

PANDEMIA SARS-CoV-2

Koronawirus w Polsce tylko mniej widoczny, bo nie

– Co tydzień z powodu COVID-19 w Polsce hospitalizowanych jest od 1200 do 2000 osób. To wierzchołek góry lodowej. O tych chorych wiemy, bo trafiają do szpitali – mówi dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski, wirusolog, mikrobiolog, diagnosta laboratoryjny, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, asystent w Zakładzie Mikrobiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

| Na Zachodzie koronawirus wciąż jest aktywny. Czy możemy się spodziewać kolejnej fali zachorowań w Polsce jesienią? Jakie są przewidywania?

A dlaczego jesienią? Czy uważa pani, że Polska jest odizolowaną wyspą? Obserwujemy wyższe zachorowań we Francji, Włoszech, Niemczech – praktycznie we wszystkich krajach europejskich, gdzie testy wykonuje się na masową skalę. Dlaczego Polska miałaby być wyjątkiem? Nie znamy rzeczywistej liczby zakażeń, ponieważ u nas zaprzestano powszechnego testowania.

| Czytałam, że latem koronawirus odpuszcza – dlatego jesienią.

Te źródła są bardzo niepewne. Proszę sobie przypomnieć, jak wyglądała sytuacja 2 lata temu. COVID-19 absolutnie nie odpuszcza w wakacje. Zapadalność na SARS-CoV-2 nie wykazuje do tej pory sezonowości. To mit. Jesienią obserwujemy zwiększoną liczbę zakażeń, ponieważ przywozimy wirusa w nowych wariantach z różnych miejsc urlopowych. Wracamy do pracy, do szkół. Przed 2 laty też krążyły plotki, że koronawirus nie będzie zakażał latem.

| Jakich subwariantów możemy się spodziewać obecnie? Pojawiają się rekombinanty.

Tak. Na szczęście stosunkowo rzadko. W tej chwili najwięcej zakażeń w Europie spowodowanych jest przez wariant BA.5, który dotarł już do Polski.

| A indyjski wariant delty?

Sam wariant delta wywodzi się z Indii. Czy wie pani, dlaczego zaczęto nazywać warianty koronawirusa za pomocą liter alfabetu greckiego? Otóż w pewnym momencie Hindusi bardzo się zdenerwowali, że jeden z wariantów koronawirusa nazywano wariantem indyjskim. I tak pojawiły się nazwy od liter alfabetu greckiego – alfa, beta, gamma, delta czy omikron.

| Uważa pan zatem, że zachorowania w Polsce wciąż są liczne, ale nie widzimy ich, ponieważ zaprzestaliśmy powszechnego testowania?

”

Przy takiej ilości zapewnionych szczepionek czwarta dawka powinna być dostępna po 10–12 miesiącach od zastosowania trzeciej praktycznie dla każdego



Fot. Archiwum Termedia

Oczywiście. Co tydzień z powodu COVID-19 hospitalizowanych jest od 1200 do 2000 osób. To wierzchołek góry lodowej. O tych chorych wiemy, bo trafiają do szpitali. Proszę pamiętać, że od prawie 4 miesięcy testowanie jest przerwane w dużej mierze na pacjentów. Chory może wykonać test

w domu, ale problem polega na tym, że wówczas system go nie ewidencjonuje. Jeżeli osoba zakażona jest odpowiedzialna, to powinna zgłosić dodatni wynik i poddać się samoizolacji. Aby taka informacja została zewidencjonowana, chory musi pójść do lekarza pierwszego kontaktu, który

wciąż jest, ma powszechnego testowania

Rozmawiała Iwona Kazimierska

wykona test w gabinecie albo go zleci. Niewielu osobom ze stosunkowo łagodnymi objawami – w przypadku wariantu omikron większość zakażeń przebiega łagodnie – będzie się chciało zgłosić takie zdarzenie. Jeżeli mamy do czynienia z odpowiedzialnym pacjentem, który podda się samoizolacji, to jest szansa, że ścieżka transmisji wirusa się zakończy. Wiele osób jednak uważa, że ma łagodne objawy przeziębienia, chodzi do pracy i szerzy wirusa w środowisku.

System omija osoby z łagodnym przebiegiem zakażenia, w związku z czym nie wiemy, ile tak naprawdę mamy przypadków. Owszem, z punktu widzenia wydolności systemu opieki zdrowotnej niezwykle ważna jest liczba pacjentów hospitalizowanych. Jeżeli jednak będzie rosła liczba osób zakażonych, to z czasem wzrośnie także liczba pacjentów z objawowym przebiegiem infekcji, którzy będą wymagali hospitalizacji. Wcześniej czy później powinno to być zauważalne. Albo inaczej: będą to musieli zauważyć decydenci.

| Czyli wniosek jest prosty – powinniśmy wrócić do powszechnego testowania.

Zdecydowanie tak. Testowanie, choćby testami antygenowymi, jest prostym sposobem na szybkie wyłapanie osób zakażonych. Kolejna kwestia, nad którą warto się zastanowić, to powrót do dystansu społecznego w środkach komunikacji czy centrach handlowych. W żaden sposób nam to nie zaszkodzi, a tylko pomoże. Jeśli chodzi o maseczki, to kiedy zaczynają być potrzebne, należy je stosować niezależnie od tego, czy mamy pandemię czy nie. Całemu społeczeństwu gorąco polecam wzorowanie się na mieszkańcach krajów Dalekiego Wschodu, gdzie noszenie maseczek, żeby chronić siebie i innych, jest czymś normalnym. Nie nosimy ich przecież dla pana ministra.

| Czy uważa pan, że czwarta dawka szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 powinna być dostępna dla ogółu populacji, a nie tylko dla wybranych grup?

Jestem zdania, że przy takiej ilości zapewnionych szczepionek czwarta dawka powinna być dostępna po 10–12 miesiącach od zastosowania trzeciej praktycznie dla każdego. Problem polega na tym, że to nie jest kwestia decyzji naszego rządu, ale Europejskiej Agencji Leków, która na razie rekomenduje podawanie czwartej dawki wyłącznie osobom powyżej 60. roku życia oraz z poważnymi zaburzeniami układu odpornościowego. Moim

zdaniem są to rekomendacje całkowicie błędne. W Stanach Zjednoczonych może się zaszczepić każda osoba powyżej 50. roku życia, a w Australii powyżej 30. roku życia. Skoro mamy tyle szczepionek, które mogą się zmarnować, to dlaczego nie umożliwić szczepień chętnym osobom spełniającym kryteria kwalifikacji? Sam chętnie bym się zaszczepił, zwłaszcza przed sezonem jesienno-zimowym, kiedy odporność będzie spadała, tak jak co roku szczepię się przeciwko grypie. Może by więc ustalić, że zainteresowani mogą się szczepić w sierpniu i wrześniu kolejną dawką szczepionki przeciwko SARS-CoV-2?

| Czy szczepionki multiwalentne – taką niedawno pochwaliła się Moderna – to złoty środek?

Na pewno jest to jakieś rozwiązanie. Moderna rzeczywiście ma zarejestrowaną przez Food and Drug Administration szczepionkę dwuwalentną. Niestety, taki produkt gotowy ma tylko Moderna, a Pfizer w opracowywaniu. I tu jest zasadniczy problem – gros produkcji Moderny jest od razu kupowane przez rząd Stanów Zjednoczonych. Może się więc okazać, że tej szczepionki nie wystarczy dla całego świata, a nawet dla krajów Unii Europejskiej.

| Pojawiły się informacje, że praktycznie 90 proc. populacji Polski ma przeciwciała i pewną odporność. Czy to nie jest stwierdzenie na wyrost?

Te dane podał minister Adam Niedzielski. Nie poinformował przy tym, że są to dane ekstrapolowane i zakładano, że mogą one być wiarygodne w kwietniu 2022 r. Minister zdrowia nie pochwalił się też, że odsetek osób dorosłych zaszczepionych w Polsce to ok. 60 proc., reszta to osoby, które miały kontakt z wirusem. Proszę pamiętać, że obecność przeciwciał, kiedy nie znamy korelacji pomiędzy ich mianem a wartością ochronną, świadczy tylko o tym, że ktoś miał kontakt albo z wirusem, albo mRNA kodującym białko kolca. Nic więcej. Kolejna rzecz, która storpedowała wszystkie hurraoptymistyczne deklaracje ministra, to fakt, że nowe warianty genetyczne SARS-CoV-2 – BA.4 i BA.5 – wykazują bardzo niski odsetek odporności krzyżowej nawet z poprzednimi wariantami omikronu. Mówiąc w bardzo dużym uproszczeniu – mogliśmy się zakażać w styczniu lub lutym tego roku wariantami BA.1 czy BA.2, natomiast teraz, w lipcu i sierpniu, zagrażają nam warianty BA.4 i BA.5. I to by było tyle na temat rzekomo osiągniętej odporności populacyjnej,

”

Od prawie 4 miesięcy testowanie jest przerzucone w dużej mierze na pacjentów. Chory może wykonać test w domu

”

Polskiemu społeczeństwu gorąco polecam wzorowanie się na mieszkańcach krajów Dalekiego Wschodu, gdzie noszenie maseczek, żeby chronić siebie i innych, jest czymś normalnym

o której mówił pan minister. Nie uzyskano jej w żadnym kraju na świecie.

| Reasumując – żeby uchronić się przed kolejną falą, która może nadejść wcześniej, niż nam się wydaje, wcale nie jesienią, potrzebny jest powrót do powszechnego testowania i do pewnych ograniczeń, czyli dystansu społecznego.

Tak, dystans w miejscach publicznych, noszenie maseczek w pomieszczeniach zamkniętych, bo w przestrzeni otwartej prawdopodobieństwo zakażenia się SARS-CoV-2 będzie bardzo małe. I jeżeli tylko będzie możliwość przyjęcia dawki przypominającej szczepionki, to należy z niej skorzystać.

Kolejna rzecz, która by się bardzo przydała, to dostęp u lekarzy POZ do doustnych leków przeciwwirusowych. Molnupirawir ma udowodnioną 30-procentową skuteczność, natomiast drugi z tych leków – Paxlovid – wykazuje dużo większą skuteczność, bo 90-procentową. Największy absurd polega na tym, że molnupirawir nie jest zarejestrowany w Unii Europejskiej, tylko w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, a w niewielkiej ilości został kupiony przez polski rząd. Paxlovid natomiast, który od marca 2022 r. jest zarejestrowany w Unii Europejskiej, a co za tym idzie – również w Polsce, nie jest u nas w ogóle dostępny. Ministerstwo co prawda mówi o jego imporcie docelowym, ale to mrzonka, gdy należy zacząć go podawać w ciągu 5 dni od wystąpienia objawów zakażenia SARS-CoV-2.

| Czy w innych krajach Unii Europejskiej Paxlovid jest dostępny?

Tak. Wiem, że jest stosowany w Niemczech. Przy czym znów podkreślę znaczenie testowania. Lek, żeby był skuteczny, musi być podany w ciągu 5 dni od pojawienia się objawów zakażenia. I to musi być potwierdzone zakażenie SARS-CoV-2. Dotyczy to również molnupirawiru. To nie są leki tanie, w większości krajów będą refundowane. W Polsce nie mogą powiedzieć, jak to wygląda, bo ich nie mamy, ale najprawdopodobniej tak by było, przy czym leki byłyby refundowane dla pacjentów z grup podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, czyli np. seniorów, chorych na cukrzycę, choroby układu krążenia, otyłość, pacjentów onkologicznych. U nich lek byłby włączany pod warunkiem, że wirus zostałby wykryty wcześniej, aby nie doszło do konieczności hospitalizacji. ■