należałoby społeczeństwo edukować, jak to należy robić. Trzeba więc pamiętać o bardzo wielu rzeczach, żeby rękawiczki i maski nie stały się jeszcze większym zagrożeniem. Jako osobę zajmującą się na co dzień kontrolą zakażeń, bardzo mnie cieszy wzrost zainteresowania higieną rąk, świadomość, że warto utrzymać dystans w kolejkach. Liczę, że część tych zasad pozostanie w społeczeństwie na znacznie dłużej niż do czasu wygaśnięcia pierwszej fali zachorowań.

W walce z epidemią ważne są procedury, które w momencie kryzysu można szybko wdrożyć, by opanować sytuację. Czy w Polsce istniał system działania kryzysowego na wypadek pandemii? Procedury u nas zadziałały?

Dotychczas wszelkie tzw. plany pandemiczne miały w Polsce wymiar absolutnie teoretyczny. W niektórych jednostkach i instytucjach odbywały się praktyczne bądź teoretyczne ćwiczenia z zakresu postępowania w takich sytuacjach. Trudno mi się wypowiadać na temat przygotowania kraju – fakt jest taki, że mieliśmy szczęśliwie trochę więcej czasu niż Włochy czy Hiszpania, żeby się do obecnej rzeczywistości

NAJGORSZE dopiero

przystosować. Z pewnością nie zdaliśmy w pełni egzaminu z zakresu zabezpieczenia w rezerwy środków ochrony indywidualnej – z jednej strony należałoby powiedzieć, że strategiczny zasób środków powinien być zmagazynowany i gotowy, ale z praktycznego punktu widzenia trzeba przyznać, że środki te nawet w erze przed pandemią nie należały do najtańszych, a mają swój okres przydatności do użycia. Na przykład kombinezony nie są potrzebne praktycznie w żadnych innych sytuacjach w szpitalach. Fartuchy barierowe, które są środkiem w zasadzie równoważnym – bywają w wielu szpitalach wykorzystywane do zabiegów operacyjnych, więc przy właściwej gospodarce zasobami byłyby wykorzystane. Masek ochronnych FFP2 i FFP3 używa się do opieki nad pacjentami chorymi na grypę czy gruźlicę, więc również mogłyby być zmagazynowane w większych ilościach. Łatwo teraz byłoby powiedzieć, jak powinny wyglądać szpitale, że dawno, dawno temu należało postawić na znaczne zwiększenie liczby jednoosobowych sal chorych, projektować nowobudowane obiekty tak, aby w razie konieczności oddziały mogły być przekształcane w całości w oddziały izolacyjne. Specjaliści zajmujący się kontrolą zakażeń zwracali na to uwagę od lat, niestety bez skutku, ale mam nadzieję, że teraz myślenie rządzących i organów założycielskich w tym zakresie się zmieni. Kolejnym aspektem jest niewydolność inspekcji sanitarnej, która absolutnie nie wynika ze złej woli pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych – przez lata dramatycznie niedofinansowanych, z olbrzymimi brakami kadrowymi i brakami specjalistów. Nagle okazało się, że lekceważone wielokrotnie służby są w kraju niezbędne, bo tylko one mają pewne uprawnienia. Absolutnie nie dziwią mnie opóźnienia w wydawaniu decyzji o kwarantannie czy w wykonywaniu badań laboratoryjnych – jak nagle kilkanaście osób ma wydać decyzje, poprzedzone zebraniem wywiadu epidemiologicznego, dla tysięcy mieszkańców regionu? Jak nagle kilka osób ma wykonać kilkaset badań PCR dziennie?

Pracownicy szpitali przekształconych teraz w zakaźne skarżą się, że nikt ich nie poinstruował, jak mają taką reorganizację u siebie przeprowadzić... Nie było tam doświadczonych zakaźników i epidemiologów. Natłok chorych przyjmie więc niewyszkolony i niezabezpieczony personel, który wskazówek, jak postępować z chorym zakaźnym, szuka m.in. w Internecie. Jak powinna być przeprowadzona taka zamiana, żeby była bezpieczna i dla lekarza, i pacjenta?

Nie jestem zaskoczony tymi skargami, jak również sposobem działania administracji państwowej. Cały czas, niestety, funkcjonuje swego rodzaju tryb nakazowy: polecenie – wykonać. Bez zastanowienia się, czy są w poszczególnych szpitalach wykwalifikowane osoby, które wiedzą, jak to zrobić. W większości krajów europejskich

skich funkcjonują centralne instytucje, które opracowują wytyczne, rekomendacje, algorytmy postępowania oraz instruktaże „jak coś zrobić”, np. jak przekształcić oddział internistyczny w oddział zakaźny. W Polsce wydawane są polecenia i w efekcie każdy ze szpitali musi poradzić sobie z problemem sam. A jak sobie radzi? Jak potrafi. Raz lepiej, raz gorzej. Należy powiedzieć jasno: w Polsce nie ma dedykowanej specjalizacji lekarskiej z zakresu epidemiologii szpitalnej czy kontroli zakażeń. Nigdy nie stworzono dobrego programu kształcenia specjalistów w tej dziedzinie. W większości szpitali zadania te są powierzane przypadkowym osobom, które miały okazję zdobyć kwalifikacje w ciągu... dwutygodniowego kursu. Specjalistów chorób zakaźnych brakowało od dawna, specjalistów mikrobiologii lekarskiej jest w Polsce około stu, z czego większość w wieku emerytalnym, specjalistów epidemiologii – zapewne jeszcze mniej. Więc pojawia się pytanie – kto miał to zrobić? W każdym szpitalu muszą być zatrudnione pielęgniarki epidemiologiczne (specjaliści epidemiologii), jednak bardzo często mają bardzo ograniczoną siłę przebicia, pomimo posiadanych kwalifikacji. Zadaniem szpitalnych zespołów kontroli zakażeń powinno być dostosowanie opracowanego centralnie planu przekształcenia szpitala do warunków lokalowych i architektonicznych w danej jednostce. Wytyczne krajowe nie zostały przygotowane, więc personel, realizując zadania, konsultuje się z innymi placówkami

przed nami?

albo poszukuje rozwiązań w Internecie... W kwestii zabezpieczenia pracowników: nie jest trudno obliczyć, ile środków ochrony indywidualnej potrzeba w danym oddziale na dobę – mają one określony czas stosowania, a personel ubrany w kombinezony nie jest fizycznie w stanie w nich pracować dłużej niż 4-6 godzin. Z każdym dniem przed przewidywanym szczytem zachorowań zyskujemy coś, co jest w tej chwili najcenniejsze – czas. Czas na poprawienie przystosowania szpitali jednoimiennych i pozostałych do nowej sytuacji epidemiologicznej, czas na zgromadzenie zasobów środków ochrony indywidualnej, czas na dopracowanie procedur i ewentualne ćwiczenia... To jest bezcenne.

Na przełomie kwietnia i maja przewidywany jest szczyt zachorowań. Podobno w niektórych miejscach system już się zatyka... Jaki scenariusz nas czeka – włoski, amerykański? Czy może bardziej tagodna katastrofa?

Trudno jest przewidzieć, jak dokładnie będzie wyglądała sytuacja w Polsce, ponieważ podjęto szereg działań – zarówno związanych z ograniczeniem transmisji wirusa w społeczeństwie, jak i przygotowaniem szpitali. Planowe przyjęcia i zabiegi praktycznie zamarty – nie tylko ze względu na konieczność opróżnienia oddziałów, ale również z powodu niedostatku banalnych masek chirurgicznych... Nie sądziłem, że kiedykolwiek będzie trzeba w szpitalach reglamentować maseczki! Liczę, że nie będziemy mieli w Polsce do czynienia ze scenariuszem włoskim, jednak wydaje mi się, że najgorsze dni są wciąż przed nami...

Prawie 20 proc. wszystkich zakażonych to pracownicy ochrony zdrowia. To jeden z najgorszych wyników w Europie. Jak zorganizować opiekę nad chorym, żeby jak najbardziej ograniczyć ryzyko zarażenia się lekarza? Jakie powinny być zalecenia ochrony indywidualnej i organizacji pracy w szpitalach, żeby te nie stały się ogniskami epidemii?

Przede wszystkim – możliwość dostępu do szybkiej i wiarygodnej diagnostyki zakażenia, po drugie – określanie ryzyka zakażenia u pacjenta poprzez zebranie starannego wywiadu epidemiologicznego oraz badanie przedmiotowe i podmiotowe, po trzecie – stosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI): przyłbic, masek chirurgicznych w przypadku krótkotrwałego kontaktu z pacjentem



Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć ułatwiony dostęp do testów w miarę zwiększania możliwości laboratoriów i jestem zbulwersowany faktem, że postowie-lekarze odrzucili tę propozycję. Można było wprowadzić dodatkowe kryteria, w których w pierwszej kolejności badane byłyby najbardziej narażone grupy pracowników, jednak... łatwiej jest poklaskać przez parę minut przed kamerami...

i eliminacja ryzyka ekspozycji na aerozol lub stosowanie masek FFP2 lub FFP3 w przypadku czynności związanych z narażeniem na aerozol, fartuchów barierowych lub kombinezonów oraz, czasem, podwójnej warstwy rękawic ochronnych. Należy bardzo starannie czytać procedury stosowania ŚOI, które w wielu szpitalach są na bieżąco aktualizowane (!) – bo wiemy coraz więcej o wirusie i jego transmisji oraz dostosowujemy je do dostępności środków. Naprawdę specjaliści zajmujący się kontrolą zakażeń robią wszystko, by pozostały personel placówek mógł pracować tak bezpiecznie, jak to tylko możliwe.

Liczba zakażonych lekarzy może być niedoszacowana. Pewnie jest większa niż wynika z oficjalnych danych.

Zapewne tak, ale dopóki nie będziemy w stanie wykonać większej liczby testów, w tym przesiewowych, u personelu i pacjentów, to nie będziemy wiedzieli. Jeśli chodzi o zakażenia szpitalne, to będę uczestniczył w telekonferencji ECDC, gdzie ustalimy definicję szpitalnego zakażenia SARS-CoV-2.

Testy, testy, testy – powtarza jak zdarta płyta WHO, uznając, że to łatwiejszy sposób zlokalizowania potencjalnych zakażonych. Tymczasem słyszymy np. że testowanie w kwarantannie jest zbędne. Czy nie powinniśmy wzorem Koreańczyków, którym udało się ograniczyć epidemię – wręcz otwierać punkty pobierania próbek wszędzie, gdzie się da? Wtedy będzie wiadomo, kto rzeczywiście powinien zostać odizolowany.

Należy pamiętać, że każde badanie diagnostyczne jest badaniem dodatkowym i wykonuje się je z określonych wskazań. Powinno być poprzedzone kwalifikacją do badania przez lekarza, z wyjątkiem badań z nadzoru, a do takich należą właśnie badania osób w kwarantannie. Uważam, że bezwzględnie należy wykonywać badania u osób w kwarantannie, zwłaszcza po upływie 7 dni od bliskiego kontaktu z osobą zakażoną. Nie jestem zwolennikiem dostępności testów dla wszystkich obywateli bez wcześniejszej konsultacji lekarskiej. Badania diagnostyczne nie służą zaspokajaniu ciekawości, a dopóki nie będziemy mieli wielokrotnie wyższych możliwości diagnostycznych, to musimy je wykonywać w pierwszej kolejności u najbardziej potrzebujących. Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć ułatwiony dostęp do testów w miarę zwiększania możliwości laboratoriów i jestem zbulwersowany faktem, że postowie-lekarze odrzucili tę propozycję. Można było wprowadzić dodatkowe kryteria, w których w pierwszej kolejności badane byłyby najbardziej narażone grupy pracowników, jednak... łatwiej jest poklaskać przez parę minut przed kamerami...

Czy Pana zdaniem, kwarantanna bez testowania w ogóle ma sens? Podobno to najdroższy, a jednocześnie niezbyt skuteczny środek zapobiegawczy.

W aktualnej sytuacji nie ma innego wyboru. Środek drogi, ale znacznie ogranicza możliwość transmisji wirusa. I tak, nawet przy pełnych możliwościach diagnostycznych, będzie trwała najkrócej 7 dni.

SARS-CoV-2...

życie obok pandemii

Co się dzieje obecnie?

SARS-CoV-2 w liczbach (24 kwietnia 2020 r.):

- **Województwo kujawsko-pomorskie:** liczba potwierdzonych przypadków: 470; liczba zgonów: 23; liczba ozdowieńców: 109
- **Polska:** liczba potwierdzonych przypadków: 10 759; liczba zgonów: 463; liczba ozdowieńców: 1944
- **Świat:** liczba potwierdzonych przypadków: 2 744 606; liczba zgonów: 191 790; liczba ozdowieńców: 755 390

PAWEŁ
RAJEWSKI

OZDROWIENIEC – osoba wyleczona, nazwa zgodnie z Ustawą z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Określenie „ozdrowieniec” zarezerwowane jest dla osób chorych na choroby zakaźne (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239).

Osobę chorą na COVID-19 można uznać za ozdowieńca po wykonanej kontroli wirusologicznej po 14 dniach od pojawienia się objawów klinicznych lub po 14 dniach od uzyskania dodatniego wymazu w kierunku obecności SARS-CoV-2 u osób bezobjawowych – jeśli po tym okresie wynik kontrolnego wymazu wykonany metodą RT-PCR będzie ujemny (nie stwierdzi się materiału genetycznego koronawirusa SARS-CoV-2), powtarza się go po upływie kolejnych 24 h i jeśli ponownie będzie ujemny, taką osobę uznaje się za ozdowieńca.

Obowiązek zastaniania nosa i ust

16 kwietnia weszło życie Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 kwietnia 2020 r. wprowadzające obowiązek zastaniania nosa i ust w przestrzeni publicznej: na ulicy, podczas ruchu pieszego, w środkach publicznego transportu zbiorowego, w pojazdach, w których poruszają się osoby niezamieszkujące wspólnie, miejscach kultu religijnego, w sklepach, obiektach handlowych i targowiskach, na terenach zielonych, plażach, w urzędach, w miejscach świadczenia usług, w zakładach pracy.

Od tego dnia zastaniamy usta i nos... dowolnym materiałem: może to być szal, chusta, maseczka bawełniana, przyłbica, maseczka chirurgiczna i inne.

Zwolnione z tego obowiązku są dzieci do lat 4, osoby z trudnościami w oddychaniu, z dusznością wynikającą z przewlekłych chorób układu oddechowego czy chorób serca, osoby niepełnosprawne, które nie są same zdolne do zakrycia ust i nosa.

Pamiętajmy, że maski jednorazowe są jednorazowe i nie należy ich prać czy dezynfekować, noszone bez przerwy powinny być zmieniane co min. 4 godz. lub przy każdym zachlapaniu czy przemoczeniu.

Maseczki wielokrotnego użytku, bawełniane mogą być używane powtórnie po dezynfekcji lub wypraniu w min. 60 st., a najlepiej



Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy: mgr Karol Jędrasik, dr n. med. Karolina Dulęba

w 90 st. przez 30–45 min. i wyprasowaniu w programie o najwyższej temperaturze lub wymoczeniu we wrzątku.

Takie maseczki nie powinny być również prane razem z innymi ubraniami.

Po zdjęciu maseczki powinniśmy zawsze dokładnie umyć ręce wodą z mydłem lub środkiem do dezynfekcji.

Pamiętajmy również o prawidłowym noszeniu maseczek, czyli dokładnym zakrywaniu ust i nosa – osoby z bujną brodą powinny ją przyciąć na krótko lub ogolić, wychodząc ze sklepu czy z pracy nie wolno nasuwać maseczki na czoło, brodę czy zsuwać na szyję, bo może być ona źródłem potencjalnego zakażenia. Z tego samego powodu, nosząc maseczkę, nie dotykamy jej od frontu, nie drapmy się przez nią i nie ściągamy jej, łapiąc za front! Inaczej zamiast funkcji ochronnych, zmniejszających ryzyko zakażenia, je zwiększymy!

Czy jest sens noszenia maseczek, szczególnie bawełnianych, szali, chust... przez osoby zdrowe, bez kaszlu, bez cech infekcji? – w mojej ocenie – nie. Ochrona takimi środkami zapobiegawczymi przed SARS-CoV-2 jest praktycznie zerowa.

To po co?

Maseczki bawełniane, chusty, szale zmniejszają ryzyko przenoszenia wirusa na odległość, blokując wydzielanie aerozolu podczas kaszlu czy odruchu kichania przez osoby chore na COVID-19. Taki aerozol przez niezastonięte usta może się przenosić na odległość nawet do 8 m! Stąd tak istotna rola maseczek w zmniejszaniu ekspozycji na wirusa innych osób z otoczenia.

Czy maseczki bawełniane, szale, chusty itp. chronią przed SARS-CoV-2? Nie. Czy dziecko w wieku 4–8 lat będzie skutecznie i chętnie zakładać maseczkę, nosić i nie zsuwać? Nie.

Ale... trzeba stosować się do zaleceń. Jeśli można zastosować maseczki skuteczne – chirurgiczne i z filtrami to dobrze, a jeśli nie, to stosujemy się do zaleceń, żeby redukować wytwarzany aerozol i... żeby uniknąć mandatu.

Pamiętajmy także o systematycznym myciu rąk wodą z mydłem po każdym kontakcie z powierzchnią, po każdym powrocie do domu lub co najmniej co 1 godzinę.



Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy: od lewej – mgr Karol Jędrasik, mgr Agnieszka Hawruszczuk, lek. Przemysław Słomkowski

Co z szybkimi testami (tzw. kasetkowymi) immunochromatograficznymi oznaczającymi przeciwciała anty-SARS-CoV-2 w klasach IgG i IgM z krwi włośniczkowej z palca?

Co wnoszą do diagnostyki czynnego zakażenia SARS-CoV-2? – Niestety niewiele. Wykrycie przeciwciał IgM może świadczyć o zakażeniu, chociaż obserwuje się pewien odsetek wyników fałszywie dodatnich, a i tak trzeba je potwierdzić metodą PCR. Wynik ujemny IgM też nie świadczy o tym, że jest się zdrowym, bo przeciwciała w tej klasie mogły się jeszcze nie zdążyć wytworzyć. Na to potrzeba czasu – pojawiają się od 7 do 14 dniach od zakażenia, a my, ciesząc się wynikiem ujemnym, jesteśmy nieświadomym źródłem zakażenia dla innych. Komercjalizacja testów, możliwość kupna ich przez internet czy wykonywanie ich bez stosownej wiedzy i interpretacji przez lekarza czy diagnostę laboratoryjnego – także sprzyja fałszywym wynikom. Wykrywanie przeciwciał w klasie IgG ma sens z powodów epidemiologicznych, bo świadczą o przechorowaniu COVID-19, ale tu też nie wszyscy mają dobrą odpowiedź immunologiczną.

Podsumowując: testy serologiczne nie są obecnie rekomendowane z uwagi na wiele wyników zarówno fałszywie dodatnich, jak i fałszywie ujemnych. Do diagnostyki nic obecnie nie wnoszą – nie można na ich podstawie pewnie rozpoznać ani wykluczyć zakażenia. Większe nadzieje wiąże się z szybkimi testami molekularnymi.

#NieKłamMedyka...

Szpitaly w regionie, które nie są przeznaczone do leczenia pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (jak Szpital Jednoimienny w Grudziądzu – dla pacjentów z podejrzeniem i/lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 i chorobami współistniejącymi lub wymagających interwencji chirurgicznych, ginekologiczno-położniczych i.in., Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu – Szpital Obserwacyjno-Zakaźny, Oddział Zakaźny Nowego Szpitala w Świeciu) okazały się najbardziej narażone na przypadkową ekspozycję na pacjentów z SARS-CoV-2 i możliwość zakażenia personelu... Stąd tak duża liczba lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych, a także w niektórych przypadkach członków kadry zarządzającej, przebywających na kwarantannie, część z nich okazała się chora i są objęci leczeniem.

Nigdy do końca nie wiemy, czy pacjent trafiający do SOR-u albo leżący na oddziale nie jest w okresie inkubacji wirusa, ma bezobjawowy przebieg COVID-19 czy po prostu... nie do końca powiedział nam prawdę...

A SARS-CoV-2 z całą pewnością zawita do wszystkich szpitali. Stąd w każdym z nich należałoby zalecić: stałe noszenie maseczek chirurgicznych typu 2 – nawet na korytarzach, nie tylko w salach chorych czy przy badaniu pacjenta; mycie rąk tak częste jak to możliwe – po każdym dotknięciu klamki, przycisku w windzie, badaniu chorego – jeśli nie robimy tego w rękawiczkach, a jeśli siedzimy w gabinecie lekarskim, to minimum co godzinę – wietrzenie, także sal chorych, gabinetów lekarskich, korytarzy co 1–2 godziny; codzienną zmianę fartucha lub używanie jednorazowych; ograniczenie pracy do jednego miejsca

Co w województwie kujawsko-pomorskim?

Testuj, testuj, testuj...

Wykonuje się coraz więcej testów w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR, a czas oczekiwania na wynik znacząco się skraca i przy dobrze zorganizowanej logistyce może wynosić około 6 h. Niestety w wielu przypadkach niewłaściwie zorganizowany system pobrania wymazu, transportu próbek do laboratorium jest przyczyną oczekiwania na wynik nawet do kilku dni. Stąd obecnie możliwość i obowiązek pobierania wymazów w każdym szpitalu i dostarczenia ich do laboratorium Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy (próbki odbiera transport zorganizowany przez SANPEID, straż pożarna lub zawożony jest przez transport własny szpitala – to szczególnie zalecane), chyba, że dany ośrodek ma możliwość oceny wymazów u siebie. Pobieranie wymazów przez pielęgniarki lub, tu zmiana (wreszcie) – ratowników medycznych jest również ograniczone, szczególnie w terenie, z uwagi na środki ochrony indywidualnej, które powinny być zmieniane przy każdym wymazie. Stąd idea i potrzeba wymazobusów czy mobilnych punktów bezpiecznego poboru wymazów przez specjalnie do tego stworzone budki wymazowe ze służą.

Dodatkowo zostało uruchomione kolejne laboratorium w Bydgoszczy oznaczające SARS-CoV-2 metodą PCR – w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. W najbliższych dniach planowane jest uruchomienie następnego w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym. Do tej pory badania były wykonywane w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, Instytucie Genetyki Sądowej w Bydgoszczy oraz w Szpitalu Jednoimiennym w Grudziądzu.

– co niestety w dzisiejszych realiach jest bardzo trudne z wielu względów; w sytuacji pojawienia się u pacjenta kaszlu – podanie mu maseczki chirurgicznej, w przypadku gorączki czy nagłego pogorszenia stanu zdrowia z dusznością lub niewydolnością oddechową – natychmiastowe zlecenie izolacji, pobranie wymazu w kierunku SARS-CoV-2 i wdrożenie procedury stosowanej, gdy mamy do czynienia z pacjentem z podejrzeniem COVID-19.

Pocieszające jest to, że w naszym województwie żaden pracownik ochrony zdrowia nie został przymusowo skierowany do innego miejsca pracy. Część pracowników sama wyraziła chęć zatrudnienia się i pomocy przy pacjentach zakażonych.

Zapobieg transmisji wirusa

W związku z obserwowaną sytuacją epidemiologiczną i pojawieniem się transmisji koronawirusa w jednostkach opieki zdrowotnej każdy szpital został zobowiązany do organizacji w SOR-ach i izbach przyjęć pomieszczeń do izolacji pacjentów klinicznie podejrzanych o COVID-19 do czasu wykonania u nich wymazu w kierunku SARS-CoV-2 i uzyskania wyniku. Takie pomieszczenia powinny również powstać na oddziałach, w tym na oddziałach intensywnej opieki medycznej, gdzie mogą być hospitalizowani pacjenci z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem. Personel opiekujący się tymi pacjentami powinien być zaopatrzone w rekomendowane środki ochrony indywidualnej (ŚOI) – patrz wykaz na stronie www.gov.pl.

Stąd konieczność w każdym szpitalu prowadzenie triagu mającego na celu stwierdzenie, czy pacjent ma podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 – pomiar temperatury, wywiad chorobowy (gorączka, suchy kaszel, duszność, utrata smaku lub węchu, kontakt z osobą z potwierdzonym COVID-19), celem kierowania do właściwych pomieszczeń.

Reasumując: obecnie każdy szpital, jeśli trafi do niego pacjent z podejrzeniem COVID-19 lub jest hospitalizowany na którymś z oddziałów – ma obowiązek zapewnić mu izolację i wykonać wymaz w kierunku SARS-CoV-2, a personelowi zagwarantować odpowiednie ŚOI.

Szczególną uwagę należy poświęcić DPS-om. Musimy właśnie w tych miejscach starać się zapewnić stałą kadrę medyczno-pielęgniarsko-opiekuńczą, nie migrującą pomiędzy różnymi miejscami pracy, zaopatrzoną w odpowiednie ŚOI, żeby zminimalizować ryzyko transmisji wirusa na pacjentów, którzy z uwagi na wiek i choroby współistniejące mają najmniejsze szanse przeżycia COVID-19.

Izolatorium dla pacjenta z COVID-19

Izolatorium w naszym województwie mieści się w Sanatorium Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji „Orion” przy ul. Warzelnianej 1 w Ciechocinku.

W najbliższych tygodniach zostanie uruchomione kolejne Izolatorium, również w Ciechocinku.

Nie wszyscy pacjenci z rozpoznaniem COVID-19 wymagają bezwzględnej hospitalizacji ze względu na stan zdrowia. Chorzy bezobjawowi lub o łagodnym przebiegu choroby mogą być kierowani do izolatorium lub – w razie niewyrażenia zgody – pozostać w izolacji domowej.

Zasady umieszczania pacjentów w izolatorium:

- ▶ Konieczność potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2,
- ▶ Stan pacjenta stabilny, niewymagający hospitalizacji – przebieg COVID-19 bezobjawowy lub łagodny,
- ▶ Wskazane, żeby wszyscy pacjenci z COVID-19 niewymagający hospitalizacji byli umieszczani w izolatorium,
- ▶ Konieczne wyrażenie zgody na pobyt w izolatorium przez pacjenta,
- ▶ W sytuacji niewyrażenia zgody przez pacjenta na pobyt w izolatorium należy odnotować to w dokumentacji medycznej,
- ▶ W sytuacji niewyrażenia zgody przez pacjenta na pobyt w izolatorium należy powiadomić o tym fakcie stację sanitarno-epidemiologiczną w miejscu zamieszkania pacjenta celem objęcia bardziej ścisłym nadzorem,

#NoclegDlaMedyka

Lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni pracujący w pięciu kujawsko-pomorskich szpitalach przeznaczonych dla chorych z COVID-19, którzy po skończonej pracy czy dyżurze nie chcą wracać do swoich domów z obawy o bezpieczeństwo swoich rodzin lub chcą odpocząć po dyżurze, a mieszkają daleko od szpitala mogą skorzystać z udostępnionych przez samorząd województwa dwóch tzw. ośrodków wytchnieniowych – w Górznie (Ośrodek Edukacji Ekologicznej Wilga) i Przysieku (hotel Daglezja i domy mobilne). Czeka 70 miejsc w jednoosobowych pokojach z łazienkami. Ośrodek w Przysieku ma służyć jako miejsce krótkich pobyków (noclegowych, na przykład po dyżurze w szpitalu), Górzno jako miejsce dwu-trzydniowych pobyków po dłuższych okresach pracy.

Naprzeciw potrzebom personelu medycznego wyszedł też prezydent Bydgoszczy Rafał Bruski, udostępniając hotel Przysiań Bydgoszcz. Do dyspozycji lekarzy, pielęgniarek i ratowników z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego, K-P Centrum Pulmonologii, Centrum Onkologii, Szpitali Uniwersyteckich nr 1 i 2, Szpitala Miejskiego, Szpitala Zakaźnego, Szpitala Wojskowego, Szpitala MSWiA, Pogotowia Ratunkowego oraz Pogotowia Lotniczego w Białych-Błotach są 22 pokoje.

Pobyty we wszystkich miejscach są bezpłatne.

Odbyły się wideokonferencje z lekarzami z Wuhan...

...powiedzieli, to co chcieli... jak to w Chinach...

Co nowego w leczeniu COVID-19?

W dalszym ciągu nie ma skutecznego, swoistego leku działającego na SARS-CoV-2.

W Polsce postępowanie i leczenie odbywa się zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych – dostępne na stronie <http://www.pteilchz.org.pl>

Duże nadzieje pokłada się w wykorzystaniu osocza ozdrowieńców z COVID-19. Właśnie ruszył – przy udziale regionalnych stacji krwiodawstwa i krwiolecznictwa – jego pobór w całej Polsce, również w naszym województwie. Osocze może być wykorzystane w leczeniu chorych z COVID-19 bezpośrednio lub do produkcji swoistej immunoglobuliny. Leczenie osoczem ozdrowieńców nie jest metodą nową. Stosowano ją już w XX w., np. przy leczeniu pandemii grypy hiszpanki czy wirusa Ebola.

Co takiego zawiera to osocze ozdrowieńców? – przeciwciała, które wytworzył chory w czasie walki z chorobą i które można – jak gotowy lek – wykorzystać do leczenia innych chorych, wspomagania leczenia lub zapobiegania chorobie po ekspozycji. Przeciwciała – w tym przypadku przeciw antygenowi, jakim jest wirus SARS-CoV-2 – znajdujące się w osoczu ozdrowieńców uruchamiają odpowiedź immunologiczną skierowaną właśnie przeciw temu koronawirusowi.

Osocze ozdrowieńców z COVID-19 było stosowane również w Chinach. Po jego podaniu obserwowano szybki zanik wirusa we krwi pacjentów. Jednakże stosowano je głównie u chorych w stanie krytycz-

- ▶ W celu przekazania pacjenta do izolatorium należy kontaktować się ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, dyrektorem izolatorium – Sanatorium „Orion” lub dyrektorem Szpitala Jednoimiennego w Grudziądzu,
- ▶ Nadzór medyczny nad izolatorium pełni Szpital Jednoimienny w Grudziądzu,
- ▶ W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w izolatorium zostaje on niezwłocznie przekazany do Szpitala Jednoimiennego w Grudziądzu,
- ▶ Pacjent przebywa w izolatorium do czasu kontroli wirusologicznej, tzn. uzyskania dwukrotnie ujemnego wyniku wymazu w kierunku SARS-CoV-2 – po minimum 14 dniach od początku objawów oraz po minimum 24 godzinach od uzyskania pierwszego ujemnego wyniku badania.

nym, z niewydolnością wielonarządową, a oni – pomimo skutecznej neutralizacji wirusa – nie odnosili wystarczających korzyści z tej terapii. Prawdopodobnie zastosowano ją za późno. Stąd uważa się, że największe korzyści mogą odnosić pacjenci z COVID-19 w stanie średnim i ciężkim, a nie już krytycznym. W Stanach Zjednoczonych trwa obecnie badanie kliniczne randomizowane z zastosowaniem osocza ozdrowieńców, które będzie podawane pacjentom z COVID-19 w stanie zarówno ciężkim, jak i tym z lżejszym przebiegiem, a także osobom zdrowym, które pozostają w bliskim kontakcie z chorymi na COVID-19. Jest to metoda bezpieczna, tania i stosunkowo łatwa do pozyskania i może stać się jedynym lekiem w walce z SARS-CoV-2.

W naszym województwie osocze ozdrowieńców jest pobierane w RCKiK w Bydgoszczy, wg procedury opracowanej przez konsultanta krajowego w dziedzinie transfuzjologii Piotra Radziwiona i zaakceptowanej przez Ministerstwo Zdrowia 10 kwietnia 2020 r. Pobieranie osocza opiera się o takie same procedury, jakie podano w Rozporządzeniu z 2017 r. dla dawców krwi – krew jest tak samo badana pod kątem wirusologicznym, bakteryjnym, dawca musi być w wieku 18–60 lat, nie mieć chorób przewlekłych, nie być w ciąży, nie mieć podczas tej choroby transfuzji krwi oraz być ozdowieńcem (po 14 dniach COVID-19 taka osoba ma wykonaną kontrolę wirusologiczną i jeśli uzyskała wynik ujemny pierwszego wymazu kontrolnego, to po 24 godzinach powtórnie pobiera się wymaz i jeśli jest on również ujemny, uznaje się ją za zdrową i zezwala na oddanie osocza).

#ZostańWDomu... Życie obok epidemii

Epidemia SARS-CoV-2 trwa, nakładane są na nas kolejne obostrzenia... Kiedy to się skończy? Czy szczyt zachorowań mamy przed sobą? Co ze śmiertelnością? Czy starczy nam respiratorów? Ilu z nas zachoruje?

Nie wiem. Chyba nikt tego nie wie. Póki co liczby są bardziej zachęcające i mniej straszne niż w Chinach, we Włoszech, w Niemczech czy Stanach Zjednoczonych...

Jedno jest pewne – my, jako ochrona zdrowia, możemy się starać, ale największy wpływ na falę zachorowań ma przede wszystkim odpowiedzialność społeczna. Jeżeli będziemy przestrzegać zasad związanych z wprowadzonym stanem epidemicznym, a następnie stanem epidemii, pozostaniemy w domach w izolacji, będziemy wychodzić wyłącznie do pracy lub po niezbędne zakupy, nie będziemy spotykać się ze znajomymi, za to stosujemy środki zapobiegawcze, czyli częste mycie rąk, chodzenie w rękawiczkach ochronnych, jeśli jest to możliwe, stosowanie maseczek – to jest szansa, że krzywa zachorowań się wypląszczy.

Spowoduje to, że zachorowania zatrzymają się na aktualnym poziomie lub nawet ich liczba zacznie spadać. Jeżeli jednak nie będziemy przestrzegać tych zasad, to taka fala może przyjść pod koniec kwietnia lub na początku maja. Trzeba pamiętać, że są to tylko teorie oparte o dotychczas znany model zachowania epidemii, jednak nie ma oficjalnego potwierdzenia, że powinniśmy się spodziewać właśnie takiej sytuacji, a niektórzy badacze mówią nawet, że Polska szczyt epidemii ma już za sobą.

Oczywiście część osób będących w kwarantannach w dalszym ciągu czeka na pobranie wymazów, na wyniki badań. Jest ich w Polsce kilkanaście tysięcy. Część z nich na pewno będzie miała wynik pozytywny, więc ta liczba wzrośnie. Ale oni są pod kontrolą, więc w teorii, w teorii, bo nie każdy zapewne w 100% przestrzega zasad kwarantanny, nie powinni być źródłem zarażenia dla innych.

Dlatego priorytetem na ten moment jest to, by nie doszło do powtórzenia tzw. modelu włoskiego, który pokazał, że jeśli poluzujemy za bardzo restrykcje, to możemy się spodziewać dynamicznego wzrostu zachorowań. Włosi przebywający na kwarantannie nie rezygnowali z życia towarzyskiego, spotykali się ze znajomymi na espresso, wino... wychodzili z domów jak wcześniej, a epidemia obok trwała. Czas kwarantanny, stanu epidemicznego czy epidemii jest po to, żeby rzeczywiście pozostać w domu, a nie przyjmować gości, wpuszczać listonosza lub zamawiać jedzenie i spotykać się z dostawcą twarzą w twarz czy ręką w rękę – nawet jeśli czujemy się dobrze.

Jeśli nie będzie lawinowego wzrostu zachorowań... nie będzie efektu pędzącego pociągu, który trudno wyhamować – to powinniśmy sobie poradzić. Chyba, że nie będzie odpowiedniej ilości ŚOI dla personelu... Nikt normalny przecież nie wejdzie na tory wprost pod pędzący pociąg.

Jeszcze będzie normalnie...

O autorze: dr med. Paweł Rajewski, prof. WSG – konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy.



Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy: dr n. med. Paweł Rajewski.

NAJGORSZE dopiero przed nami?

Dokończenie ze str. 7

Kto nie nosi – ten roznosi, a więc porozmawiajmy o maskach. Czy w obecnej sytuacji epidemiologicznej powinien je nosić każdy – zdrowy i chory?

Personel medyczny powinien stosować się do procedur w placówkach, w których pracuje. Powstają one na podstawie wytycznych WHO, ECDC, CDC i innych organizacji. Światowa Organizacja Zdrowia nie zaleca natomiast stosowania masek ochronnych w pandemii SARS-CoV-2 całemu społeczeństwu. Miałem w ubiegłym roku wyjątkową okazję uczestniczyć w spotkaniu ekspertów w Hongkongu, na którym opracowywaliśmy rekomendacje WHO dotyczące niefarmakologicznej profilaktyki grypy w społeczeństwie, ale nie sądziłem, że tak szybko ta wiedza się przyda...

Dr hab. Aleksander Deptuła, prof. UMK, pełni obowiązki kierownika Katedry Propedeutyki Medycyny i Profilaktyki Zakażeń CM UMK oraz kieruje Sekcją Antybiotykoterapii i Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej oraz reprezentuje Polskę w Europejskim Centrum Profilaktyki i Kontroli Chorób (ECDC) w zakresie zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Od grudnia 2019 r. jest prezesem Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej.

Finansowanie w czasie pandemii

Z Barbarą Nawrocką, rzeczniką K-P OW Narodowego Funduszu Zdrowia – rozmawia Agnieszka Banach

Szpitala w czasie pandemii pracują inaczej – odwoływane są m.in. planowe zabiegi, nie pracują poradnie przyszpitalne. Jeszcze inaczej funkcjonują placówki przekształcone w zakaźne... Jak wygląda obecnie finansowanie tych placówek przez NFZ? Czy w związku z nadzwyczajną sytuacją uległo zmianie?

Ministerstwo Zdrowia wspólnie z NFZ przygotowało narzędzia finansowe, które powinny zapewnić szpitalom stabilizację finansową w czasie epidemii koronawirusa. Wszystkie płatności, które dotyczą COVID-19, są płatnościami ponadnormatywnymi. Przede wszystkim należy przypomnieć, że środki na świadczenia związane z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 gwarantuje specustawa, która jednoznacznie określa, że wszystkie wydatki związane z zapobieganiem i zwalczaniem koronawirusa pochodzą z budżetu państwa. To główny strumień finansowania zadań związanych z epidemią COVID-19. Oznacza to, że finansowanie zapobiegania i zwalczania epidemii COVID-19 nie



odbędzie się kosztem innych świadczeń, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia. K-P OW NFZ otrzymał na walkę z koronawirusem dotację z budżetu państwa w wysokości 18 mln 073 tys. zł na leczenie szpitalne i 220 tys. zł na transport sanitarny.

Gdzie się leczyć w dobie COVID-19?

Od 20 marca 2020 r. na terenie całego kraju obowiązuje stan epidemii, który wprowadzono ze względu na rosnącą liczbę osób zakażonych koronawirusem. W trosce o zdrowie i bezpieczeństwo pacjentów oraz zapobieganie rozprzestrzenianiu się koronawirusa część placówek medycznych zmieniła organizację swojej pracy albo ograniczyła jej zakres.

LECZENIE ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM

Charakterystyczne objawy choroby COVID-19 wywołanej przez koronawirusa to m.in.: wysoka gorączka, bóle głowy, kaszel, duszności i trudności z oddychaniem. Jeśli pacjent zauważy u siebie tego typu symptomy, nie powinien osobiście pojawiać się w poradni podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie zazwyczaj szuka pomocy w przypadku chorób infekcyjnych. Zamiast tego należy natychmiast zadzwonić do poradni podstawowej opieki zdrowotnej udzielającej teleporad albo najbliższej stacji sanitarno-epidemiologicznej i opowiedzieć o swoim stanie zdrowia. Lekarza czy pracownika sanepidu należy również poinformować o ewentualnym kontakcie z osobą zakażoną koronawirusem. Podczas rozmowy chory otrzyma wskazówki dotyczące dalszego, właściwego postępowania. Pacjent podejrzewający u siebie zakażenie koronawirusem może również własnym środkiem transportu udać się bezpośrednio do najbliższego szpitalnego oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego.

Dodatkowe informacje o objawach zakażenia koronawirusem, zasadach kwarantanny czy skutecznej profilaktyki są udzielane przez konsultantów całodobowej, bezpłatnej Telefonicznej Informacji Pacjenta pod nr. tel. 800 190 590. Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił także specjalny numer TIP dla osób dzwoniących z zagranicy – 22 125 66 00 (opłata według stawek operatora).

PORADNIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Większość poradni podstawowej opieki zdrowotnej zmieniła zasady swojej pracy. Jeśli pacjent potrzebuje konsultacji lekarza rodzinnego, w pierwszej kolejności korzysta z tzw. teleporad. Podczas rozmowy telefonicznej medyk ocenia stan zdrowia pacjenta, wydaje zalecenia

co do terapii, a w razie potrzeby wystawia także e-zwolnienie czy e-receptę. W przypadku gdy lekarz uzna, że konieczna jest osobista wizyta w poradni, umówi się z pacjentem na konkretną godzinę. Dzięki temu chory uniknie oczekiwania w poczekalni wypełnionej ludźmi. Numer do poradni podstawowej opieki zdrowotnej, która udziela teleporad, można otrzymać również od konsultanta Telefonicznej Informacji Pacjenta, dzwoniąc pod nr tel. 800 190 590.

NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Gabinety nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielają pomocy w godz. 18–8 w dni powszednie oraz we wszystkie dni wolne od pracy. Podobnie jak w przypadku przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, także punkty doraźnej pomocy medycznej w pierwszej kolejności udzielają teleporad. Osobiste wizyty są umawiane, jeśli lekarz podczas rozmowy telefonicznej uzna, że istnieje taka konieczność.

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

Dzięki decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia także lekarze specjaliści mają możliwość udzielania porad swoim pacjentom przez telefon. Dotyczy to wszystkich zakresów opieki specjalistycznej – np. neurologii, diabetologii, kardiologii, onkologii czy psychiatrii. Z teleporady może skorzystać pacjent, który jest pod stałą opieką specjalisty, a zaplanowana wizyta miała służyć kontroli stanu zdrowia czy wypisaniu kolejnych recept. W takim wypadku musi skontaktować się telefonicznie z ambulatoryjną poradnią specjalistyczną, w której na co dzień się leczy. Jeśli lekarz uzna, że konieczna jest osobista wizyta w poradni, wyznaczy termin, kiedy powinien zgłosić się do przychodni.

Wszystkie szpitale jednoimienne, zakaźne, oprócz tego, że dostaną rekompensowany ryczałt, otrzymają także finansowanie za każde świadczenie związane z COVID-19. Ponadto otrzymają jeszcze środki za gotowość. To pozwoli na pełne zabezpieczenie finansowe szpitali w tym trudnym czasie. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zostało wskazanych 5 placówek, które zajmują się leczeniem pacjentów z koronawirusem: Szpital im. Biegańskiego w Grudziądzu (jako szpital jednoimienno), Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu, Nowy Szpital w Świeciu. Obecnie Oddział Funduszu jest na etapie analizowania rachunków przesyłanych przez ww. świadczeniodawców. Środki w budżecie Funduszu są zabezpieczone.

Zmieniona została także wycena punktu ryczałtowego dla szpitali w sieci, co oznacza dodatkowe środki...

NFZ dokonał zwiększenia wyceny punktów dla świadczeń, które są w ryczałcie – z 1 zł na 1,05 zł. Zmiana finansowania została uwzględniona wstecznie od stycznia tego roku. Oznacza to, że szpitale sieciowe dostały dodatkowy zastrzyk finansowy. Dla kujawsko-pomorskich placówek jest to łączna kwota 88 mln 912 tys. zł. Stosowne aneksy placówki już otrzymały. Wszystkim świadczeniodawcom (na ich wnioski) mającym umowę z K-P OW NFZ, którzy ze względu na epidemię koronawirusa musieli znacznie ograniczyć wykonywanie świadczeń, Fundusz będzie płacił systematycznie jedną dwunastą rocznego kontraktu miesięcznie.

Ze względu na ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa, część ambulatoryjnych poradni specjalistycznych zdecydowała się na czasowe wstrzymanie udzielania planowanych porad. Dotyczy to wyłącznie chorych, których stan zdrowia pozwala na odsunięcie w czasie konsultacji. W takim przypadku poradnia ma obowiązek poinformować chorego o odwołaniu wizyty i wyznaczyć nowy termin.

Jeśli pacjent dopiero otrzymał skierowanie na konsultację u specjalisty, powinien skontaktować się z odpowiednią poradnią specjalistyczną. Jej personel podejmie decyzję, jak szybko powinna odbyć się pierwsza wizyta.

POTWIERDZANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ

Od 14 marca br. do odwołania placówki medyczne, które udzielają teleporad, potwierdzają tożsamość pacjentów na podstawie danych przekazanych przez chorego podczas rozmowy telefonicznej. Pacjent może złożyć też telefonicznie oświadczenie o prawie do skorzystania z bezpłatnej pomocy, jeśli system nie potwierdzi jego ubezpieczenia.

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ – ZAWIESZENIE OBOWIĄZKU DOSTARCZENIA ORYGINAŁU SKIEROWANIA

Od 14 marca br. do odwołania pacjent nie ma obowiązku dostarczenia do placówki (szpitala, poradni) oryginału skierowania po to, by znaleźć się na liście osób oczekujących na konsultację czy zabieg. Chory zarejestrować może się przez telefon, a oryginał skierowania powinien donieść do placówki w terminie 21 dni od dnia zakończenia stanu zagrożenia epidemicznego, ale nie później niż w dniu, w którym zamierza skorzystać z pomocy medycznej udzielanej na podstawie tego skierowania.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ I PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH

Badania diagnostyczne takie jak np. badania krwi, badania moczu, USG, zdjęcia RTG zlecane przez lekarza są elementem porady lekarskiej. Oznacza to, że to lekarz wskazuje pacjentowi, gdzie powinien się zgłosić, by je wykonać. Może to być laboratorium czy pracownia diagnostyczna zarówno w tej samej przychodni, gdzie przyjmuje le-

znowelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów przewiduje również częstsze i szybsze wypłaty. Każdy świadczeniodawca na podstawie złożonego wniosku może nawet 4 razy w miesiącu wystawić fakturę, a czas płatności skrócił się z 14 do 5 dni i zgodnie z zaleceniem Ministerstwa Zdrowia oddział Funduszu dokonuje płatności w możliwie najkrótszym czasie.

Dyrektorzy placówek zgłaszają jakieś potrzeby, problemy?

Dyrektor K-P OW NFZ jest w stałym kontakcie z zarządzającymi placówkami i na bieżąco wspólnie z dyrektorami szpitali stara się rozwiązywać wszystkie zgłaszane sprawy.

Czy są jakieś zmiany w finansowaniu POZ i AOS, które też przecież pracują teraz zupełnie inaczej?

Zarówno placówki POZ, jak i AOS działają obecnie przede wszystkim w oparciu o teleporady. W ramach teleporady medycznej pacjent może otrzymać: zalecenia, e-zwolnienie, e-receptę czy sugestię bezpośredniej wizyty w placówce lub, jeśli będzie taka konieczność, kontaktu ze stacją sanitarno-epidemiologiczną. Dzięki teleporadom pacjenci z podejrzeniem koronawirusa nie muszą przychodzić do przychodni. Mogą skonsultować się z lekarzem lub pielęgniarką telefonicznie, bez wychodzenia z domu. Jednocześnie nie ma obaw, że teleporady uniemożliwiają bezpośrednie wizyty u lekarzy. Jeśli po zdalnym wywiadzie jest taka konieczność, pacjenci otrzymują sugestie skorzystania z wizyty w placówce medycznej lub skontaktowania się ze stacją sanitarno-epidemiologiczną. *Dokończenie na str. 14*

karz, jak i inna, współpracująca z nią placówką, której adres wskazuje medyk. Ważne, aby pacjent zgłosił się w konkretne miejsce, do którego skierował go jego lekarz. Pacjent może samodzielnie wybrać miejsce wykonania badań, jeśli otrzyma skierowanie na tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, gastroscopię czy kolonoskopię, wystawione przez lekarza specjalistę. Ze względu na ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa w wielu miejscach planowe badania diagnostyczne zostały ograniczone. Nie powinno to dotyczyć jednak pacjentów objętych leczeniem szpitalnym i pacjentów onkologicznych.

ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE W RAMACH TELEPORADY

Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne można otrzymać zdalnie, w ramach teleporady. W takim przypadku pacjent albo uprawniona do tego osoba – lekarz, felczer, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta – a także przychodnia lub realizator zaopatrzenia w wyroby medyczne (apteka, sklep medyczny), po pozytywnym zweryfikowaniu zlecenia, otrzyma od pracownika K-POW NFZ informację o wygenerowanym przez elektroniczny system e-ZWM numerze zlecenia (np. telefonicznie czy poprzez e-mail). Realizując zlecenie w sklepie medycznym, wystarczy podać numer zlecenia oraz numer PESEL pacjenta, a jeśli chory nie ma numeru PESEL, jego datę urodzenia. Nie ma potrzeby dostarczania wydruku papierowego potwierdzenia zlecenia. Pacjent realizujący zlecenie podpisuje jedynie dokument potwierdzający odbiór wyrobu medycznego. Co więcej, jeśli wyrób medyczny do domu pacjenta dostarczy firma kurierska, dopuszczalne jest niepotwierdzenie odbioru przez pacjenta – w takim przypadku potwierdzenia dostawy dokonuje osoba dostarczająca przesyłkę.

W sytuacji gdy zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne zostanie wystawione w formie papierowej, poza systemem e-ZWM, wymagane jest potwierdzenie zlecenia w K-P OW NFZ. Papierowe zlecenie na wyroby medyczne, w pilnych sytuacjach, można przesać (w formie skanu lub zdjęcia) na adresy e-mail, które są dostępne na stronie internetowej www.nfz-bydgoszcz.pl

Potwierdzone zlecenia są bezzwłocznie odsyłane na wskazany adres pacjenta. *Dokończenie na str. 14*

POZ jest finansowany tak, jak wcześniej – na podstawie stawki kapitacyjnej. Dodatkowo, zgodnie załącznikiem do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 39 z 18 marca 2020 r., dolicza się świadczenia POZ związane z przeciwdziałaniem COVID-19.

A jak wygląda sytuacja w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej?

W związku z zaistniałą sytuacją w przypadku AOS – NFZ wskazuje na możliwość wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna za pomocą wykorzystania systemów teleinformatycznych lub innych możliwości łączności. Powyższa zasada odnosi się do świadczeń realizowanych w zakresach wymienionych w załączniku nr 1a i 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – realizowanych na rzecz pacjentów kontynuujących opiekę w danej poradni specjalistycznej, zgodnie z ustalonym planem opieki i stanem klinicznym pacjenta. Przy sprawozdawaniu w raporcie statystycznym opisanych wyżej porad, świadczeniodawca obowiązany jest sprawozdawać dane zgodnie z przepisami zarządzenia AOS, z zastrzeżeniem, że wśród kodów istotnych procedur medycznych wskazały: 89.0099 – porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów i ryzyko dalszego rozprzestrzeniania się koronawirusa, Ministerstwo Zdrowia zaleciło ograniczenie zakresu działalności gabinetów stomatologicznych. W gabinetach powinni być przyjmowani jedynie ci pacjenci, którzy wymagają pilnej interwencji, np. ze względu na ból zęba, uraz czy stan zapalny. W pierwszej kolejności pacjent powinien skontaktować się z poradnią stomatologiczną telefonicznie, a podczas teleporady lekarz zdecyduje, czy wizyta jest niezbędna i wskaże choremu konkretny termin, kiedy ten powinien pojawić się w gabinecie. Lista otwartych gabinetów dentystrycznych posiadających umowę z K-P OW NFZ znajduje się na stronie internetowej www.nfz-bydgoszcz.pl. Numery telefonów do gabinetów podadzą również konsultanci TIP 800 190 590.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia finansowanie doraźnych świadczeń stomatologicznych również dla pacjentów chorych na COVID-19 i podejrzewanych o zakażenie. Specjalnie dla osób z COVID-19 opieka stomatologiczna w nagłych przypadkach, np. ból zęba, jest wykonywana w dentobusach. Mobilne gabinety dentystryczne stacjonują m.in. przy szpitalach jednoimiennych (na terenie województwa kujawsko-pomorskiego dentobus stacjonuje przy Szpitalu im. Biegańskiego w Grudziądzu). Z kolei dla pacjentów podejrzewanych o zakażenie koronawirusem pomoc doraźną zapewnią wybrane, odpowiednio do tego przygotowane gabinety stomatologiczne. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zostały przygotowane dwa gabinety: w ww. szpitalu w Grudziądzu oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu. W razie konieczności przetransportowania do stomatologa – pacjent powinien skontaktować się z najbliższą powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną.

LECZENIE SZPITALNE

Szpitalne bez zmian udzielają pomocy wszystkim pacjentom w stanie zagrożenia zdrowia i życia. Czynne są szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć. Ze względu na ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa oraz braki w zapasach krwi, część szpitali zdecydowała się jednak na czasowe wstrzymanie bądź ograniczenie do minimum wykonywania wcześniej planowanych zabiegów. Decyzję o tym, czy operacja,

Sytuacja jest bardzo dynamiczna. Prawie każdego dnia powstają nowe rozwiązania prawne. Wszystkie informacje znajdują się na stronie internetowej K-P OW NFZ www.nfz-bydgoszcz.pl. Do placówek medycznych są również przesyłane komunikaty poprzez portal SZOI.

NFZ płaci teraz za testy dla lekarzy i personelu medycznego. Jak ta procedura jest rozliczana? Kto może ją zlecić? Czy każdy lekarz może się przetestować, jeżeli podejrzewa, że jest zakażony?

Dostępność testów dla personelu medycznego jest powszechna i nie ma żadnych ograniczeń sugerujących, że badania dotyczą wyłącznie pracowników i pacjentów szpitali jednoimiennych. Jedynie rozliczanie i finansowanie poniesionych kosztów testów będzie następowało poprzez podmioty wpisane do wykazu ogłaszanego przez wojewodę, do których trafi pobrany materiał diagnostyczny. Skierowania na badania powinny być wydawane zgodnie z aktualnymi zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego. Decyzje o skierowaniu osoby na badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2 pozostają w kompetencjach lekarzy zlecających badanie. Narodowy Fundusz Zdrowia w pełni zabezpiecza finansowanie ww. badań oraz wszystkich świadczeń związanych z leczeniem COVID-19. Dobro pacjentów i bezpieczeństwo całego personelu medycznego pozostają nadrzędnym celem w podejmowanych przez NFZ działaniach. Zasady rozliczania kosztów testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 reguluje zarządzenie Prezesa NFZ <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-592020dsoz,7170.html>

(Rozmowa przeprowadzona 19 kwietnia 2020 r.)

na którą czeka pacjent, odbędzie się zgodnie z planem, podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta. Informacje w tej sprawie pacjent uzyska w szpitalu, który odpowiada za jego leczenie.

LECZENIE ONKOLOGICZNE

Placówki nie powinny ograniczać pomocy udzielanej pacjentom z nowotworami, którzy wymagają kontynuacji leczenia (np. chemioterapii) czy też diagnostyki. Ze względu na to, że chorzy onkologiczni należą do grupy osób szczególnie narażonych na ciężki przebieg choroby COVID-19 wywoływanej koronawirusem, lekarze mogą jednak podjąć decyzję o odsunięciu w czasie wizyty kontrolnej czy też kontrolnych badań diagnostycznych, tak by chory w okresie epidemii nie musiał wychodzić z domu i pojawiać się w placówce.

STACJE DIALIZ

Dializoterapia to świadczenie ratujące życie, którego nie można przełożyć. Stacje dializ przyjmują pacjentów zgodnie z ustalonymi z pacjentami harmonogramami.

LECZENIE UZDROWISKOWE

Od 21 marca 2020 r. wszystkie uzdrowiska są zamknięte. Pacjenci, którzy w najbliższym czasie mieli zaplanowany wyjazd do sanatorium, muszą więc zostać w domu. Gdy już będzie wolno bezpiecznie wychodzić z domu, pacjenci powinni odesłać skierowanie do oddziału NFZ wraz z prośbą o przełożenie leczenia ze względu na epidemię koronawirusa. Nowe terminy turnusów zostaną wyznaczone przez pracowników K-PO W NFZ, kiedy sytuacja epidemiologiczna wróci do normy, z zachowaniem kolejności na listach oczekujących.

Pytanie, gdzie się leczyć w dobie COVID-19 zadaje sobie wielu pacjentów. Specjalnie dla nich na stronie internetowej K-P OW NFZ www.nfz-bydgoszcz.pl publikowane są listy poradni POZ, które udzielają teleporad, wykazy otwartych poradni specjalistycznych, gabinetów ginekologicznych i stomatologicznych, w których można uzyskać pomoc medyczną. Dane aktualizowane są na bieżąco. Informacji udziela również konsultanci bezpłatnej, całodobowej czynnej 7 dni w tygodniu Infolinii NFZ 800 190 590.

I nagle – koronawirus!

Z mgr Małgorzatą Wróblewską – kierownikiem Laboratorium Mikrobiologicznego Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, obecnie Jednoimiennego Szpitala Zakaźnego – rozmawia Magdalena Godlewska



Czym zajmowało się Laboratorium Mikrobiologiczne – przed erą testów na obecność SARS-CoV-2?

Robiliśmy około 300 badań dziennie. Tak duża liczba wynikała z tego, że grudziądzki szpital – zanim został przekształcony w jednoimienny szpital zakaźny – zlecał nam badania kliniczne oraz badania w kierunku nosicielstwa pacjentów przyjmowanych na zabiegi planowe. A dodatkowo laboratorium sprawowało też kontrolę nad dyscypliną dezynfekcji powierzchni, wyrывkowo badając i kontrolując poprawność stosowania procedur dezynfekcyjnych na poszczególnych oddziałach.

Jeżeli chodzi o zakres badań, to mieliśmy szeroką ofertę dla bardzo rozległego regionu. Zajmowaliśmy się bakteriologią ogólną, mykologią, chorobami przenoszonymi drogą płciową, badaliśmy na obecność paciorkowców grupy B materiał pobierany w laboratorium przez położną od pacjentek ciężarnych – tzw. GBS-y. Prowadziliśmy również Pracownię Prątka Gruźlicy, wprawdzie w dość wąskim zakresie, bo robiliśmy tylko posiewy, nie określaliśmy lekowrażliwości (w tym celu posiewy dodatnie wysyłaliśmy do Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy). Mamy też pracownię genetyczną, w której badaliśmy próbki m.in. na obecność HPV, chlamydii, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae* czy krztuśca. Badaliśmy też mechanizmy lekooporności u bakterii, ponieważ przed epidemią koronawirusa to antybiotykooporność była tematem głównym.

Żeby wykonywać badania na COVID 19, laboratorium musiało spełnić wymogi drugiego stopnia hermetyczności. Pewnie nie było to łatwe?

Pracę w naszym laboratorium zorganizowaliśmy sami. Mieliśmy taką szansę. Od samego początku tworzyliśmy je tak, by czynności w nim wykonywane niosły jak najmniejsze ryzyko. Dyskutowaliśmy z projektantem o założeniach i oczekiwaniach lokalowych. Podpowiadaliśmy rozwiązania, które sprzyjają bezpiecznym zachowaniom przy pracy z materiałem zakaźnym. Staraliśmy się, żeby były brane pod uwagę zasady lean manufacturingu. Dzięki temu nasi pracownicy wykonują jedynie niezbędne działania, co skraca czas i ogranicza ryzyko.

Udało się nam również – mimo że nie było wówczas takich wymagań – odizolować pracownię laboratorium od jego pomieszczeń socjalnych, rejestracji i poczekalni. Mamy też drugą strefę – po przejściu przez służę, w której pracownicy zmieniają ubrania robocze na ochronne, wchodzi się w obszar zakaźny. Wychodząc, pracownik też całkowicie zmienia swoją odzież. Również odrębna – ale nadal w strefie zakaźnej – Pracownia Prątka Gruźlicy miała swoje ubrania ochronne. Wszędzie pracujemy w łóżach laminarnych. Dużo więc nie trzeba było zmieniać, by podjąć się badania koronawirusa.

Dzięki tym wszystkim procedurom i zabezpieczeniom nigdy też nie baliśmy się tego, co robimy, a przecież nierzadko zdarzało się wyhodować drobnoustroje BSL 3. Cóż, gdyby człowiek wiedział, co może wyhodować... Ale z drugiej strony – również z tego względu nasza praca jest taka ciekawa.

I nagle – koronawirus! Wszystko się zmieniło. Pewnie trzeba było dokupić potrzebne sprzęty, zaopatrzyć się w środki ochrony osobistej...

Dostaliśmy zgodę wojewody na kupno aparatu do izolacji, który dużo szybciej niż pracownik wyizoluje materiał genetyczny wirusa z próbki pobranej z nosogardzieli pacjenta podejrzanego o zakażenie. W ciągu godziny jest w stanie wyodrębnić RNA patogenu z 16 próbek. Kupiliśmy również termocykler real time PCR – niezbędny w drugim etapie testu. Dzięki tym urządzeniom jesteśmy w stanie w ciągu pięciu godzin wykonać 32 badania.

Jeżeli chodzi o ubiór ochronny, to teraz używamy maseczek HPP3. Wcześniej z nimi nie pracowaliśmy, ponieważ nie hodowaliśmy wirusów na hodowlach tkankowych, a tylko w takiej sytuacji zabezpieczenia tego typu byłyby nam niezbędne. Stosowanie tych maseczek, fartuchów foliowanych oraz dwóch par rękawic – to już optymalne zabezpieczenie pracownika. Ubiór ochronny zmieniamy przy każdym wejściu z określoną liczbą prób klinicznych w przestrzeń, w której wykonywane są testy na COVID-19. Po 5 godzinach pracownicy wychodzą, sputują się pod prysznicem i może wejść kolejna tura.

Niektórzy podczas przenoszenia materiału używają również oston na oczy. Ja uważam to za niepotrzebne, ponieważ materiał przenosimy w komorach laminarnych.

Biorąc pod uwagę sprzęt i zabezpieczenia, jakie mamy, oraz to, że dla mikrobiologa rzeczą naturalną jest niedotykanie twarzy i ograniczenie wielu ruchów mimowolnych – praca z tym materiałem nie powinna budzić większych obaw.

Testy na koronawirusa zaczęliście robić właściwie z dnia na dzień. Nie było problemów?

To nie było trudne, bo robiliśmy już badania metodą PCR – i w systemach otwartych, i zamkniętych. W otwartych – już 10 lat temu – badaliśmy materiał biologiczny na obecność HPV, a w zamkniętych: gruźlicy, chlamydii, *Neisseria* spp., HCV, krztuśca i *Mycoplasma pneumoniae*. Zatrważała nas natomiast liczba zleczanych badań w kontekście przepustowości naszego laboratorium.

Testy polegające na oznaczaniu genetyki czynników zakaźnych zawsze były w Polsce bardzo drogie, NFZ marnie to wyceniał, więc lekarze zlecali je bardzo oszczędnie. Teraz cała polityka myślenia o genetyce czynników zakażeń się zmieniła, bo nagle i niespodziewanie nie można robić wg WHO innej diagnostyki.

Jak przebiega test RT-PCR na obecność SARS-CoV-2 – od pobrania materiału aż do uzyskania wyniku?

Zbieramy pobrane rano na oddziałach wymazy z nosogardzieli pacjentów (zamknięte w specjalnych, hermetycznych woreczkach) i o godzinie 9 rozpoczynamy pierwszą 5-godzinną turę badań. Szybko, bo od tego zależy czułość testów. Szczególnie teraz, kiedy nie ma już wymazówek UTM (z powodu sytuacji we Włoszech) – z płynem konserwującym materiał genetyczny wirusa. *Dokończenie na str. 23*

Laryngologia

– specjalizacja wysokiego ryzyka



KRZYSZTOF
DALKE

Wszystkie dane z Chin, Iranu i Włoch sugerują, że chirurdzy laryngologiczni są grupą bardzo wysokiego ryzyka, dlatego muszą być szczególnie czujni, aby się ochronić. Istnieją wiarygodne informacje, pochodzące z USA, wskazujące, że otolaryngologia jest grupą wysokiego ryzyka zakażenia COVID-19. Istnieją niepotwierdzone dowody, że jeden przypadek chirurgii endoskopowej zatok w Chinach podobno zainfekował 14 osób przebywających na sali operacyjnej. Zakłada się, że występuje wysokie ryzyko we wszystkich procedurach dotyczących dróg oddechowych. Odradzane są obecnie wszystkie planowe operacje. Szpitale powinny zapewnić chirurgom laryngologom niezbędne środki ochrony indywidualnej w celu uniknięcia zakażeń i ciężkich stanów, a w konsekwencji ofiar śmiertelnych.

Jakich pacjentów możemy przyjmować?

W AOS zalecamy, aby konsultować jedynie pacjentów, którzy potrzebują pilnej pomocy. Procedury generujące aerozole przeprowadzone u pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19 wymagają środków ochrony indywidualnej – tj. masek chirurgicz-

Może się wydawać, że laryngolog nie jest na pierwszej linii walki z COVID-19, często jednak mamy do odegrania istotną rolę. A wiadomo, że ryzyko dla pracowników służby zdrowia związane jest przede wszystkim z przenoszeniem SARS-CoV-2 drogą kropelkową... Otorynolaryngolodzy ze względu na kontakt z nosem i drogami oddechowymi pacjentów są więc narażeni na wysokie miana wirusa w powietrzu wydychanym.

nych (FFP2/N95), zaleca się nieprzepuszczalny fartuch jednorazowy lub lepiej kombinezon, podwójne rękawice i ochronę oczu (gogle, maska). Trzeba pamiętać, że wielu pacjentom można udzielać teleporad.

Stosowanie leków

Pacjentom zaleca się stosowanie leków wcześniej przyjmowanych. Koronawirus wiąże się z receptorem ACE-2 i TMPRSS2. Nie ma wielu danych, że ogólnoustrojowe kortykosteroidy mogą zwiększać ARDS u pacjentów z SARS i MERS, jednocześnie nie ma informacji wskazujących, że stosowanie lokalnych kortykosteroidów zwiększa podatność na wirusa. Pulmonolodzy zalecają również kontynuowanie wziewnych kortykosteroidów.

Można nawet argumentować, że wstrzymanie podawania donosowych kortykosteroidów u pacjentów, którzy ich potrzebują, spowoduje więcej objawów alergicznego nieżytu nosa / zapalenia błony śluzowej nosa i zatok, które mogą później zatrzeć objawy COVID-19. Ponieważ wydaje się, że pacjenci mogą zakażać, zanim dostaną gorączki, może to nawet zwiększyć ryzyko dla nich samych i ich otoczenia.

Utrata węchu

Znaczna część pacjentów z COVID-19 (20–60%) zgłasza utratę węchu. Może to być objawem poprzedzającym wystąpienie innych, takich jak kaszel czy gorączka.

Pacjentów, którzy pojawią się z nagłą utratą węchu należy uznać za COVID-19 – pozytywnych.

Chirurgia

Obecna organizacja systemu opieki zdrowotnej powoduje, że planowe operacje zostały ograniczone. Jednak pilni pacjenci będą nadal potrzebować opieki. Powinniśmy szukać najlepszych lokalnych rozwiązań, aby kontynuować właściwe zarządzanie tymi pacjentami, jednocześnie chroniąc się poprzez odpowiednią dostawę sprzętu ochronnego (ŚOI).

Dokończenie na str. 18

primum

Stomatologia

nowe wyzwanie w obliczu SARS-CoV-2

MAREK
ROGOWSKI

Obecna sytuacja jest wyzwaniem dla wszystkich dziedzin medycyny – stomatologia nie stanowi tu wyjątku. Ze względu na narażenie na zakaźny aerozol oraz wymuszoną bliskość pacjenta, całe zespoły stomatologiczne (stomatolodzy wraz z asystentkami i higienistkami) są szczególnie narażone na możliwość zakażenia. Mając to na uwadze, samorząd zawodowy lekarzy apelował o utworzenie wytycznych, które pozwoliłyby zorganizować przyjęcia pacjentów w możliwie bezpieczny sposób. Jedne z pierwszych wskazówek opublikowali konsultanci ze szczegółowych dziedzin stomatologii, po nich swoje rekomendacje ogłosiło Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Jako ostatnie swoje zalecenia podało Ministerstwo Zdrowia. Dokumenty te są dość obszerne, łącznie stanowią kilkadziesiąt stron tekstu, stąd przytaczanie ich na łamach „Primum”, z racji ograniczonej objętości, wydaje się niemożliwe. Jednakże każdy stomatolog powinien zapoznać się z pełnym brzmieniem każdego z tych opracowań – są one dostępne odpowiednio na stronie pts.net.pl pod tytułem „COVID-19 a praca lekarza dentystry: wytyczne PTS uaktualnione” oraz na stronie Ministerstwa Zdrowia (zaktualizowane zalecenia postępowania stomatologicznego) – stanowiska konsultantów krajowych zostały uwzględnione przy tworzeniu zaleceń PTS i MZ.

ZMIANY W ZALECENIACH

W pierwszej wersji zaleceń rekomendowano płukanie ust przed zabiegiem m.in. 0,2% wodnym roztworem chlorheksydyny – obecnie uznaje się ten roztwór za nieskuteczny wobec SARS-CoV-2, zalecając potężenie go z alkoholem bądź stosowanie 1% roztworu nadtlenu wodoru lub 0,2% roztwór jodopowidonu.

Zmianie uległ również sposób kategoryzacji odpadów medycznych powstałych w związku z udzielaniem świadczeń, a tym samym sposób postępowania i przechowywania tych odpadów. Obecnie, w efekcie działań Naczelnej Izby Lekarskiej, odstąpiono od zaliczania odpadów powstałych w trakcie udzielania świadczeń leczniczych do kategorii wysoce zakaźnych (A) i zgodnie z wytycznymi ECDC zakwalifikowano je do grupy B (pismo GIS z 9 kwietnia 2020 r.). W związku z tym stosujemy zasady dobrze nam znane, dotyczące postępowania z odpadami medycznymi zakaźnymi – gromadzone w czerwonym worku i w przypadku przedmiotów o ostrych krawędziach – w czerwonym, oznaczonym pojemniku. Pewne różnice występują też w podejściu do dezynfekcji gabinetu po wizycie – w zaleceniach Minister-



Od lewej: Elżbieta Błaszczak – asystentka stomatologiczna, autor artykułu: lek. dent. Marek Rogowski

stwa Zdrowia pojawia się dezynfekcja fumigacyjna, metoda do tej pory raczej nam obca. W zaleceniach PTS jako metodę dezynfekcji podaje się sprawdzone i efektywne sposoby z użyciem chusteczek nawilżanych oraz sprejów do dezynfekcji powierzchni. Z kolei konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej wskazuje metodę dezynfekcji fumigacyjnej jako metodę zalecaną, jednakże w przypadku braku odpowiedniej aparatury dopuszcza korzystanie z płynów do dezynfekcji powierzchni.

ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ – RATUJMYRATUJĄCYCH

W związku z nową sytuacją bezwzględnie powinniśmy znać i stosować oparte na najnowszych doniesieniach zalecenia dotyczące naszej pracy. Konieczne jest dostosowanie ich do specyfiki każdego gabinetu ze szczególnym zwróceniem uwagi na odroczenie wizyt pacjentów potencjalnie zarażonych SARS-CoV-2. Niezbędne jest właściwe stosowanie środków ochrony osobistej i rygorystyczne podejście do kwestii sterylizacji i dezynfekcji w naszych gabinetach. Problemem staje się obecnie ograniczona dostępność i wywindowane ceny środków ochrony osobistej czy środków dezynfekcyjnych. Tych z Państwa, którzy spotykają się z trudnościami w zaopatrzeniu, zachęcam do kierowania swoich uwag do Bydgoskiej Izby Lekarskiej, która zainicjowała akcję RatujmyRatujących mającą na celu pozyskanie środków i doposażenie lekarzy we wszelkie artykuły potrzebne przy pracy w warunkach narażenia na kontakt z koronawirusem.

Dokończenie na str. 18

Laryngologia...

Dokończenie ze str. 16

Musimy się przygotować, iż będziemy zaangażowani w leczenie pacjentów z ostrymi stanami w obrębie górnych i dolnych dróg oddechowych. Być może w wyjątkowych okolicznościach będziemy musieli także pracować poza naszymi specjalnymi obszarami szkolenia i wiedzy specjalistycznej.

W szczególności trzeba wziąć pod uwagę pacjentów, którzy są podatni na konsekwencje zainfekowania COVID-19, w tym pacjentów z tracheostomią lub zaburzeniami oddychania oraz pacjentów z supresją immunologiczną – takich jak pacjenci z rakiem głowy i szyi – podczas lub wkrótce po leczeniu.

Środki ochrony indywidualnej (ŚOI) w chirurgii

Maski N95/ FFP2 i pełna ochrona oczu, rękawice, kombinezony, pomieszczenie podciśnieniowe, jeśli jest dostępne, są zalecane do badania i leczenia pacjentów z pozytywnym wynikiem COVID-19 oraz pacjentów pilnych, których nie można szybko przetestować, a wymagają wykonania procedur wytwarzających aerozol – obejmuje to intubację, odsysanie otwarte, tracheostomię, wiercenie z dużą prędkością, stosowanie shaverów i bronchoskopię. Na sali operacyjnej powinna znajdować się wówczas minimalna liczba personelu. Wszyscy powinni nosić odpowiednie środki ochrony indywidualnej.

WAŻNE ZALECENIA:

► Pacjenci z planową operacją dróg oddechowych (zatokowo-nosową, nosowo-gardłową, jamy ustnej i gardła, krtani i tchawicy) powinni zostać przebadani pod kątem obecności COVID-19, o ile jest to możliwe. Należy wykazać, że są negatywni przed kontynuowaniem leczenia. W nagłych przypadkach powinno się stosować specjalne ŚOI; przed zabiegiem należy zalecić pacjentom higienę rąk i zachowanie dystansu od lekarzy i pielęgniarek.

► Należy polecić wszystkim pacjentom z ujemnym wynikiem badania COVID-19 poddawanym planowym zabiegom chirurgicznym, aby ćwiczyli dystansowanie i higienę rąk od czasu badania do czasu zabiegu.

► Należy wykonywać tylko pilne operacje, ograniczone do absolutnego minimum w czasie. Powinny być wykonywane przez najbardziej doświadczonych specjalistów. Niestosowanie się do tych ostrzeżeń może być bardzo groźne. W warunkach ambulatoryjnych podobnie ograniczamy wizyty tylko do pacjentów pilnych i wskazane jest również zaprzestanie stosowania środków znieczulających w sprayu / środków zmniejszających przekrwienie, wybierając zamiast tego sączki i, jeśli to możliwe, unikajmy endoskopii.

Używamy masek, rękawic, osłon twarzy i fartuchów do wszystkich badań laryngologicznych u pacjentów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie. Jest to absolutnie konieczne, aby środki ochrony indywidualnej były dostępne podczas badania. Należy żądać tego typu środków od zarządzających jednostkami ochrony zdrowia i nie wykonywać badań bez zabezpieczenia!

O autorze: dr. med. Krzysztof Dalke – Jednoimienny Szpital Zakażony w Grudziądzu

Opracowano na podstawie Stanowiska Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego dotyczącego COVID-19



Stomatologia...

Dokończenie ze str. 17

Również dzięki ogromnemu zaangażowaniu finansowemu pani Dominiki Kulczyk, która przekazała 20 milionów złotych Fundacji Lekarze Lekarzom, działającej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, wszyscy lekarze będą mogli liczyć na bezpośrednią pomoc w postaci profesjonalnych środków ochrony osobistej (w tym 1,5 miliona masek FFP2 N95, 100 tys. kombinezonów klasy II czy 100 tys. gogli). Pomoc ta zostanie rozdysponowana przez regionalne izby lekarskie, w tym Bydgoską Izbę Lekarską.

TESTY, TESTY, TESTY

Odrębną kwestią pozostaje możliwość poznania własnego stanu zdrowia, szczególnie w przypadku stosowania masek czy półmasek wyposażonych w zawór oddechowy pozwalający na dłuższą pracę. W tej sprawie jednak stanowisko Ministerstwa Zdrowia jest jednoznaczne – medycy nie będą testowani prewencyjnie. Wygląda na to, że podobnie jak w przypadku środków ochrony indywidualnej, należy wziąć sprawy w swoje ręce i skorzystać z możliwości wykonania testów we własnym zakresie. Na rynku dostępne są zarówno testy serologiczne (szybkie, kasetkowe), jak i genetyczne (metoda PCR). W Bydgoszczy odpłatnie testy kasetkowe potwierdzające obecność przeciwciał IgG bądź IgM można wykonać w komercyjnym laboratorium Vitalabo – można też zakupić testy od firm oferujących je na rynku. W przypadku testów genetycznych istnieje możliwość przeprowadzenia ich nieodpłatnie w warszawskiej firmie Warsaw Genomics, pod warunkiem dostarczenia pobranego własną wymazówką materiału. Do tej pory testy były opłacane przez koalicję firm prywatnych, obecnie finansowanie przejęło Ministerstwo Zdrowia.

Nie pozostaje mi nic innego jak ponownie zachęcić Państwa do uzbrojenia się zarówno w wiedzę, jak i cierpliwość potrzebną do przetrwania tej trudnej dla nas wszystkich sytuacji. Życzę nam wszystkim zdrowia i pełni sił, tak by każdy z nas mógł cieszyć się lepszym jutrem.



O autorze: lek. dent. Marek Rogowski – prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Oddział Bydgoszcz



Pandemia SARS-CoV-2 – wspieramy lekarzy
lek. dent. Marek Rogowski
dyżur telefoniczny w sprawach stomatologicznych:
605 551 591 (prosi o sms, oddzwoni)

Budynek handlowo-usługowy do WYNAJĘCIA

- Lokal położony w Bydgoszczy na ulicy Gdańskiej 19.
- Powierzchnia handlowo-usługowa lokalu wynosi 217 m², znajduje się na dwóch kondygnacjach budynku.
- Lokal posiada trzy klimatyzatory.
- W ofercie trzy miejsca parkingowe, toalety i pomieszczenia gospodarcze.
- Powierzchnia parteru 106 m², powierzchnia piętra 111 m², zaplecze 96.02 m², razem 313,02m².

Miejsce idealne na punkt medyczny lub stomatologiczny.

Preferowany najem długoterminowy.
Kaucja zależna od rodzaju działalności.

Tel. **509 359 900**

Wydaje się, że czas epidemii najmniej dotyka POZ. Nic podobnego! Można odnieść wrażenie, że przez koncentrację na poradach teleinformatycznych bezpośrednie zagrożenie jest mniejsze. To prawda, ale z drugiej strony POZ nie dysponuje takimi środkami ochrony osobistej jak szpitale zakaźne.

JERZY
RAJEWSKI

W czasach pandemii



PRIORYTETY

Najważniejsze podczas epidemii jest zachowanie ciągłości udzielania porad przez lekarza, pielęgniarkę i położną. Zakażenie SARS-CoV-2 wyklucza nas z pracy, a zespół ląduje na kwarantannie. Nie można lekceważyć ryzyka zachorowania i wystąpienia powikłań COVID-19.

Zespół POZ musi pracować, aby zapewnić opiekę nad pacjentami potrzebującymi pomocy z powodu wielu chorób przewlekłych, a także z powodu nagłych zachorowań i wypadków.

Życie toczy się dalej, więc pacjenci potrzebują czasami pilnej diagnostyki, zaświadczeń o stanie zdrowia, skierowań na pilne konsultacje, szczepień, leków i zwolnień z pracy.

PORADY TELEINFORMATYCZNE

Czasami jak pacjent wchodzi do gabinetu lekarskiego, to już wiemy z jakim problemem się zgłasza. Porady telefoniczne są o wiele bardziej złożone i wyczerpujące. Rozmowę poprzedza analiza dokumentacji, obejrzenie przesłanych zdjęć. Często dopiero podczas rozmowy telefonicznej dowiadujemy się, że chory przed kilkoma dniami był hospitalizowany albo uzyskał konsultację specjalistyczną, a my nie mamy żadnych dokumentów.

Zdarza się, że – udzielając jednej porady – kilkakrotnie łączymy się z pacjentem, a potem jeszcze uzupełniamy dokumentację.

Osobiste udzielenie porady jest natomiast stresujące i wymaga zaangażowania wszystkich posiadanych środków ochronnych oraz przestrzegania procedur często niezrozumiałych dla chorego.

NOWE WYMAGANIA SPRZĘTOWE I PROGRAMOWE

Aby zapewnić lekarzom możliwość pracy z domu, stanęliśmy przed nowymi wyzwaniami technicznymi. Połączenie z serwerem przychodni musi być bezpieczne i stabilne. Wymagało to zainstalowania dodatkowego oprogramowania.

Należało zabezpieczyć również dodatkowe linie telefoniczne. Wszak w tym samym czasie porad telefonicznych udzielają pielęgniarki, położne i lekarze.

Nowy sprzęt i oprogramowanie wymusiły konieczność dodatkowego przeszkolenia. Nie bez znaczenia była również nauka kodowania przesyłanych mailowo załączników.

NOWA ORGANIZACJA PRACY

Praca została inaczej zorganizowana. Należało zminimalizować ryzyko zakażenia, a w razie jego wystąpienia zapewnić szybką możliwość powrotu do udzielania porad.

Ograniczono kontaktowanie się personelu między sobą do niezbędnego minimum w celu zmniejszenia ewentualnego przeniesienia zakażenia.

Na miejscu w praktyce pracuje jeden lekarz, a pozostali łączą się z domu. W takiej sytuacji, w razie zakażenia jednej osoby, łatwo ją zastąpić.

Bezpośrednie udzielanie porad czy przeprowadzanie szczepień wymaga przestrzegania wszystkich złożonych procedur zalecanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwo Zdrowia i konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych.

Aktualnie jedna osobista porada jest planowana co 30 minut. Wcześniej rezerwowaliśmy 10 minut na pacjenta.

Taka praca to całkowicie nowe doświadczenia. Okazało się, że nie trzeba przychodzić do lekarza z katarem lub bólem gardła, a większość drobnych dolegliwości przechodzi samoistnie bez leczenia.

W dobie dużego ryzyka zakażenia koronawirusem oraz prawdopodobieństwa poważnego zachorowania innej perspektywy nabierają niewielkie przypadłości, które warto przeczekać w domu.

O autorze: Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



Pandemia SARS-CoV-2 – wspieramy lekarzy
wiceprezes lek. Jerzy Rajewski
stałe dostępny pod numerem: 602374249,
jerzy.rajewski@hipokrates.org

Z wielkim smutkiem żegnamy
naszą Koleżankę
lek. **Krystynę Kożuchowską**

W imieniu Samorządu Lekarskiego
serdeczne wyrazy współczucia

składa
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Bydgoskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Marek Bronisz

Farmakoterapia COVID-19

w świetle aktualnych badań klinicznych



Pandemia COVID-19 postawiła przed światowym systemem opieki zdrowotnej wielkie wyzwanie. Główne oręż w tej nierównej walce stanowi zaangażowanie środowisk naukowych i doświadczenie klinicystów [S.G.V. Rosa i W.C. Santos]. Niestety, w mojej ocenie dysponujemy wciąż znikomymi danymi naukowymi z dotychczas przeprowadzonych badań. Powodów jest wiele.

**MICHAŁ
WICIŃSKI**

Na naszą niekorzyść działa czas. Większość badań mających na celu ocenę skuteczności leków w terapii COVID-19 trwa zaledwie od ponad dwóch miesięcy. Jest to, zarówno dla doświadczonego naukowca, jak i klinicysty, niewystarczający czas do weryfikacji hipotez badawczych czy przeprowadzenia prób klinicznych zgodnie z kardynalnymi zasadami *evidence based medicine*. Analizując aktualne dane z ośrodków badawczych, z trudnością znajdujemy w nich metaanalizy przeprowadzone na reprezentatywnej grupie pacjentów zakażonych COVID-19, które jednoznacznie potwierdziłyby bądź zanegowały zasadność danej interwencji klinicznej. Dane zawarte w piśmiennictwie posiadają w mojej ocenie charakter anegdotyczny, a ich interpretacja w praktyce bywa niełatwa. Oczywiście, zaplanowanie i przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga zaangażowania nie tylko wielu ośrodków klinicznych, ale też wsparcia naukowców z pozostałych dziedzin badawczych. Przyjmując za fakt ograniczenia wynikające z metodologii badań – z najważniejszych wymienię chociażby małą liczebność grup czy wpływ niezdiagnozowanych lub niepotwierdzonych w wywiadzie chorób współistniejących, co często sprzyja przypadkowości obserwacji i błędnym konkluzjom.

Badacze intensywnie poszukują racjonalnych rozwiązań w walce z COVID-19, analizując skuteczność dostępnych już leków dopuszczonych do obrotu dla innych wskazań przez FDA/EMA. Chcę jednak podkreślić, że jesteśmy do-

piero na początku tej drogi, a każde, nawet obiecujące, wyniki uzyskane z przeprowadzonych badań należy traktować jako punkt wyjścia do kolejnego pytania klinicznego, pamiętając zawsze o krytycyzmie naukowym, niezbędnym dla każdego z nas. Mając na uwadze powyższe, na tym etapie weryfikacja schematu leczenia farmakologicznego nie może być arbitralna, a raczej świadoma ograniczeń wynikających z przeprowadzonych i trwających wciąż badań.

W środowisku naukowym, w walce z COVID-19 duże nadzieje pokłada się między innymi w takich lekach, jak: chlorochina, hydroksychlorochina, w monoterapii lub z azytromycyną, umifenowir, lopinawir, rytonawir. Pewne wątpliwości pojawiły się w przypadku leków blokujących układ RAA, stosowanych w terapii chorób układu krążenia, oraz glikokortykoidów. W przypadku tych pierwszych obawy okazały się nieuzasadnione. Rejestr badań klinicznych na stronie *clinicaltrials.gov* dotyczący repozycjonowania leków w terapii COVID-19 zawiera informacje także o pozostałych lekach antywirusowych: interferonie $\alpha 2\beta$, talidomidzie, prifenidonie, bromheksynie czy bevacizumabie (Tabela). Badania te nie zostały zakończone, zatem na ocenę ich potencjalnych korzyści jest zdecydowanie za wcześnie. Wiele ośrodków na świecie prowadzi obecnie badania nad osoczem ozdrowieńców, stosując pozyskane preparaty w praktyce klinicznej u chorych ze zdiagnozowanym COVID-19 z ciężką niewydolnością oddechową. W ostatnich dniach postępowanie to uzyskało aprobatę FDA.

Chlorochina (CQ)/hydroksychlorochina (HCQ) w profilaktyce zakażeń COVID-19

Potwierdzono, że zarówno chlorochina, jak i jej hydroksy-pochodna są skuteczne w przypadku SARS-CoV-2. Badania przeprowadzone w grupie chińskich pacjentów z COVID-19 wykazały redukcję śmiertelności u osób zakażonych. Piśmiennictwo w tym aspekcie jest dość skromne, a rekomendacja do stosowania CQ/HCQ opiera się na kilku pracach badawczych obarczonych licznymi błędami metodologicznymi. Jednak biorąc pod uwagę ryzyko związane z pandemią i brak jakiegokolwiek alternatywy, podjęte działanie wydaje się uzasadnione.

Shah S. i wsp. ocenili zasadność profilaktycznego stosowania CQ lub HCQ w SARS-CoV-2 lub COVID-19, odnosząc się do wyników przedstawionych w 45 artykułach. Większość opinii wskazywała na potencjalne korzyści wynikające z wprowadzenia profilaktyki zwłaszcza u osób z grupy wysokiego ryzyka zakażenia, jednak nie było dostępne żadne oryginalne badanie kliniczne, na podstawie którego można by rekomendować takie postępowanie. Chociaż wyniki uzyskane z badań przedklinicznych są obiecujące, do chwili obecnej brakuje dowodów potwierdzających skuteczność CQ/HCQ w profilaktyce zakażeń COVID-19. Biorąc pod uwagę potencjalny problem bezpieczeństwa farmakoterapii, ryzyko hepatotoksyczności, nefropatii czy mielosupresji, nie znajduje uzasadnienia wprowadzenie profilaktycznej farmakoterapii CQ/HCQ. Jest to szczególnie ważne, aby w sytuacji wszechobecnej niepewności i napięcia społecznego związanego z pandemią COVID-19 nie zapominać o wysokim ryzyku powikłań i licznych działaniach niepożądanych zwłaszcza u starszych pacjentów. Na tym etapie nasza wiedza jest znikoma. Zapewne w najbliższej przyszłości dokonana zostanie gruntowna reinter-

pretacja danych w badaniach obserwacyjnych lub wysokiej jakości randomizowanych badaniach klinicznych, którymi niestety obecnie nie dysponujemy.

Hydroksychlorochina (HCQ) w terapii skojarzonej z azytromycyną

Gautret i wsp. podjęli się próby odpowiedzi na pytanie, czy włączenie azytromycyny u chorych leczonych HCQ ze zdiagnozowanym COVID-19 może wiązać się z szybszą rekonwalescencją i redukcją wirerii w porównaniu z monoterapią.

Badanie rozpoczęło się na początku marca br., opublikowane zostały już wyniki wstępne. Zgodnie z protokołem pacjenci otrzymywali 600 mg hydroksychlorochiny dziennie, miano wirusa w wymazach z jamy nosowo-gardłowej oznaczano codziennie w warunkach szpitalnych. W zależności od stanu klinicznego pacjenta podejmowano decyzję o włączeniu azytromycyny. Obecność lub brak wirusa w wymazie po sześciu dniach od rozpoczęcia terapii uznano za punkt końcowy. Badacze wykazali, że terapia skojarzona HCQ z azytromycyną wiązała się z istotnie krótszym okresem nosicielstwa. Postępowanie takie wiązało się także ze skuteczniejszą redukcją wirerii w porównaniu z monoterapią. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy wnioskują, że połączenie obu leków jest korzystne i nie powoduje dodatkowych działań niepożądanych [Gautret P. i wsp.].

Powyższe badanie, przeprowadzone przez zespół francuskich naukowców, może stanowić istotny aspekt w podejmowaniu decyzji co do strategii terapeutycznej. Podkreślę jednak pewne ograniczenia wynikające z liczby pacjentów poddanych obserwacji – 6 pacjentów bezobjawowych, 22 z objawami infekcji górnych dróg oddechowych, 8 – dolnych dróg oddechowych, leczenie farmakologiczne włączono u 20 chorych. Jestem przekonany, że zwiększenie grupy badanej przyczyni się do jednoznacznej weryfikacji hipotezy stawianej przez autorów.

Skuteczność leków przeciwwirusowych u pacjentów z COVID-19

Kolejnym istotnym kierunkiem badań w środowisku naukowym jest ocena dostępnych na rynku farmaceutycznym leków przeciwwirusowych w terapii COVID-19. Lopinawir, rytonawir poprzez zahamowanie aktywności protez zmniejszają replikację HIV. Oba leki były wcześniej stosowane w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej SARS, niemniej ich skuteczność pozostaje wciąż kontrowersyjna. Na poziomie molekularnym mechanizmy replikacji SARS są analogiczne z COVID-19, zatem postępowanie takie wydaje się uzasadnione.

Zhu Z. i wsp. dokonali analizy skuteczności i bezpieczeństwa trzech leków: umifenowiru, lopinawiru/rytonawiru u pacjentów z COVID-19. Warto nadmienić, że umifenowir (Arbidol) nie jest dostępny w Polsce. Do badań zakwalifikowano 50 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19. Pierwsze ramię badania obejmowało chorych leczonych lopinawirem/rytonawirem (400 mg/100 mg dwa razy dziennie/n=34), drugie pacjentów leczonych umifenowirem (200 mg, trzy razy dziennie/n=16). Uzyskane dane poddano analizie retrospektywnej. U żadnego pacjenta nie wystąpiło ciężkie zapalenie płuc ani ARDS. Po 14 dniach farmakoterapii przeprowadzona diagnostyka RT-PCR nie potwierdziła u chorych leczonych umifenowirem obecności COVID-19, w przeciwieństwie do grupy leczonej lopinawirem/rytonawirem – wynik dodatni stwierdzono u 15 pacjentów (44,1%). W obu grupach nie zaobserwowano istotnych skutków ubocznych [Zhu Z. i wsp.].

Wyniki te mogą sugerować pewną przewagę monoterapii umifenowirem w porównaniu z terapią skojarzoną. Przeprowadzone badania rzucają nowe światło na istotne z punktu widzenia klinicznego mechanizmy działania leków przeciw COVID-19. Prawdopodobnie zaobserwowane przez badaczy różnice w obrębie obu grup wynikają z innego działania pochodnej indolowej, głównie z aktywacji makrofagów i produkcji interferonów.

Tabela – Badania kliniczne dotyczące repozycjonowania leków w terapii COVID-19 (Clinicaltrials.gov)

Lek	Charakterystyka grupy badanej	Numer NCT	Data rozpoczęcia / zakończenia	Faza
Hydroksychlorochina	30 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04261517	06-02-2020/31-12-2020	3
Chlorochina	10.000 pacjentów, ocena profilaktyki COVID-19	NCT04303507	maj 2020/maj 2022	–
Ludzka immunoglobulina	80 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04261426	10-02-2020/30-06-2020	2 i 3
Remdesivir	452 pacjentów z ciężkim zakażeniem układu oddechowego (COVID-19)	NCT04257656	06-02-2020/31-05-2020	3
Remdesivir	308 pacjentów z łagodnym/umiarkowanym zakażeniem układu oddechowego (COVID-19)	NCT04252664	5-02-2020/27-04-2020	3
Arbidol (umifenowir)	380 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04260594	7-02-2020/30-12-2020	4
Arbidol/lopinawir-rytonawir/oseltamivir	400 pacjentów (COVID-19)	NCT04255017	01-02-2020/01-07-2020	4
Arbidol/lopinawir-rytonawir	125 pacjentów (COVID-19)	NCT04252885	28-01-2020/31-07-2020	4
Darunawir-cobicistat	30 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04252274	30-01-2020/31-12-2020	3
Tradycyjna medycyna chińska (TCM) z lopinawirem/ rytonawirem, interferonem- α (wziewnie)	150 pacjentów (COVID-19)	NCT04251871	22-01-2020/22-01-2021	–
Rekombinowany ludzki interferon α 2 β	328 pacjentów (COVID-19)	NCT04293887	01-03-2020/30-06-2020	1
Carrimycin /lopinawir-rytonawir / arbidol /chlorochina	520 pacjentów (COVID-19)	NCT04286503	23-02-2020/28-02-2021	4

Danoprevir-rytonavir z interferonem (inhalacja)/ lopinavir-rytonavir/ TCM z interferonem	50 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04291729	14-02-2020/30-04-2020	4
Xiyanping/ lopinavir-rytonavir-interferon (inhalacja)	384 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04275388	19-02-2020/14-12-2020	–
Xiyanping z lopinavirem-rytonavirem	80 pacjentów (COVID-19)	NCT04295551	14-03-2020/14-04-2021	–
Połączenie oseltamiviru, favipiraviru i chlorochiny	80 pacjentów (COVID-19)	NCT04303299	15-03-2020/30-11-2020	3
Talidomid	40 pacjentów (COVID-19)	NCT04273581	18-02-2020/30-05-2020	2
Talidomid	100 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04273529	20-02-2020/30-06-2020	2
Witamina C	140 pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04264533	14-02-2020/30-09-2020	2
Metyloprednizolon	80 pacjentów (COVID-19)	NCT04244591	26-01-2020/25-12-2020	2
Pirfenidon	294 pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04282902	04-02-2020/01-06-2020	3
Bromheksyna (chlorowodorek)	60 pacjentów z podejrzeniem i łagodnym zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04273763	16-02-2020/30-04-2020	–
Bevacizumab	20 pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04275414	luty 2020/maj 2020	2 i 3
Fingolimod	30 pacjentów (COVID-19)	NCT04280588	22-02-2020/01-06-2020	2

Uwaga: Dopuszcza się stosowanie lopinawiru/rytonawiru w okresie ciąży u pacjentek z COVID-19.

Zmodyfikowano na podstawie: Rosa SGV and Santos WC. *Clinical trials on drug repositioning for COVID-19 treatment. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.40>*

Stosowanie kortykosteroidów u pacjentów z COVID-19

Chociaż kortykosteroidy znalazły szerokie zastosowanie u chorych z niewydolnością oddechową w czasie wybuchu pandemii COVID-19 na Bliskim Wschodzie, ich skuteczność pozostaje wysoce kontrowersyjna. Przeprowadzone badania pozostawiają wciąż wiele niejasności. W świetle aktualnych doniesień naukowych postępowanie takie nie znajduje uzasadnienia.

Przegląd piśmiennictwa dokonany przez zespół Yang Z. i wsp. dotyczył wpływu leczenia kortykosteroidami pacjentów z zakażeniem koronawirusem. Autorzy przeanalizowali zgodnie z zasadami EBM dostępne dane z baz naukowych od 2002 do 2020 r. Metaanaliza objęła łącznie 5.270 pacjentów z 15 badań klinicznych. Przedstawione w pracy wyniki wskazały, że pacjenci w stanie krytycznym znacznie częściej wymagali włączenia kortykosteroidów [RR=1,56; 95%CI (1,28-1,90); p<0,001]. Najistotniejszy jednak jest zaobserwowany wzrost śmiertelności u chorych poddanych takiej interwencji [RR=2,11; 95%CI (1,13-3,94); p=0,019]. Dodatkowo istotnie częściej u osób zakażonych, którym podano kortykosteroidy, występowały infekcje bakteryjne, związane prawdopodobnie z immunosupresją, oraz hipokaliemia. Terapia sterydowa nie wiązała się ze zwiększonym ryzykiem hiperglikemii i hipokalcemii [Yang Z. i wsp.].

Praktyka stosowania kortykosteroidów u chorych hospitalizowanych z zapaleniem płuc wywołanym koronawirusem jest dość powszechna. Każdy klinicysta przed podjęciem takiej decyzji powinien uwzględnić powyższe przesłanki.

Leki hamujące aktywność osi Renina – Angiotensyna – Aldosteron (RAA) u pacjentów z COVID-19

Temat stosowania leków blokujących układ RAA u pacjentów z COVID-19, czyli w praktyce klinicznej inhibitorów konwertazy angiotensyny i sartanów (RASB), budzi sporo kontrowersji. Problematyka ta została poruszona przez wielu badaczy, chociażby w pracach opublikowanych w bieżącym miesiącu przez zespoły Buckley'a i Li [Buckley L.F. i wsp.; Li Y. i wsp.].

Wątpliwości pojawiły się w momencie zidentyfikowania mechanizmów odpowiedzialnych za replikację SARS-CoV-2 związanych z enzy-

mem konwertującym angiotensynę (ACE2). Poznano już liczne warianty genu kodującego ACE2, których polimorfizm może wiązać się z podatnością na zakażenia. Uzasadnione zatem wydają się pytania odnośnie stosowania leków z grupy RASB u pacjentów z chorobami układu krążenia narażonych czy będących nosicielami SARS-CoV-2. Stosowanie RASB prowadzi w następstwie rozwoju tolerancji do zwiększonej aktywności ACE2, co hipotetycznie zwiększa ryzyko zakażenia.

W tym momencie warto przyjrzeć się faktom. Nie mamy żadnych badań klinicznych, które zweryfikowałyby nasze przypuszczenia. Dysponujemy jedynie solidnymi danymi przedklinicznymi, na podstawie których nie powinniśmy podejmować pochopnych decyzji. W farmakoterapii zawsze należy ocenić stosunek korzyści do ryzyka. Stosowanie leków z grupy RASB wiąże się z licznymi korzyściami dla pacjentów z niewydolnością serca, po zawale serca, z nefropatią, proteinurią, migotaniem przedsionków, przerostem lewej komory i zespołem metabolicznym. RASB od dekad ugruntowały swoją pozycję zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej chorób układu krążenia (CVD). A co najważniejsze – istotnie redukują śmiertelność, zwłaszcza u pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka. Należy pamiętać, że w ujęciu globalnym choroby te stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie.

Badania przeprowadzone na populacji chińskiej wśród 2209 pacjentów z COVID-19 i chorobami współistniejącymi, tj. z nadciśnieniem tętniczym – 21%, cukrzycą – 11%, chorobami układu sercowo-naczyniowego – 7%, wykazały zwiększone ryzyko zgonu w przypadku zakażenia COVID-19 [Singh A.K. i wsp.]. Pacjenci ci byli leczeni standardowo RASB, w czym upatruje się pewnego związku przyczynowo-skutkowego. Interpretacja taka może być jednak błędna i nie uwzględniać tzw. czynników zakłócających. Potencjalne ryzyko związane z mechanizmem działania RASB nie było oceniane w tych badaniach. Warto podkreślić, że rokowania u pacjentów z chorobami współistniejącymi są praktycznie zawsze gorsze i to nie tylko w przypadku COVID-19. Oczywiście problem stosowania RASB wymaga szczegółowej analizy popartej dowodami naukowymi i takie prace już się rozpoczęły.

Stanowisko ekspertów w tej sprawie jest jasne. Nie należy przerywać terapii RASB u pacjentów z chorobami współistniejącymi zakażonych COVID-19.

Interakcje stosowanych leków przeciwwirusowych

Połączenie lopinawiru/ritonawiru z lekami metabolizowanymi przez CYP3A4 (statyny, immunosupresanty – cyklosporyna, takrolimus, worykonazol) prowadzi do wzrostu stężenia leków i zwiększonego ryzyka działań niepożądanych. Obserwowano także wzrost stężenia rywaroksabanu, atorwastatyny i midazolamu w surowicy. Przeciwwskazane są połączenia lopinawiru/rytonawiru z amiodaronem – ryzyko arytmii, z kwetiapiną – wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, statynami – rabdomioliza.

W przypadku darunawiru/cobicistatu należy uwzględnić podobne interakcje na poziomie CYP3A4 oraz CYP2D6, jak i przeciwwskazania do terapii skojarzonej. Umifenowir wchodzi w interakcje z substratami CYP3A4 i UGT1A9, zarówno induktorami, jak i inhibitorami. Stężenie fapilawiru w surowicy wzrasta w połączeniu z teofiliną. Fapilawir zwiększa biodostępność acetaminofenu (paracetamolu) 1,79-krotnie. W połączeniu z pirazynamidem zwiększa stężenie kwasu moczowego w surowicy, podobną zależność zaobserwowano dla repaglinidu. Nie posiadamy wiedzy na temat potencjalnych interakcji chlorochiny i jej hydroksy-pochodnej. Przeciwwskazane jest łączenie CQ z lekami wydłużającymi odstęp Q-T, między innymi z moksyflokscyną, azytromycyną czy amiodaronem [Tingo L].

Podsumowując, rozpoczęliśmy ciężką i długą walkę z COVID-19. Miejmy nadzieję, że wielokierunkowe działania podjęte przez środowiska naukowe przyczynią się do szybkiego opanowania pandemii. Pamiętajmy jednak o racjonalnym podejściu, zachowując na tym etapie pożądany sceptycyzm, unikając nadinterpretacji prezentowanych danych i stawiania przedwczesnych wniosków nieuzasadnionych naukowo. Obserwowane zależności, zwłaszcza w obrębie małych grup, mogą mieć charakter przypadkowy, nie odzwierciedlając realiów klinicznych. Jestem przekonany, że sukcesywnie nasza wiedza odnośnie optymalizacji farmakoterapii będzie coraz większa i uchroni nas przed błędami. Wymaga to jednak dalszych badań i ciężkiej pracy całego środowiska naukowego.

Bibliografia – u autora i w redakcji „Primum”

O autorze: Dr hab. n. med., prof. UMK Michał Wiciński – kierownik Katedry Farmakologii i Terapii oraz prodziekan ds. studentek Wydziału Lekarskiego CM UMK – od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii i chorób układu krążenia oraz teorią receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem (trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”).



I nagle – koronawirus!

Dokończenie ze str. 15

Obecnie wszyscy korzystają z suchych wymazówek. Jeżeli badanie zostanie wykonane szybko (w pierwszej dobie), a materiał był dobrze przechowywany, to mamy bardzo dużą szansę, przy małej liczbie kopii wirusa w materiale, by go oznaczyć. Jeżeli nie da się wykonać badania wystarczająco szybko, próbkę trzeba zamrozić i wykonać badanie po rozmrożeniu (co nie uszkadza wirusa). W przeciwnym razie czułość badania jest dużo niższa, bo materiał genetyczny już częściowo mógł się uszkodzić.

Pierwszy etap badania wykonuje w naszym laboratorium aparat do izolacji. Wydzielić materiał genetyczny wirusa można też ręcznie – ale wtedy jest dużo pipetowania, przepipetowywania, płukania, przelewania i przepuszczania przez kolumnienki, co jest mniej bezpieczne dla pracownika i trwa dłużej.

W następnym etapie materiał genetyczny wirusów wyizolowany z 32 próbek – który nie jest już materiałem zakaźnym, bo wirus został uszkodzony – poddawany jest w termocyklerze zmiennym temperaturom. Powstaje krzywa przebiegu reakcji, która jest interpretowana w stosunku do krzywej kontrolnej, co pozwala określić wynik badania.

Na początku maja powinny pojawić się nowe, szybsze testy na obecność koronawirusa. Jakie są ich zalety i wady w porównaniu ze stosowanymi dotychczas?

Są to również testy wykrywające obecność materiału genetycznego koronawirusa. Ich czułość jest trochę mniejsza (95%), ale czas oczekiwania na wynik krótszy – ok. 1 godziny. Dzięki temu byłibyśmy w stanie szybko przekazywać wyniki na SOR. Można by więc w krótkim czasie wykluczyć chorobę u osób błędnie zakwalifikowanych jako zakażone, chroniąc ich przed ryzykiem dalszego przebywania z pacjentami, u których chorobę potwierdzono.

W laboratorium pracuje 10 osób. Jak dają sobie Państwo radę z badaniami – zarówno na koronawirusa, jak i całą resztą – skoro dwoje pracowników zajmuje się obecnie wyłącznie sprawozdawczością: do ministerstwa, do województwa, do powiatu itp., itd.?

Obecnie nie wszystkie łóżka w szpitalu są zajęte, tak że jeszcze sobie radzimy. W kraju dość wcześnie zaczęliśmy izolację, więc mam nadzieję, że krzywa zachorowań ulegnie spłyceniu i szpitale podołają liczbie zakażonych.

Czy Pani zdaniem badania lekarzy i innych osób stykających się z chorymi lub materiałem biologicznym pacjentów z COVID-19 – powinny być przeprowadzane regularnie, np. co kilka tygodni?

Lekarze zdają sobie sprawę, że – wykonując swój zawód – stykają się z określonym ryzykiem. Ryzyko to zwiększa, niestety, średnia wieku personelu medycznego. W naszej placówce lekarz – zabezpieczony w odzież ochronną – codziennie podchodzi do pacjentów zakażonych, jesteśmy przecież szpitalem zakaźnym. Jednak propozycja regularnych badań na obecność koronawirusa nie jest, według mnie, dobrym rozwiązaniem. Test wykonany krótko po incydencie, a przed pojawieniem się objawów, niczego nie wykaże (będzie fałszywie ujemny). W dalszym etapie epidemii oczywiście można sprawdzić poziom przeciwciał, żeby potwierdzić przebytą infekcję bezobjawową. Mikrobiolodzy wykonujący badania SARS-Cov-2 również powinni przejść wówczas takie badania.

Biuro Rachunkowe PLUS

- Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgową firm
- Wieloletnie doświadczenie w branży medycznej
- Certyfikat nadany przez Ministerstwo Finansów o numerze 6522/97

Zadzwoń: **663 126 762**

biuroplus@biuroplus.net.pl
www.biuroplus.net.pl
Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22

Czy BCG ochroni nas przed koronawirusem?

Głowimy się, dlaczego w niektórych krajach rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 jest tak szybkie, że systemy opieki zdrowotnej stają się z tego powodu niewydolne, inne kraje zaś przechodzą epidemię dużo łagodniej. 28 marca ukazał się (w wersji preprint, tzn. jeszcze nie został recenzowany ani wydrukowany) artykuł z pewną bardzo, bardzo interesującą hipotezą. [1] Autorzy badali związek pomiędzy wyszczepieniem populacji poszczególnych krajów na gruźlicę (szczepienie BCG) a zapadalnością na COVID-19 i śmiertelnością z powodu tej choroby.

JAKUB
SIECZKO

Nowojorscy naukowcy przeprowadzili analizę aktualnych i dawnych programów szczepień w ponad pięćdziesięciu krajach. Są bowiem kraje, jak np. Japonia, Węgry czy Polska, w których od lat obowiązkowo szczepi się na gruźlicę. Są też takie (USA, Włochy czy Holandia), w których BCG nie było obowiązkowe nigdy.

Istnieją badania mówiące o tym, że BCG nie tylko działa przeciw bakterii wywołującej gruźlicę, ale wywołuje zjawisko nazywane

(mam nadzieję, że tłumaczę dobrze, proszę immunologów o wybaczenie i poprawienie, jeśli nie) wytrenowaną odpornością (ang. trained immunity). W skrócie – podanie tej szczepionki powoduje nasilenie odpowiedzi odpornościowej również przeciwko innym patogenom niż prątek gruźlicy (zwiększa się produkcja interferonu gamma przez limfocyty CD4+, a także m.in. interleukiny 1B). W 2000 r. przeprowadzono badanie, które wykazało, że wśród dzieci zaszczepionych na gruźlicę w Gwinei-Bissau ogólna śmiertelność była o 50% niższa (co tłumaczono zwiększeniem odporności przeciw infekcjom układu oddechowego czy zmniejszonym ryzykiem sepsy). Badania na świnkach morskich wykazały, że nawet podanie szczepionki dorosłym osobnikom zwiększa odporność. Od lat BCG stosuje się w leczeniu raka pęcherza moczowego. Jest też częściowo skuteczna w zapobieganiu trądowi. [2]

SZCZEPIENIA PRZECIW GRUŹLICY A ŚMIERTELNOŚĆ NA COVID-19

Amerkańscy badacze ocenili zachorowalność i śmiertelność z powodu COVID-19 w ponad pięćdziesięciu krajach. Brano pod uwagę tylko kraje o populacji większej niż milion mieszkańców. Kraje roboczo podzielono na trzy grupy:

- o niskim dochodzie na mieszkańca (<1025 dolarów rocznie),
- o średnim dochodzie na mieszkańca (1026-3995 dolarów rocznie),
- o wysokim dochodzie na mieszkańca (>3995 dolarów rocznie).

Kraje z pierwszej grupy prawie bez wyjątku nie raportowały śmiertelności z powodu COVID-19. Tłumaczono to niską jakością opieki zdrowotnej i niewielką liczbą testów wykonywanych w tych krajach. Porównano za to śmiertelność z powodu COVID-19 w pozostałych krajach. Wnioski są takie:

- ✓ Kraje szczepiące dawniej lub obecnie obowiązkowo na gruźlicę (55 krajów): 0,78 zgonów/milion mieszkańców,
- ✗ Kraje, które nigdy nie szczepiły na gruźlicę (5 krajów): 16,39 zgonów/milion mieszkańców.

Co o doniesieniach na temat BCG i jej potencjalnego wpływu na rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2 sądzą eksperci?

Temat stał się głośny – zarówno w Polsce, jak i na świecie. Opinie o nowojorskim badaniu pojawiają się dziesiątki, jeśli nie setki.

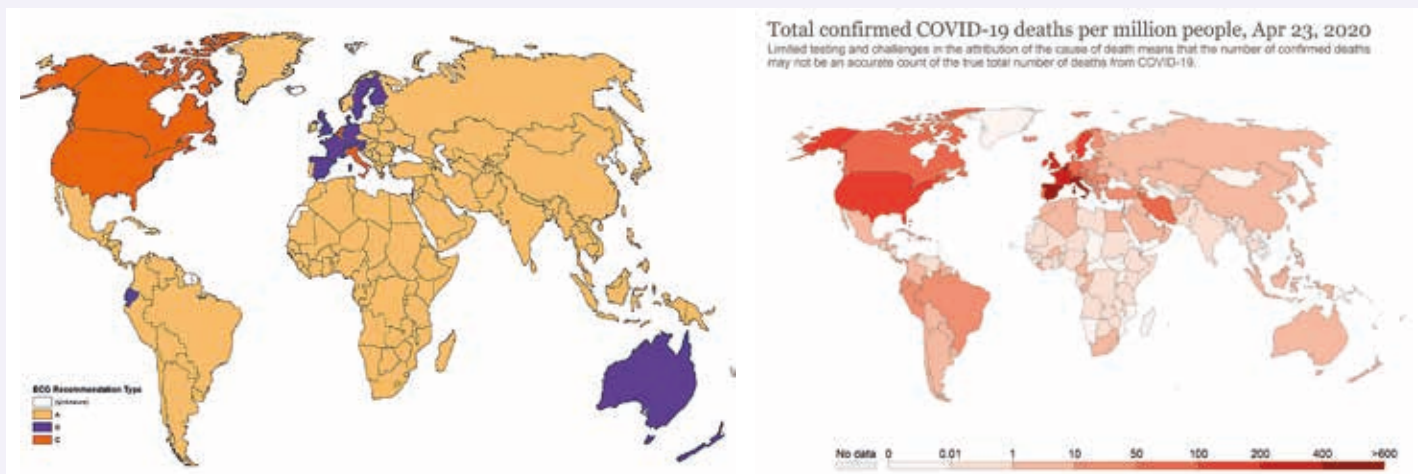
- Czy autorom z miejsca dać Nobla, bo wyniki jasno pokazują, że związek istnieje?
- Czy raczej to humbug i przykład śmieciowej nauki, która tylko szkodzi, bo daje fałszywą nadzieję i sprawia, że ludzie szczepieni mniej restrykcyjnie przestrzegają zaleceń dotyczących społecznej izolacji?
- Czy pomysł, żeby leczyć COVID-19 BCG jest tak oczywisty, że aż głupio, że na to wcześniej nie wpadliśmy?
- Czy może jednak to zagadnienia tak odległe, że równie dobrze można badać związek między utopieniami w basenie a liczbą filmów z Nicolasem Cagem?

Odpowiem państwu: Nie wiem. Ale jak nie wiem, to szukam wiarygodnych opinii tych, których wiedza i doświadczenie dotyczące chorób wewnętrznych, pulmonologii, chorób zakaźnych, epidemiologii, immunologii, wakcynologii czy statystyki przewyższają moją wiedzę i doświadczenie w tych dziedzinach (zazwyczaj wielokrotnie). Przejrza-

łem więc internet i zebrałem wiarygodne polskie komentarze do badania i do tego, czy uzasadnione jest podejrzewanie związku między BCG a COVID-19.

Dwie ważne rzeczy na początek: żaden z badaczy, do których komentarzy dotarłem, nie twierdzi, że związek (lub jego brak) pomiędzy szczepieniem na BCG a chorobowością z powodu COVID-19 jest pewny. Podejrzewam, że nie ma wiarygodnego naukowca na świecie, który odważyłby się którąś z tych opinii wygłosić. Wiele osób dostrzega też słabości metodologiczne nowojorskiego badania (jego autorzy zadeklarowali już, że zbierają krytyczne głosy dotyczące swojej analizy i po ich uwzględnieniu przeprowadzą ją ponownie). Wszyscy czekamy na wyniki badań klinicznych (australijskich, holenderskich, amerykańskich i niemieckich), w których szczepionkę BCG będzie się podawać ludziom i badać ich chorobowość w porównaniu z tymi, którzy BCG nie otrzymali.

Świat naukowy podzielił się jednak na dwie grupy. Grupy te nazwałem ✓ „Raczej tak” i ✗ „Raczej nie”. Czas zatem na opinie ekspertów (uporządkowałem je w poszczególnych grupach alfabetycznie):



Mapa z lewej strony: szczepienia BCG (jasnopomarańczowy – obowiązkowe; fioletowy – dawniej szczepiono obowiązkowo; ciemnopomarańczowy – nigdy nie szczepiono obowiązkowo). [9] Mapa z prawej strony: śmiertelność na milion mieszkańców z powodu COVID-19 (im ciemniejszy kolor tym większa śmiertelność). [10]

Tak, te liczby nie są błędne: 0,78 vs. 16,39. Około dwadzieścia razy więcej!

No to zaczęło się robić co najmniej ciekawie. Amerykanie sprawdzili również, czy istnieje związek pomiędzy rokiem rozpoczęcia obowiązkowych szczepień BCG a śmiertelnością w danym kraju. Przeanalizowano dane z 28 krajów i wykazano, że związek taki istnieje i jest on znamiennej statystycznie. Np.:

- Iran rozpoczął swoje szczepienia w roku 1984, co oznacza, że zaszczepione tam są osoby 36-letnie lub młodsze. Śmiertelność wynosi 19,7 zgonów/milion mieszkańców,
- Japonia szczepi od 1947 r. Śmiertelność: 0,28 zgonów/milion mieszkańców,
- Brazylia szczepi już od 1920 r. Śmiertelność: 0,0573 zgonów/milion mieszkańców!

Liczba przypadków gruźlicy w bogatych krajach zachodnich w drugiej połowie XX w. i na początku wieku XXI zaczęła stopniowo spadać. Kolejne kraje wycofywały się z programu szczepień. Postanowiono zbadać, czy to, przez ile lat szczepiło się w danym kraju na gruźlicę, ma związek ze śmiertelnością z powodu COVID-19. Przeanalizowano dane z 17 krajów, wykazując znamiennej statystycznie różnicę. Np. w Hiszpanii szczepiono na gruźlicę tylko w latach 1965-1981 (16 lat). W Danii od 1946 do 1986 r. (40 lat). Śmiertelność z powodu COVID-19 jest w Danii około dziesięciokrotnie niższa (!) niż w Hiszpanii.

LICZBA ZAKAŻONYCH SARS-COV-2 ZALEŻY OD SZCZEPIEŃ BCG?

Zbadano też, czy w krajach o średnim i wysokim dochodzie istnieje różnica w zapadalności na COVID-19 zależna od obowiązkowego szczepienia na BCG:

- ✓ Kraje szczepiące (55 państw): 59,54 przypadków/milion mieszkańców,
- ✗ Kraje nieszczepiące (5 państw): 264,9 przypadków/milion mieszkańców.

Różnica ta (pięciokrotna!) była znamiennej statystycznie.

Nie wykazano natomiast znamiennej statystycznie różnicy pomiędzy rokiem rozpoczęcia szczepienia a liczbą przypadków. Mówiąc prosto: statystyki pokazały, że w krajach, które szczepią, choruje tyle samo ludzi niezależnie od tego, kiedy szczepienia się zaczęły, ale znacząco mniej ludzi umiera tam, gdzie szczepiono/szczepi się dłużej. W krajach nieuszczepiających choruje natomiast zdecydowanie więcej osób i więcej też umiera.

JAK TO WYGLĄDA W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH

Postanowiłem zgłębić statystyki i sprawdzić na stronie worldometers.info, jak wygląda zachorowalność i śmiertelność z powodu COVID-19 w różnych krajach. To dane z 1 kwietnia 2020 r., więc statystyki dotyczące zachorowalności i śmiertelności mogą nieco różnić się od tych z pracy nowojorskiej (dane z 21 marca 2020). Stąd brałem dane – [3], [4], [5].

Dokończenie na str. 26

✓ RACZEJ TAK

Dr hab. Wojciech Feleszko (Warszawski Uniwersytet Medyczny):

To wymaga zbadania, pierwsze sygnały epidemiologiczne są niezwykle fascynujące. Okazało się, że kraje, w których szczepienie BCG jest obowiązkowe, wydają się bardziej chronione przed burzliwym przebiegiem epidemii niż kraje, gdzie te szczepienia zostały porzucone wiele lat temu. Takie badania ruszyły w Australii i Holandii. Swoim zasięgiem objęły pięć tysięcy pracowników służby zdrowia. Bardzo potężna liczba. Trudno takie doniesienia zlekceważyć (...) Ostateczną odpowiedź na te pytania dadzą badania kliniczne i one są rzeczywiście obiecujące, ale z rozmów z zagranicznymi immunologami odnoszę wrażenie, że to jest bardzo dobry i cenny trop.

Link: <https://tiny.pl/7hlz1>

Prof. Krzysztof J. Filipiak (Warszawski Uniwersytet Medyczny):

Okazuje się, że to bardzo ciekawa szczepionka. Jej podanie powoduje nieswoistą aktywację układu immunologicznego. (...) Wydaje się, że w tych państwach, gdzie jest lub był system obligatoryjnego szczepienia przeciwko gruźlicy, obywatele mogą być dodatkowo zabezpieczeni przed zakażeniami SARS-CoV 2 oraz ich niepomyślnym przebiegiem. Za taką hipotezą przemawia dodatkowo fakt, że w krajach, gdzie od dawna szczepienia BCG nie są stosowane, przebieg pandemii jest wyjątkowo dotkliwy. Prof. Filipiak mówił również o uderzających różnicach w zapad-

dalności na COVID-19 na terenie Niemiec wschodnich i zachodnich, a także w krajach Ameryki Południowej.

Link <https://tiny.pl/7h1b5>

Prof. Maria Korzeniewska-Koseła (Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc):

Są badania wykazujące np. że po podaniu w dzieciństwie u amerykańskich Indian szczepienia BCG zmniejszyło się ryzyko raka płuca w wieku dorosłym. W innej pracy zauważono obniżenie ryzyka białaczki u dzieci. W badaniach na myszach, ale też w pracach klinicznych u ludzi, wykazano, że może mieć korzystne działanie w chorobach autoimmunologicznych.

Link: <https://tiny.pl/7h1bk>

Prof. Jacek Wysocki (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu):

Wydaje się, że dalszy krok badawczy powinien pójść w kierunku zrobienia analizy w tym samym kraju – np. we Włoszech – jaka była częstość zachorowań u osób szczepionych i nieuszczepionych.

Link: <https://tiny.pl/7h4hn>

Dr hab. Tadeusz M. Zielonka (Warszawski Uniwersytet Medyczny):

Przełomem do podjęcia tej statystycznej analizy było to, że u osób zaszczepionych przeciwko gruźlicy rzadziej dochodzi do infekcji wirusowych, rzadsze są też ciężkie zakażenia. To jest bardzo ciekawe spostrzeżenie.

Dokończenie na str. 26

Podzieliłem kraje bardzo zgrubnie na dwie grupy – te, które szczepią BCG do dziś, i te, które nie szczepią. Udało mi się dotrzeć w przypadku części krajów do danych, w jakich latach szczepiono tam obowiązkowo na gruźlicę – wtedy taką informację podaję w nawiasie przy nazwie kraju.

✗ KRAJE, W KTÓRYCH NIE SZCZEPI SIĘ OBOWIĄZKOWO PRZECIWKO GRUŹLICY

- Hiszpania (1965–1981): 2,227 chorych na COVID-19 na milion osób/ 201 zgonów z powodu COVID-19 na milion osób
- Szwajcaria: 2,053/56
- Włochy (nigdy): 1,829/218
- Belgia: 1,205/71
- Austria: 1,189/16
- Niemcy (w RFN nie szczepiono od 1975., w NRD szczepiono do końca): 930/11
- Norwegia (1947–1995): 900/8
- Francja (1950–2007): 873/62
- Portugalia (do 2017) 809/18
- Holandia (nigdy): 795/68
- USA (nigdy): 639/14
- Dania (1946–1986): 536/18
- Wielka Brytania (1953–2005): 434/35
- Czechy (do 2011): 328/4
- Australia (1948–1991): 195/0.9
- Słowacja (do 2012): 73/0.2

✓ KRAJE, W KTÓRYCH NADAL SZCZEPI SIĘ OBOWIĄZKOWO PRZECIWKO GRUŹLICY

- Iran: 567/36
- Estonia: 587/4
- Łotwa: 236/0
- Chorwacja: 235/1
- Litwa: 213/3
- KoreaPłd.: 193/3
- Turcja: 186/3
- Singapur: 171/0.5
- Chile: 159/0.8
- Bośnia i Hercegowina: 140/4
- Grecja: 136/5
- Rumunia: 128/5
- Serbia: 121/3
- Urugwaj: 97/0.6
- Polska: 67/1
- Bułgaria: 61/1
- Chiny: 57/2
- Węgry: 54/2
- Brazylia: 32/1
- Tajlandia: 25/0.2
- RPA: 23/0.08
- Rosja: 19/0.2
- Japonia: 17/0.5
- Tajwan: 14/0.2
- Meksyk: 9/0.2

Ciekawy jest przypadek niemiecki – polecam zerknąć na dwie mapy:

- Przypadki COVID-19 w poszczególnych landach: <https://cdn.statcdn.com/Infographic/images/normal/21005.jpeg>
- Podział terytorialny RFN/NRD (szczepienia do 1975/szczepienia do 1990): https://pl.wikipedia.org/wi.../Granica_wewn%C4%85trznieniecka...

Ja podzielał to bardzo ciekawe stanowisko, bo nie ukrywam, że od dłuższego czasu zastanawiam się nad różnicami w przebiegu choroby COVID-19 i jej śmiertelności oraz nad tym, jak jest odmienna w różnych krajach i od czego to zależy. Tu pasuje koncepcja, że mamy populacje, które są czymś wzmocnione albo czymś osłabione. Inna możliwość jest taka, że mamy bardziej zjadliwy wirus albo że mamy jego odmianę. Ale na to nie ma na dzisiaj żadnych dowodów. Można by snuć dywagacje, że może się to wiązać z bogactwem danych krajów lub jakością służby zdrowia, ale patrząc na państwa, które mają największą liczbę zakażonych koronawirusem, to oczywiście nie wchodzi to w grę. To nie kraje, gdzie opieka medyczna jest niedostatecznie dofinansowana, mają największy kłopot. (...) Ten artykuł jest ciosem dla ruchów antyszczepionkowych. Bo on jednak pokazuje, że szczepienia nie mają tylko tej bezpośredniej roli, że szczepisz się na chorobę X i nie zachorujesz na chorobę X. Pokazuje, że szczepienia należą do jednych z największych odkryć w historii medycyny, pokazuje, że nie mają tylko bezpośredniego działania na osobę z chorobą X, ale wpływają też na naszą odpowiedź na inne wirusy i bakterie.

Link: <https://tiny.pl/7hlz1>

✗ RACZEJ NIE

Dr hab. Ernest Kuchar (Warszawski Uniwersytet Medyczny):

Jest to co najwyżej hipoteza robocza. Na liczbę zakażeń SARS-CoV-2 i ich śmiertelność może wpływać wiele różnorodnych czynników, w tym wiek, genetyka, bo np. w rejonie basenu Morza Śródziemnego częściej

Uwagę zwraca też różnica w śmiertelności pomiędzy sąsiadami – Hiszpanią a Portugalią (ponad dziesięć razy mniej zgonów w Portugalii, która dużo dłużej szczepiła).

CZY TO WPŁYW BCG?

Oczywiście można pozwolić sobie na bardzo wiele interpretacji – wiadać np. że generalnie w drugiej grupie znajdują się kraje biedniejsze niż w grupie pierwszej (choć wśród szczepiących są też: Japonia, Singapur czy Korea Płd.). Można więc wnioskować, że wykrywalność jest w krajach biedniejszych mniejsza (choć śmiertelność w przypadkach już zdiagnozowanych powinna być w biedniejszych krajach wyższa, a jest dokładnie odwrotnie). Można też zwracać uwagę na różnice kulturowe w poszczególnych krajach, a także na gęstość zaludnienia. Ważny jest też problem migracji (np. w USA jest wielu migrantów z krajów, gdzie program szczepień istnieje). Być może nie wszystkie statystyki są rzetelne. Nie wszędzie stosuje się takie same zasady dotyczące ograniczenia kontaktów społecznych. Społeczeństwa te mają różny poziom dyscypliny. Inny jest poziom opieki zdrowotnej. Można by takie uwagi mnożyć. Praca amerykańska nie jest, bo być nie może, ostatecznym dowodem na to, że BCG chroni przed COVID-19, ale jest bardzo, bardzo, bardzo ciekawa.

Stosowanie BCG w infekcji SARS-CoV-2 jest przedmiotem trwających już badań naukowych. M.in. w Holandii 1000 pracowników ochrony zdrowia otrzymała szczepionkę [6]. Podobne badanie planuje się przeprowadzić w Australii [7] i w Niemczech [8]. Na wyniki pewnie poczekamy kilka miesięcy. Ja czekam niecierpliwie. Pierwszy raz od dłuższego czasu jakaś praca dotycząca zapobiegania czy leczenia COVID-19 wywołała u mnie ekscytację. Zarwałam pół nocy, zgłębiając niuanse tego badania. Wygląda to dobrze, aż podejrzanie dobrze. Od 1955 r. każdy polski noworodek jest w pierwszej dobie życia szczepiony przeciwko gruźlicy. Wydaje się, że powinniśmy się z tego cieszyć. A gdyby się bezdyskusyjnie okazało, że – obowiązkowe od lat i przez niektórych wyklidane – BCG jest czynnikiem chroniącym przed koronawirusem, to chciałbym się zgłosić na ochotnika – chętnie przekazać tę informację osobiście kilku popularnym antyszczepionkowcom.

O autorze: *Jakub Sieczko jest lekarzem w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii. Pracuje w jednym z warszawskich szpitali i pogotowiu ratunkowym.*

Przypisy tutaj: <https://tiny.pl/7h993>

występuje np. niedobór dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej czy hemoglobinopatie (talasemia). Zatem konieczne jest przeprowadzenie badań klinicznych, by zweryfikować tę hipotezę.

Link: <https://tiny.pl/7hlz1>

Prof. Kazimierz Roszkowski-Śliż (Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc):

W szczepionce BCG można dopatrzeć się stymulacji odporności komórkowej, co wykorzystano na przykład w onkologii przy leczeniu czerniaka i raka pęcherza moczowego – gdy zauważono nasilenie mechanizmów naturalnej, nieswoistej odporności. Ale w przypadku wirusa potrzebna byłaby odporność humoralna, a tej szczepionka ta nie daje.

Link: <https://tiny.pl/7hlbk>

UWAGI METODOLOGICZNE

Trzeba też zaznaczyć, że istnieje wiele uwag dotyczących samej metodologii badania. Krytycznie została ona oceniona m.in. na stronie „Nature”: <https://tiny.pl/7h4qg>

W TOK FM mówił też o tym dr Paweł Sobczuk (Warszawski Uniwersytet Medyczny): <https://tiny.pl/7h4qq>

I na koniec ciekawostka niemedycka – jednym z trzech europejskich producentów szczepionki BCG jest firma Biomed Lublin. Polecam zerknąć na kurs akcji tej spółki (<https://tiny.pl/7hl37>). W ciągu ostatniego tygodnia wzrósł on o 289,91%.

Postępowanie lekarza w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną

W ostatnim czasie liczba zachorowań związanych z epidemią COVID-19 nieustannie wzrasta. Stwarza to konieczność podjęcia działań mających na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa. Z tego względu Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przewiduje procedury umożliwiające nałożenie określonych obowiązków na osobę zakażoną, chorą, podejrzaną o zakażenie lub chorobę, albo mającą styczność z czynnikami chorobotwórczymi. Pojawia się zatem pytanie, jakie możliwości i obowiązki posiada lekarz przyjmujący takiego pacjenta do szpitala.

radca prawny
JADWIGA
JARZĄBKIEWICZ-
-GÓRNIAK

radca prawny
JULIA GAŁĄSKA

Zgodnie z art. 35 ww. ustawy w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, lekarz przyjmujący do szpitala (po wcześniejszym skierowaniu pacjenta do odpowiedniej placówki czy oddziału przez inny podmiot) ma możliwość poddania takiej osoby:

- ▶ hospitalizacji,
- ▶ izolacji,
- ▶ kwarantannie,
- ▶ badaniom
- ▶ lub też zlecenia izolacji w warunkach domowych.

Pojęcie izolacji w warunkach domowych stanowi novum, wprowadzone nowelizacją ustawy z 31 marca 2020 r., a dotyczące licznych przypadków skierowania osób chorych na swe-

go rodzaju „izolację domową” (wcześniej przepisy nie przewidywały tego typu środka). Zgodnie z nowo przyjętą definicją jest to odosobnienie osoby chorej, w sytuacji gdy przebieg choroby zakaźnej nie wymaga bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych, w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Co ważne zastosowanie przez lekarza ww. środków wobec osoby chorej lub podejrzaney o zachorowanie następuje w oparciu o własną ocenę stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego. Ponadto środki te mogą być stosowane również w przypadku, gdy brak jest decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego, a osoba podejrzana o zachorowanie, chora lub narażona na zakażenie nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę, wykonanie badania lub izolację w warunkach domowych.

O przyjęciu do szpitala albo skierowaniu do izolacji, kwarantanny lub zleceniu izolacji w warunkach domowych lekarz ten jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla szpitala, miejsca izolacji, odbywania kwarantanny lub izolacji w warunkach domowych.

Zawiadomienie powinno obejmować przekazanie danych pacjenta takich jak:

- ▶ imię i nazwisko;
- ▶ data urodzenia;
- ▶ numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
- ▶ obywatelstwo;
- ▶ płeć;
- ▶ adres miejsca zamieszkania;
- ▶ rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystyka podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.

Lekarz jest również zobowiązany poinformować osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą lub narażoną na zakażenie i osoby jej najbliższe o przesłankach uzasadniających podjęte działania oraz dokonać odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.

GABINET ADWOKACKI – to nowy cykl na łamach „Primum”. Autorem artykułów jest adwokat Karol Kowalik – wpisany na listę w Bydgoskiej Izbie Adwokackiej. Główną osią zawodowych zainteresowań autora są sprawy z zakresu prawa medycznego, a także szeroko rozumiane zagadnienia dotyczące prawa cywilnego.



Prawa i obowiązki lekarzy w dobie SARS-CoV-2

KAROL
KOWALIK

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY W PRAWIE ZWIĄZANE Z WALKĄ Z KORONAWIRUSEM

► Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

- wprowadzenie możliwości zmiany przez Ministra Zdrowia terminów: LEK, LDEK, postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację oraz PES (okres, o który przesunięto dany termin, nie może być dłuższy niż 5 miesięcy) – w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii;
- umożliwienie skierowania lekarza stażysty, jak również lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne do wykonywania zadań przy zwalczaniu epidemii decyzją wojewody lub poleceniem pracodawcy;
- zadania zlecone stażyście muszą być dostosowane do poziomu jego wiedzy i umiejętności oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany lekarz stażysta;
- na wniosek lekarza stażysty Minister Zdrowia może uznać – w drodze decyzji – okres, w którym lekarz ten nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu;
- lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, któremu odwołano kurs specjalizacyjny w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii, jest zwolniony z obowiązku realizacji tego kursu, jeżeli jego realizacja wymaga przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego o okres dłuższy niż 3 miesiące, a zrealizował wszystkie inne kursy objęte programem specjalizacji.

► Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi:

- nałożenie na lekarza przyjmującego do szpitala, kierującego do izolacji, kwarantanny lub zlecającego izolację w warunkach domo-

wych obowiązku poddania osoby podejrzanej o zachorowanie, chorej na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub osoby narażonej na zakażenie: hospitalizacji, izolacji, kwarantannie, badaniom lub zlecenia izolacji w warunkach domowych, również w przypadku, gdy brak jest decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a osoba podejrzana o zachorowanie, chora lub narażona na zakażenie nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę, wykonanie badania lub izolację w warunkach domowych;

- wprowadzenie obowiązku informowania inspektora sanitarnego przez lekarza kierującego o skierowaniu do izolacji, kwarantanny lub zleceniu izolacji w warunkach domowych;
- możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego w stosunku do osoby podlegającej obowiązkowej hospitalizacji, u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, polegających na przytrzymaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków;
- wprowadzenie obowiązku informowania powiatowego inspektora sanitarnego przez podmiot leczniczy, w którym lekarz sprawuje opiekę medyczną nad osobą zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną (choroby określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia), o wynikach leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdowieńca;
- w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii Minister Zdrowia może określić w drodze rozporządzenia: uproszczone rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, uproszczony sposób jej przetwarzania oraz skrócony okres przechowywania, obowiązujące od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, uwzględniając konieczność szybkiego i skutecznego podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się epidemii oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta;
- wprowadzenie pieniężnych kar administracyjnych za niewypełnienie nakazów i obowiązków wynikających z ustawy.

► Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych:

- dopuszczenie możliwości odbywania dyżurów przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w podmiocie leczniczym w okresie pobierania dodatkowego zasiłku opiekuńczego, jeżeli praca jest świadczona w godzinach innych niż czas zwolnienia od wykonywania pracy w związku z osobistym sprawowaniem opieki oraz poza normalnymi godzinami pracy (nie powoduje utraty zasiłku);

Wspomnienie

Doktor Zdzisław Gałaj (16 marca 1932 – 29 marca 2020)

Dr n. med. Zdzisław Gałaj – specjalista w dziedzinie ortopedii i rehabilitacji, pierwszy kierownik Zakładu Rehabilitacji w Państwowym Szpitalu Klinicznym im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy – zmarł 29 marca 2020 r.

Urodził się 16 marca 1932 r. w Warszawie. Tam w 1944 r. ukończył szkołę powszechną. Po powstaniu warszawskim zamieszkał z matką w powiecie grójeckim. Ojciec, uczestnik powstania, po jego zakończeniu trafił do obozu koncentracyjnego w Dachau, gdzie został zamordowany. W 1945 r. rodzina przeniosła się do Bydgoszczy.

Zdzisław Gałaj ukończył I Liceum Ogólnokształcące. W latach 1951–1957 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Po studiach podjął pracę w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Jurasza na Oddziale Ortopedii Dziecięcej. Uzyskał specjalizację I i II stopnia z ortopedii i traumatologii. W 1960 r. został powołany do odbycia dwuletniej służby wojskowej. Po powrocie jeszcze pięć lat pracował w Oddziale Ortopedii i w Wojewódzkiej Poradni Ortopedycznej. W 1967 r. przeszedł do Zakładu Usprawnienia Leczniczego dr Dobrochny Śniegockiej. W 1969 r. został specjalistą w rehabilitacji. W 1984 doktoryzował się. Po odejściu w 1988 r. dr Śniegockiej na emeryturę, został kierownikiem Zakładu Rehabilitacji w Państwowym Szpitalu Klinicznym AM. W trudnym okresie organizowania, dzięki współpracy z dużymi przedsiębiorstwami, pozyskiwał środki na bra-

kujące specjalistyczne wyposażenie aparaturowe. W zamian pracownicy tych zakładów mieli zapewnioną szybką pomoc w rehabilitacji. Funkcję kierownika pełnił do 1996 r.

Dr Zdzisław Gałaj zajmował się również medycyną sportową. Pracował w Poradni Sportowo-Lekarskiej. W latach 1962–1983 był lekarzem CWKS „Zawisza”. Działał w trzech polskich związkach sportowych: lekkoatletyki, kajakarstwa i gimnastyki sportowej. Jako lekarz kadry narodowej uczestniczył w mistrzostwach świata i europy.

Zdaję sobie sprawę, że moje wspomnienie nie jest może wystarczająco ciepłe. Kiedy zbierałem materiał do przygotowywanej książki o historii Szpitala im. dr. A. Jurasza i rozmawiałem również z dr. Gałajem o Jego pracy, wówczas tak właśnie, prawie że w punktach, przedstawił swoje dokonania. Z szacunku dla Niego starałem się tych relacji nie koloryzować, bo myślę, że byłby niezadowolony.

Mój kolega Zdzisław Gałaj był bowiem człowiekiem bardzo skromnym. I takim pozostanie w mej pamięci.

lek med. Mieczysław Boguszyński



- • podczas stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym, oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym – przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;
- możliwość udzielania przez lekarza i lekarza dentystę świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego w ramach tzw. teleporady;
- karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od jej udzielenia;
- w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii NFZ nie przeprowadza konkursów ofert i rokowań w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej.

KTO NIE PODLEGA SKIEROWANIU DO PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII?

W poprzednim artykule poruszona została kwestia dotycząca skierowania do pracy pracowników podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawody medyczne oraz osób, z którymi podpisano

umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. W związku z zainteresowaniem tym tematem oraz nowelizacją przepisów chciałbym wyjaśnić, kto nie podlega skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Otóż – zgodnie, z art. 47 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. – skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat;
- osoby, którzy ukończyły 60 lat;
- kobiety w ciąży;
- osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat – jednakże w przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich;
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe (w tym m.in. prezydent RP, marszałek Sejmu, marszałek Senatu, prezes Rady Ministrów, minister, prezes IPN, prezes UODO);
- postowie i senatorowie.

Uwaga z mojej strony – warto stosowną dokumentację wyłączającą całą skierowanie do pracy przy zwalczaniu koronawirusa przygotować sobie z wyprzedzeniem.



SARS-CoV-2 w Barcelonie

Uwaga! Awaria!

Świat chwilowo nieczynny..

Ostatnią wycieczkę przed kwarantanną miałam 11 marca. Było nas pięcioro. Po zapoznaniu podzieliliśmy się opiniami na temat koronawirusa. Wielu turystów już wtedy zadawało sobie pytanie, czy nie anulować wyjazdu.

EWA AGATA
NOWAK

– „E tam, tak o tym trąbią, a Hiszpanie zupełnie się tym nie przejmują” – zauważyła jedna z turystek. – „Pamiętajcie, że do jutra może się jeszcze wiele zmienić” – odparłam. Prorocze słowa?

To była środa i jeszcze nic nie zapowiadało, że powtórzymy scenariusz z Włoch. W czwartek w południe coś wspomniano, że od poniedziałku zamkną szkoły, a wieczorem ogłoszono, że wiele szkół zdecydowano zamknąć już w piątek. Nikt nie spodziewał się, że od sobotniej nocy 14 marca zamknięte zostanie niemal wszystko (poza sklepami i aptekami), włącznie z nami – zamkniętymi w domach.

JEŚLI ZAMKNĘLI SAGRADA FAMILIA TO SPRAWA JEST POWAŻNA

Początkowo wejście do bazyliki ograniczono do 1000 osób (mieści się w niej do 9000), ale już następnego dnia wstrzymano i wizyty, i budowę. Warto zauważyć, że ostatnim powodem zatrzymania prac budowlanych w Sagrada Familia była wojna domowa w 1936 r. W 2020 budowę zatrzymał koronawirus...

Od 14 kwietnia do pracy mogą wrócić te osoby, które nie mają możliwości pracy z domu, ale w praktyce jest to głównie sektor bu-

dowlany, i też nie wszędzie. Bo przykładowo remonty związane z budynkami nadal nie są możliwe, aby nie narażać mieszkańców. Poza tym firmy muszą zapewnić odpowiednie ubrania zabezpieczające – maski i rękawiczki oraz zagwarantować odległość między pracownikami. Rekomenduje się raczej spacer do pracy niż korzystanie z transportu publicznego. Reszta Hiszpanii nadal zamknięta jest w domu.

TAKA NADZWYCZAJNA SYTUACJA MA SWOJE KONSEKWENCJE POD KAŻDYM WZGLĘDEM

Wiele osób straciło pracę lub zostało tymczasowo zwolnionych – ale czy będą mieli dokąd wrócić? Konsekwencje ekonomiczne pandemii będą kolosalne.

Wyjście na zakupy zamienia się w prawdziwą wyprawę ze względu na zachowanie bezpiecznego dystansu – aby wejść do sklepu trzeba często czekać bardzo długo. Zaleca się noszenie rękawiczek i maseczek, których od dawna już nie można dostać w aptekach. Po zakupach należy zdezynfekować wszystko dokładnie. Podobno już zwykłe mydło plus ciepła woda wystarczy, ale czy napewno? Wg zaleceń rękawiczki należy odpowiednio ściągnąć, wyrzucić i dokładnie umyć ręce. Niektórzy zalecają wyprać ubranie, w którym wyszedłeś do sklepu, buty oczywiście zostawić w bezpiecznym miejscu i nie chodzić w nich po domu. Nie wychodzić we dwójkę tylko samemu.

Wiele osób, które zachorowały, zostało w domu i przeszło chorobę „samodzielnie”. Tak jak moja koleżanka, która po 2 ciężkich tygodniach nadal ma kaszel. Badania zrobiono jej dopiero po około 3 tygodniach i wykazały COVID-19. Musi zostać w domu aż do odwołania. Podobnie jak jej mąż, który przeszedł chorobę dużo wcześniej i syn, który jeśli ją przeszedł, to bezobjawowo. Zakupy przynoszą im pod drzwi znajomi.

W domach spokojnej starości też jest bardzo ciężko. Pracownicy czują się opuszczeni przez rząd, a jeśli zachoruje jeden z podopiecznych, ryzyko gwałtownie wzrasta i sytuacja staje się dramatyczna. Rodziny pytają o bliskich, ale często zostają bez odpowiedzi. Nikt nie ma czasu na to, żeby odebrać telefon czy odpowiadać na mejle i na bieżąco informować. Ludzie starsi, którzy mieszkają sami, często mogą liczyć na pomoc sąsiadów i rodziny. Lepiej niech nie wychodzą. Lepiej niech się nie narażają. Są w grupie ryzyka.

Szpitala są przepelnione, zaczęto adoptować do tego celu nowe przestrzenie, w tym niektóre hotele. Brakuje rąk do pracy. Nie ma sprzętu i odpowiedniej odzieży ani maseczek dla pracowników. Widzie-

liśmy obrazy, gdzie pracownicy służby zdrowia owijają się plastikowymi torbami na śmieci, próbując z nich zrobić ochronne ubrania. Są przemęczeni i zrozpaczeni, a następny dzień jest wielką niewiadomą... Niektórzy miewają napady paniki, inni myślą o rzuceniu pracy. Niepokój i bezsenność wywołują się być jedną z wielu psychologicznych konsekwencji, z którymi muszą sobie radzić. Oni też mają rodziny, dzieci i ludzi starszych, którymi trzeba się opiekować. Szacuje się, że zaraziło się ponad 29 467 pracowników służby zdrowia (dane z 17 kwietnia). Zmarło 26 lekarzy – większość z nich była w średnim wieku, ale nie wszyscy. Sara Bravo López miała tylko 28 lat... Była lekarzem rodzinnym. Wobec lawiny zachorowań rząd zdecydował się powołać do pracy pracowników służby zdrowia, którzy przeszli na emeryturę, lekarzy, pielęgniarki, ale również rezydentów i studentów ostatniego roku medycyny. W sumie 50.000 osób.

ŚMIERĆ...

W Barcelonie zrobiło się cicho. To więcej niż niestychane. Chyba jeszcze nigdy w historii tego miasta nie było tu tak cicho. Tę ciszę przerywają tylko regularnie jeżdżące karetki na syrenie. Dziś, 23 kwietnia 2020 według oficjalnych danych liczba osób, które zmarły w wyniku choroby wynosi 22 157. Jest już 213 024 zakażonych. Chorobę przeszło i wyzdrowiało 80 250, czyli niecałe 40% zakażonych. Kiedy ktoś umiera na koronawirusa, na pogrzeb pójść może nie więcej niż 3 członków rodziny. Ceny usług pogrzebowych tak wystrzełyły w górę, że rząd czuł się zmuszony do wprowadzenia normatywu, zgodnie z którym w czasie trwania pandemii ceny nie mogą być wyższe niż te sprzed 14 marca. Z powodu braku miejsca jeden z dawnych parkingów na terenie miejskiej kostnicy wykorzystano jako depozyt na trumny.

Rząd Sancheza został mocno skrytykowany za ociążalność w przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się wirusa i brak stanowczych działań. Stan alarmowy wprowadzono w nocy z soboty na niedzielę 15 marca. O swoich zamiarach rząd poinformował wcześniej, co pozwoliło tysiącom Hiszpanów spakować się i wyjechać do swoich letnich domów, roznosząc wirusa po całym kraju. Z dnia na dzień liczba przypadków wzrosła dwukrotnie. Bardzo mocno skrytykowano również manifestację 8 marca, na którą, pomimo już istniejącego zagrożenia i zakazu w wielu krajach zgromadzeń powyżej 1000 osób – zezwolono.

Jeszcze przez kolejne dni władze musiały rozganiać tych, którzy uznali kwarantannę za wakacje, wybierając się chociażby na górskie spacerki. Parking w jednym z parków narodowych zapelniony był autami po brzegi. Wysokie mandaty i nieugiętość władz powoli zaczęły odnosić skutek.

KIEDY WYJDZIEMY Z DOMU?

Nie wiadomo. Stan alarmowy przedłużono do 26 kwietnia, ale już jest mowa o maju...

Ale jak we wszystkim, tu też są dobre strony. Ludzie się łączą, przypominają sobie o starych wartościach, piszą listy podnoszące na duchu do chorych w szpitalach, śpiewają, są kreatywni i dziękują. Dziękują za cały wysiłek tym, którzy ciężką pracują. Codziennie o 20 klaszczemy im za to z naszych balkonów. Na sąsiedniej ulicy po owacjach zawsze słyszę grę na trąbce. To ktoś umiła czas swoim sąsiadom. Pojawia się wiele ciepłych gestów.

O autorce: Ewa Agata Nowak od lat oprowadza turystów po Barcelonie. Zajmuje się też tłumaczeniem z języka hiszpańskiego. Prowadzi również bloga na temat Barcelony i Katalonii, gdzie każdy znajdzie praktyczne informacje dotyczące przyjazdu do Barcelony www.Happy-Barcelona.pl



Mój jest ten kawałek podłogi!...

Matematyka jest warunkiem wszelkiego dokładnego poznania.

Immanuel Kant



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Ostatnimi czasami otarła się o moje uszy wiadomość, że istniała filozofia presokratejska. Zainteresowany tym tematem zacząłem szperać w sieci i, dzięki temu szperaniu, dowiedziałem się, że kiedyś istniał ktoś nazywany Talesem z Miletu. Szperając w głębi mojej szarej substancji zwanej mózgiem, stwierdziłem, że nazwisko to nie jest mi obce, ale nie wiedziałem, że jest on uznawany za pierwszego filozofa i matematyka cywilizacji zachodniej. Uważany jest także za inicjatora naukowych badań nad przyrodą.

Inny mieszkaniec Miletu, niejaki Anaksymander, w rozważaniach swoich dopuszczał istnienie nieskończonej liczby światów i twierdził, że człowiek wywodzi się z niższych gatunków zwierząt.

Ciekawą dla nas – lekarzy jest osoba Alkmeona z Krotonu, bo to on był tym pierwszym, który potraktował mózg jako centralny organ zmysłowy. Dokonywał także jego sekcji. I – co ciekawe – był zwolennikiem teorii o nieśmiertelności duszy.

Wreszcie ten, który mnie najbardziej zaintrygował – Zenon z Elei, twórca słynnych paradoksów jako dowodów na niemożność istnienia ruchu. Nie jestem w stanie tych paradoksów zgłębić, bo do ich zgłębienia potrzebna jest matematyka, a nawet jej znajomość (gdybym takową miał!) nie potrafiłaby mi wyjaśnić głębi tych paradoksów.

Mili, czytający te słowa, ja te wiadomości znalazłem w sieci internetowej, a Oni na 600 czy 500 lat p.n.e. takich możliwości nie mieli i to, co tworzyli – to był wynik pracy ich mózgu.

Jak wspaniałe musiały być te mózgi, skoro po upływie tylu wieków nadal inspirują do przemyśliwań. I pomyśleć, że w czasach, gdy Oni tworzyli, to kraj nasz porastała puszcza!

Dlatego też słusznym jest, aby dokonywać wszelkiego poznania tak, jak zaleca to twórca zasady etycznej znanej jako imperatyw kategoryczny. A że zaleca, aby dokonywać tego tak, jak czynili to starożytni filozofowie, czyli za pomocą matematyki, to już – przynajmniej mi – sprawia, niestety, dużą trudność. To nie zmienia faktu, że matematykę uważam za królową nauk. Niezmiernie żałuję, że tak mało się do niej przed laty przykładałem.

Kończę i tu za Kantem proszę Was – miejcie odwagę postugować się rozumem.

To ja – jak zwykle

– Wasz, czasami postugujący się rozumem

A. Martynowski

Spotkania Lekarzy Seniorów!

UWAGA! W związku z sytuacją epidemiologiczną spotkanie lekarzy seniorów **6 maja odwołane!** Wykład dr. hab. n. med. Wojciecha Szczęsnego pt. „Dlaczego chirurdzy myją ręce, czyli historia aseptyki i antyseptyki” odbędzie się w innym terminie.

■ **3 czerwca** gościem lekarzy seniorów będzie dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG. „Koronawirus – pandemia XXI w.” – to tytuł wykładu, który wygłosi. Spotkanie odbędzie się, jeżeli pozwoli na to sytuacja epidemiologiczna.

KONFERENCJA

Moje życie z depresją – jak zapobiegać jej nawrotom

Ta konferencja już za nami. Dziękujemy za olbrzymie zainteresowanie i liczne przybycie. Gościliśmy lekarzy, psychoterapeutów, studentów psychologii, osoby zmagające się z chorobą i ich bliskich. Nie dla wszystkich starczyło miejsca pomimo dwóch tur spotkań... To dla nas symbol czasów. Cierpienie depresyjne jest powszechne w XXI wieku. Także w bieżącej sytuacji, gdy wzrasta niepokój wywołany koronawirusem, nastrój wielu osób może się obniżyć. Mówiliśmy – jak sobie z tym radzić. Mówiliśmy – co i kiedy najbardziej pomaga w depresji.

- Psychiatria – leczy farmakologicznie.
- Psychoterapia – leczy kontaktem 1:1 w szukaniu indywidualnych rozwiązań.
- Trening MBCT – wzmacnia grupowym programem ochronno-rozwojowym.

Udowodniliśmy, że każde z tych działań jest skuteczne, a wzajemnie się one wartościowo uzupełniają. Najbliższe treningi MBCT już V–VI 2020 w Centrum Zdrowia Araszkiewicz „Łażnia Miejska” lub on-line. Prowadzi Dorota Wojtczak, trener uważności MBCT i MBSR. Zapisy rozpoczęte – liczba miejsc ograniczona – warto pytać o szczegóły.

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że odszedł nasz wieloletni członek

Profesor Andrzej Dziejczko

który za wsparcie i działalność na rzecz Towarzystwa został uhonorowany odznaczeniem „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie”.
Przekazujemy wyrazy współczucia całej rodzinie.

Zarząd i członkowie
Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego
Oddział Regionalny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Z wielkim smutkiem żegnamy naszego Kolegę
profesora nauk medycznych

Andrzeja Dziejczko

W imieniu Samorządu Lekarskiego serdeczne wyrazy współczucia
Rodzinie Zmarłego

składa
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Marek Bronisz

Ogłoszenia – PRACA

■ Przychodnia OKOLE Bydgoszcz, plac Chełmiński 5 zatrudni **lekarza rodzinnego** lub **lekarza internistę**. Kontakt: przychodniaokole@scs.com.pl lub 52 3214935

■ Centrum Medyczne „Białe Błota” w Białych Błotach, ul. Szubińska 87B, zaprasza do współpracy **lekarzy różnych specjalności**, w szczególności: **lekarza medycyny pracy, endokrynologa, kardiologa, laryngologa, neurologa, dermatologa, diabetologa, radiologa, okulistę, lekarza chorób wewnętrznych lub rodzinnego**. Warunki współpracy oraz bliższe informacje pod nr tel. 665 025 000.

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a**
w Bydgoszczy

(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie

www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon **602 753 233**

Zapraszamy



do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS** wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa

Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczta_big@wp.pl

☎ 508 303 873 • 52 3070576

www.bigbiuro.pl

Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14



Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne

Zapraszamy do współpracy lekarzy zainteresowanych prowadzeniem badań klinicznych oraz pracą w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

Specjalistyczne gabinety prywatne:

- opieka medyczna dla dzieci i dorosłych
- konsultacje specjalistyczne
- badania diagnostyczne




Nasz Lekarz Ośrodek Badań Klinicznych

- doświadczony i wyspecjalizowany zespół badawczy: lekarze specjaliści, personel medyczny oraz koordynujący
- rzetelna opieka dla pacjentów w zgodzie z najwyższymi międzynarodowymi standardami,
- wysoka jakość prowadzonych badań pozytywnie weryfikowana licznymi audytami oraz inspekcjami m.in. FDA, CEBK,
- standard usług świadczonych zgodnie z ISO 9001.

Nasz Lekarz to największy w województwie kujawsko-pomorskim Ośrodek Badań Klinicznych

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy na spotkanie, z przyjemnością przybliżymy nasze cele i zaprezentujemy ofertę. Skontaktuj się z nami i zaproponuj dogodny termin spotkania.

ul. Chodkiewicza 19c, Bydgoszcz
tel. +48 52 340 1414
bydgoszcz@naszlekarz.pl



Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Przychodni Nasz Lekarz
Główny badacz w ponad 300 badaniach klinicznych.
Wielokrotnie pełniący funkcję Koordynatora Krajowego Badań Klinicznych.

www.NaszLekarz.pl

1...2...3... Wybierz Ty!



Dealer BMW
Dynamic Motors

Trzy powody, dla których warto dołączyć do rodziny BMW

THE 1 THE 2 THE 3

już za **1000**

PLN netto/m-c*
w BMW Comfort Lease

już za **1100**

PLN netto/m-c**
w BMW Comfort Lease

już za **1250**

PLN netto/m-c***
w BMW Comfort Lease



Twój Dedykowany Doradca



Piotr Czereszko
BMW Dynamic Motors Bydgoszcz
ul. Toruńska 272A, Bydgoszcz
tel.: +48 504 197 190



Bartłomiej Kala
BMW Dynamic Motors Toruń
ul. Olimpijska 8, Toruń
tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

GRUPA **JAWORSKI**

O szczegóły zapytaj doradcę.

* Rata miesięczna netto dla BMW serii 1 za 128002 PLN brutto. Opłata wstępna 5%, okres leasingu 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa.
** Rata miesięczna netto dla BMW 218i Gran Coupe za 133620 PLN brutto. Opłata wstępna 5%, okres leasingu 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Całkowita suma opłat w ofercie BMW Leasing 0% wartości 100% przy następujących parametrach: opłata wstępna 25%, okres leasingu 36 miesięcy, wykup 1%.
*** Rata miesięczna netto dla BMW 318i Limuzyna za 119900 PLN brutto. Opłata wstępna 0%, okres leasingu 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Całkowita suma opłat w ofercie BMW Leasing 0% wartości 100% przy następujących parametrach: opłata wstępna 25%, okres leasingu 36 miesięcy, wykup 1%.

Niniejsze symulacje nie stanowią oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o.