

Priorytetem zwalczanie zakażeń

Z dr n. med. Grażyną Cholewińską-Szymańską, ordynatorem III Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób zakaźnych na Mazowszu, rozmawia Anetta Chęcińska.

Fot. archiwum



Jak się przedstawia statystyka epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych?

Wiedza o zakażeniach dla polityki zdrowotnej jest bardzo ważna. Statystyka epidemiologiczna dotycząca chorób zakaźnych po pierwsze mówi o trendach, po drugie nakazuje szybkie reagowanie w sytuacji dużego zagrożenia. Zgłaszanie informacji służbom sanitarnym o przypadkach zakaźnych jest obligatoryjne i wynika z ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz

zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Obowiązek ciąży nie tylko na lekarzach chorób zakaźnych. Każda jednostka, w której przebywa chory, np. z zakażeniem *klebsiella* czy *clostridium*, czy to będzie oddział szpitalny, czy zakład opiekuńczo-leczniczy, zobowiązana jest raportować te przypadki. Śledząc opracowania na przestrzeni dekady, dwóch, widzimy zmiany dotyczące epidemiologii.

Czy zmieniają się wskaźniki zachorowalności dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych?

W 2017 r. odnotowaliśmy w Polsce epidemię *hepatitis* typu A, czyli wirusowego zapalenia wątroby typu A. 90 proc. nowych chorych stanowili mężczyźni homoseksualni. Zarejestrowano ponad 3 tys. przypadków, w latach wcześniejszych – poniżej 10. Epidemia już wygasa, ale wzrost liczby zachorowań pokazał, że trzeba stawiać na profilaktykę, zalecać szczepienia, przynajmniej w grupie wysokiego ryzyka. Szczepionka przeciw HAV nie jest refundowana, ale odpłatnie można się zaszczepić. Jeśli chodzi o *hepatitis* typu B, sytuacja jest stabilna. Od 1996 r. szczepimy noworodki i część dorosłych. Rocznie rejestrujemy około 2 tys. przypadków zachorowań, w latach 70. było ich 60 tys. Przeciwno *hepatitis* typu C szczepionki nie ma. Szacuje się, że HCV zainfekowanych jest 3 proc. populacji światowej, w Polsce – 200 tys. osób. To kandydaci do pilnego leczenia. Aby leczyć zakażonych, trzeba najpierw ich zidentyfikować. Potrzebne są badania przesiewowe zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka. Niestety, w koszyku świadczeń gwarantowanych POZ nie ma testu na HCV, mimo że apelujemy o to od dawna do MZ i NFZ.

Nasze obawy budzi też borelioza. Rozpoznanych w 2017 r. w Polsce 21 tys. przypadków, to znaczny wzrost w stosunku do lat ubiegłych. Należy jednak podkreślić, że mamy do czynienia z nadrozpoznanalnością tego schorzenia. Mają w tym swój udział, niestety, osoby bez doświadczenia medycznego i uprawnień do diagnozowania choroby i jej leczenia, z których „usług” korzystają niekoniernie chorzy na boreliozę, ale mający zbliżone objawy.

Obserwujemy również wzrost liczby zakażeń wirusem HIV (ponad 1300 nowych przypadków rocznie) i zachorowań na kiłę (około 1800 przypadków rocznie) wśród pacjentów homoseksualnych. Przybywa przypadków gruźlicy, zwłaszcza wielolekoopornej, związanych z migracją ludności z Białą

rusi, Rosji i Ukrainy. Do Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie trafiają np. pacjenci powracający z Azji i Afryki z podejrzeniem chorób takich jak denga, malaria. Diagnozujemy ich i leczymy, ale nie są to liczne przypadki. Przede wszystkim trzeba zauważyć, że dzięki m.in. szczerpieniom masowym, wprowadzanym w Polsce od 1950 r., wyeliminowane zostały tzw. stare choroby zakaźne: tyfus, tężec, wścieklizna, krztusiec, choroba Heinego-Medina. Jeżeli się zdarzają, to pojedyncze przypadki i raczej nie są śmiertelne. Ponad 95 proc. Polaków jest zaszczepionych i uodpornionych.

Szczerpienia są osiągnięciem medycyny, tymczasem obserwujemy nasilanie się ruchu antyszczepionkowego. Czy zauważa się już medyczne następstwa odmowy szczepienia dzieci?

Na razie jeszcze nie. Najmłodszy, którzy nie zostali w ostatnim czasie zaszczepieni, będą chorowali w wieku szkolnym, gdy zetkną się z rówieśnikami, zaczną jeździć na kolonie, obozy. W okresie dorastania ich system immunologiczny będzie bombardowany przez wiele patogenów. Za mniej więcej pięć lat wzrośnie zapadalność na choroby zakaźne u dzieci nieszczepionych. Jednak i teraz hospitalizujemy więcej dzieci z odrą, ospą wietrzną, z rotawirusami. Antyszczepionkowcy powołują się na dane niemające nic wspólnego z medycyną opartą na faktach. Przykre jest, że podpisują się pod tym przekazem niekiedy również lekarze. W mediach jest zdecydowanie za mało rzetelnej argumentacji na rzecz szczepień. W walce o rację nauki trzeba powoływać się na opinie autorytetów, na rekomendacje towarzystw naukowych i podkreślać rolę państwa, które refunduje szczepienia w trosce o zdrowie obywateli. To trzeba mówić rodzicom.

Które nowe terapie były przełomowe w leczeniu chorób zakaźnych?

Na pewno nastąpiła rewolucja w leczeniu HCV. Mówiło się do niedawna, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest nieuleczalne. Obecnie wystarczy trzymiesięczna, bezpieczna kuracja lekiem w formie tabletek i u 96 proc. pacjentów eliminuje się wirus trwale. Dzięki jej zastosowaniu u chorego nie dojdzie do marskości wątroby i raka. Pacjent może wrócić do życiowej aktywności, do pracy. Drugi znaczący sukces to terapie w zakresie zakażenia wirusem HIV. Dzisiaj nie traktujemy już AIDS jak choroby śmiertelnej. Można żyć z nią 100 lat, jeśli przyjmuje się przewlekle leki przeciwwirusowe. Farmakoterapia sprawia, że wirus pozostaje pod kontrolą, a pacjenci nie wymagają hospitalizacji, tylko kontroli ambulatoryjnej. Oczywiście są to terapie drogie i realizowane w ramach programów lekowych. Zagrożeniem dla ich kontynuacji może być zmniejszenie finansowania przez płatnika czy zaostrenie kryteriów kwalifikowania pacjentów.

Czy dostępność świadczeń z zakresu leczenia chorób zakaźnych w Warszawie i na Mazowszu jest wystarczająca w stosunku do potrzeb?

Na Mazowszu jest sześć ośrodków leczenia chorób zakaźnych: Warszawa, Radom Ciechanów, Ostrołęka, Siedlce i Płock. W szpitalach wojewódzkich działają oddziały zakaźne dla dorosłych, w nich wydziela się od dwóch do czterech separtek dla dzieci. Dysponujemy niewiele ponad 400 łózkami. To liczba wystarczająca, gdy nie ma epidemii. Przed laty wspomagały bazę łóżek oddziały zakaźne w szpitalach powiatowych, ale ulegały stopniowej likwidacji. Przykładem jest 28-łóżkowy oddział w Kozienicach zlikwidowany w ramach restrukturyzacji. Choroby zakaźne charakteryzują się

tym, że są nieprzewidywalne. W 2014 r. w Afryce wybuchła epidemia Eboli. W Polsce diagnozowaliśmy osoby, które przebywały w rejonie zagrożenia i zgłaszały niepokojące objawy. Na szczęście, mimo obaw społeczności międzynarodowej, wirus się nie rozprzestrzenił, ale sytuacja pokazała, że nie jesteśmy przygotowani na takie zdarzenia. Z prognoz opublikowanych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia wynika wyraźnie konieczność zwiększenia liczby łóżek na oddziałach zakaźnych.

Jakie są możliwości izolacji chorych w praktyce? Czy oddziały dysponują pomieszczeniami?

W Polsce jednoosobowych sal w szpitalach jest mniej niż 10 proc., w Europie to 60 proc. Zarzuca się nam, że nie wykorzystujemy łóżek w pełni. Optymalnie tylko w 80 proc. Ale nie można w sali dwuosobowej położyć pacjenta z ospą wietrzną czy z półpaścem razem z chorym na zapalenie wątroby. Moją największą troskę budzą obecnie zakażenia szpitalne. Ich zwalczanie, podkreślam z całą stanowczością, powinno być jednym ze współczesnych priorytetów w ochronie zdrowia. Nieracjonalne stosowanie antybiotyków doprowadziło do wygenerowania patogenów opornych na dostępną antybiotykoterapię. Dlatego tak ważne jest zapobieganie zakażeniom, na które narażone są szczególnie osoby często hospitalizowane, ludzie starsi z wielochorobowością, pacjenci przemieszczani z oddziału na oddział. Nierzadko brakuje też nawyków właściwego postępowania u personelu. Po wykonaniu czynności przy chorym ręce nie tylko trzeba umyć, trzeba je zdezynfekować. Nieustannie musimy o tym przypominać. Zużycie środków do dezynfekcji jest w Polsce najniższe w Europie. Zdarzają się też zakłucia. Przypominam, że nasz szpital jest ośrodkiem profilaktyki podeszkopozycyjnej dla osób, które miały kontakt z materiałem biologicznie zakaźnym. Takich świadczeń, nie tylko na rzecz pracowników służby zdrowia, wykonujemy ponad 500 rocznie. Wciąż cierpimy z powodu kilkudziesięcioletnich zaniedbań w infrastrukturze. Na oddziałach szpitalnych potrzebne są separátky ze śluzą, z indywidualnym węzłem sanitarnym, zamkniętym systemem wentylacji, lampą antybakteryjną i systemem utylizacji śmieci zawierających materiał zakaźny. Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie wyposażony jest w takie urządzenia.

Czy młodzi lekarze chcą specjalizować się w chorobach zakaźnych?

W sześciu ośrodkach na Mazowszu pracuje 182 specjalistów chorób zakaźnych. To nie jest duża liczba, gdy trzeba zapewnić opiekę 24 godziny na dobę siedem dni w tygodniu. Największą grupę lekarzy stanowią osoby w wieku 55–65 lat. Młodych jest bardzo mało. Mamy zawsze więcej miejsc rezydentycznych niż kandydatów. Nasza specjalizacja nie jest dla ministra zdrowia priorytetowa. A choroby zakaźne to dziedzina bardzo ciekawa i szerokokopunktowa, bo dotyczy wszystkich narządów i układów. To specjalizacja, która nie ogranicza, gdyż obejmuje nie tylko klinikę zakażeń, ale m.in. wakcynologię, medycynę podróży, immunologię. Pozwala na pracę także w zespołach transplantacyjnych wątroby i zwalczających zakażenia w szpitalach. Warto studentom medycyny i młodym lekarzom mówić o tym i zachęcać do wyboru specjalizacji z chorób zakaźnych. ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych na Mazowszu

e-mail: cholegra@zakazny.pl

tel.: 22-33-55-268, 22-33-55-204